

Abordagens em **MEDICINA:**

ESTADO CUMULATIVO
DE BEM ESTAR
FÍSICO,
MENTAL E
PSICOLÓGICO

3



BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2021

Abordagens em **MEDICINA:**

ESTADO CUMULATIVO
DE BEM ESTAR
FÍSICO,
MENTAL E
PSICOLÓGICO

3



BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2021 Os autores

Copyright da edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacão do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Abordagens em medicina: estado cumulativo de bem estar físico, mental e psicológico 3

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Bruno Oliveira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Benedito Rodrigues da Silva Neto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A154 Abordagens em medicina: estado cumulativo de bem estar físico, mental e psicológico 3 / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-665-9

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.659212211>

1. Medicina. 2. Saúde. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da (Organizador). II. Título.

CDD 610

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Uma definição de certo modo ampla que tenta compreender os principais fatores ligados diretamente à qualidade de vida tais como alimentação, exercícios e até mesmo o acesso da população ao sistema de saúde. Portanto, partindo deste princípio a saúde física, mental e social são algumas das dimensões que determinam o estado de bem-estar humano, e conseqüentemente vão muito além da simples ausência de doenças. O próprio conceito de saúde, aqui estabelecido pela OMS, está relacionado a uma visão ampla e integral do ser humano, que considera aspectos do corpo, mente, ambiente, sociedade, hábitos e assim por diante.

Esse conceito nos conduz ao fundamento da multidisciplinaridade com abordagens que cada vez mais é aplicada e contextualizada nos diversos âmbitos da saúde, haja vista que todas as abordagens e áreas de estudo convergem para o mesmo princípio que é a saúde integral do individuo. A saúde na atualidade se estabelece na interação entre diversos profissionais e requer conhecimentos e práticas de diferentes áreas tais como as ambientais, clínicas, epidemiológicas, comportamentais, sociais, culturais etc.

Deste modo, por intermédio da Atena Editora, apresentamos a nova obra denominada “Abordagens em medicina: Estado cumulativo de bem-estar físico, mental e psicológico”, inicialmente proposta em quatro volumes, com o intuito de direcionarmos ao nosso leitor uma produção científica com diversas abordagens em saúde. Reforçamos aqui também que a divulgação científica é fundamental para romper com as limitações ainda existentes em nosso país, assim, mais uma vez parabenizamos a estrutura da Atena Editora por oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores divulguem seus resultados.

Desejo a todos uma proveitosa leitura!

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

CONTRIBUIÇÃO DA EFICÁCIA DA ELASTOGRAFIA NA DIFERENCIAÇÃO DE NÓDULOS MAMÁRIOS EM UMA COORTE PROSPECTIVA DE PACIENTES

Joizeanne Pedroso Pires

Marcos Araújo Chaves Júnior

Ivan Luiz Pedroso Pires

Priscila Favero

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6592122111>

CAPÍTULO 2..... 14

A INFLUÊNCIA DAS PRÁTICAS RELIGIOSAS NO BEM-ESTAR FÍSICO E MENTAL DOS PACIENTES

Carolina Noronha Lechiu

Ana Caroline Guedes Silva

Lucas Noronha Lechiu

Felipe Noronha Lechiu

Carlos Otávio de Arruda Bezerra Filho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6592122112>

CAPÍTULO 3..... 17

ABUSO SEXUAL COMO PREDITIVO DE EXTREMA VULNERABILIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Fabiana Caroline Altissimo

Gabrielle Pesenti Coral

Raquel Fontana Salvador

Vitória Diehl dos Santos

Sandra Cristina Poerner Scalco

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6592122113>

CAPÍTULO 4..... 26

ANÁLISE E DESCRIÇÃO DO PERFIL DOS PACIENTES QUE ABANDONAM OU NÃO ADEREM ÀS ATIVIDADES DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDÍACA

Allan Cassio Baroni

Carina Soares da Veiga

Cristian Miguel dos Reis

Lucas Odacir Graciolli

Maria Stanislavovna Tairova

Olga Sergueevna Tairova

Thaís Hunoff Ribeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6592122114>

CAPÍTULO 5..... 39

ASPECTOS GENÉTICOS RELACIONADOS À SUSCETIBILIDADE AO DESENVOLVIMENTO DE DIABETES LATENTE AUTOIMUNE DO ADULTO: REVISÃO

SISTEMÁTICA

Yuri Borges Bitu de Freitas
Isabel Cristina Borges de Menezes
Laura Feitoza Barbosa
Rafael Caldas Esteves Segato
Maria Vitória da Silva Paula Cirilo
Brunna Veruska de Paula Faria
Ranyelle Gomes de Oliveira
Laura Prado Siqueira
João Pedro Carrijo Cunha Câmara
Rayanne Lima Rocha Vidal
Antonio Márcio Teodoro Cordeiro Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6592122115>

CAPÍTULO 6..... 47

BIPOLARIDADE – INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA E PSICOFARMACOLÓGICA

Lustallone Bento de Oliveira
Vanessa Lima de Oliveira
Regiane Cristina do Amaral Santos
Helio Rodrigues de Souza Júnior
Luiz Filipe Almeida Rezende
Felipe Queiroz da Silva
Karen Setenta Loiola
Glaciane Sousa Reis
Axell Donelli Leopoldino Lima
Simone Cristina Tavares
Jéssica dos Santos Folha
Daiane Araújo da Silva
Rosimeire Faria do Carmo
Aldenira Barbosa Cavalcante
Irineide Almeida de Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6592122116>

CAPÍTULO 7..... 57

CUIDANDO DE PACIENTES IDOSOS PORTADORES DE DEMÊNCIA EM SEU COTIDIANO DIÁRIO

Renato Lírio Morelato

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6592122117>

CAPÍTULO 8..... 66

EVOLUÇÃO DOS GASTOS PÚBLICOS EM SERVIÇOS HOSPITALARES EM PACIENTES INTERNADOS POR CÂNCER DE MAMA EM GOIÁS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ENTRE O PERÍODO DE 2008 A 2018

Paulo Vitor Miranda Macedo de Brito
Lucas Cardeal de Oliveira
Gustavo Vicente dos Santos Reis
Bruno Leonardo Wadson Silva

Gustavo Maciel Martins
André Luiz Martins Vaz Peres
Giovana de Heberson Souza
Arthur Fidelis de Sousa
Carolina Ghannam Ferreira
Juliana Gabriel de Araújo
Gabriela Ramos Ribeiro
Marina Ramos Ribeiro
Giovana Rosa Campos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6592122118>

CAPÍTULO 9..... 73

EXOFTALMIA NA DOENÇA DE GRAVES

Maria Eduarda Cirqueira Brito
Sarah Roldão Batista
Gabriel de Brito Fogaça
Laís Rocha Brasil
Caroline de Faria
Victoria de Sá Teixeira Lustosa
Selva Rios Carvalho de Moraes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6592122119>

CAPÍTULO 10..... 84

HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: APRENDENDO NA PRÁTICA

Andreia Coimbra Sousa
Ana Nilza Lins Silva
Anna Paula de Souza Ferro
Guilherme Castro Alves
Bruno Campêlo de Andrade
Thiago Igor Aranha Gomes
Gerson Pereira Jansen Junior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65921221110>

CAPÍTULO 11 88

IMPACTO DO NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAL NA QUALIDADE DE VIDA DURANTE A GESTAÇÃO E ANSIEDADE DE PACIENTES NO PÓS-PARTO IMEDIATO EM UMA MATERNIDADE DA REDE SUS DE ARACAJU-SE

Felipe Silveira de Faria
Larissa Wábia Santana de Almeida
Letícia Andrade Santos
Luana Rocha de Souza
Manuela Naiane Lima Barreto
Débora Cristina Fontes Leite

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65921221111>

CAPÍTULO 12..... 94

A MORTALIDADE MATERNA NA REGIÃO NORTE DO BRASIL: UM OLHAR

RESTROSPECTIVO

Luan Moraes Ferreira
Laila Lorena Cunha da Ponte
Tháisa Corrêa Araújo
Bruna Jacó Lima Samselski
João Paulo Mota Lima
Laura de Freitas Figueira
Ícaro Breno Rodrigues da Silva
Yuka Gomes Nishikawa
Aline Patrícia Garcia Liberal
Gustavo Neves Vieira
Joyce Ruanne Corrêa da Silva
Franciane de Paula Fernandes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65921221112>

CAPÍTULO 13..... 106

MORTALIDADE POR CÂNCER DE COLO UTERINO: OLHAR ATENTO À SAÚDE DA MULHER

Alice Hermes Sousa de Oliveira
Caio Vitor de Miranda Pantoja
Rafael Pedroso Bastos
Francisco Lucas Bonfim Loureiro
Yasmin Azevedo de Souza
Fernando Ferreira Freitas Filho
Fernanda Novaes Silva
Wlyana Lopes Ulian
Alexandre Gomes dos Santos
Solange Lima Gomes
Cintia Aniele Soares Sabino
Franciane de Paula Fernandes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65921221113>

CAPÍTULO 14..... 117

O PERFIL DAS GESTANTES PORTADORAS DE SÍFILIS NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Thatyane Porfírio de Oliveira
Ingryd Porfírio de Oliveira
Isabela Gomes e Silva
Patrick de Abreu Cunha Lopes
Lisandra Leite de Mattos Alcantara
Paulo Roberto Hernandez Júnior
Bruna Monteiro de Avellar

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65921221114>

CAPÍTULO 15..... 129

PERDA VISUAL PÓS-OPERATÓRIA COMO POSSÍVEL COMPLICAÇÃO NEUROLÓGICA

EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESCOLIOSE

Francisco Jacinto Silva Santos Júnior

Layane Raquel Abdias da Silva

Nayara Ariane Laureano Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65921221115>

CAPÍTULO 16..... 134

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ENTRE AS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SEXO FEMININO NA LINHA DE FRENTE DO COVID-19

Eduarda Menin da Silva

Eduarda Polônio Soriani

Mateus Colhado Ferreira

Nei Ricardo de Souza

Rafaela Garcia Corrêa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65921221116>

CAPÍTULO 17..... 142

QUALITY OF LIFE AND ASSOCIATED FACTORS IN COLORECTAL CANCER PATIENTS

Cristilene Akiko Kimura

Ana Lucia Siqueira Costa

Dirce Belezi Guilhem

Rodrigo Marques da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65921221117>

CAPÍTULO 18..... 158

REVISÃO DE LITERATURA: TRIAGEM PRÉ-SELEÇÃO EM ATLETAS NA PREVENÇÃO DE MORTE SÚBITA EM PORTADORES DE CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA

Isabelle Gomes Curty

Gabriela Moreira Paladino

Ivana Picone Borges de Aragão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65921221118>

CAPÍTULO 19..... 168

RISCOS CARDIOVASCULARES RELACIONADOS ÀS TERAPIAS ADJUVANTES: UMA COMPARAÇÃO ENTRE INIBIDORES DA AROMATASE E TAMOXIFENO

Rafaela Ceschin Fernandes

Dandara Viudes Lima Caldas

Débora Weihermann Guesser

James Italo Signori Junior

Lucas Ventura Hoffmann

Rogério Saad Vaz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65921221119>

CAPÍTULO 20..... 172

SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO E RELAÇÃO DE CAUSALIDADE COM VARIAÇÕES ANATÔMICAS NO TÚNEL DO CARPO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Rebeca Meneses Santos

Cidson Leonardo Silva Junior
Luan Mateus Rodrigues Sousa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65921221120>

CAPÍTULO 21..... 180

THE RELATIONSHIPS OF THE MEDICINE STUDENT SUPPORT THEIR ACADEMIC PERFORMANCE

Karina Ivett Maldonado León
Luis Alberto Dzul Villarruel

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65921221121>

CAPÍTULO 22..... 188

TRANSTORNOS MENTAIS E DECORRENTES DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Jéssica Gozzo
Adriana Pagan Tonon
Fernando Luis Macedo
Thainara Pagan Tonon

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65921221122>

SOBRE O ORGANIZADOR..... 201

ÍNDICE REMISSIVO..... 202

CAPÍTULO 4

ANÁLISE E DESCRIÇÃO DO PERFIL DOS PACIENTES QUE ABANDONAM OU NÃO ADEREM ÀS ATIVIDADES DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDÍACA

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 03/08/2021

Allan Cassio Baroni

Universidade de Caxias do Sul
Caxias do Sul – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/8060707524779433>

Carina Soares da Veiga

Universidade de Caxias do Sul
Caxias do Sul – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/9856107866560953>

Cristian Miguel dos Reis

Universidade de Caxias do Sul
Caxias do Sul – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/2851618331736521>

Lucas Odacir Gracioli

Universidade de Caxias do Sul
Caxias do Sul – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/7105997518428460>

Maria Stanislavovna Tairova

Universidade de Caxias do Sul
Caxias do Sul – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/0471718019788119>

Olga Sergueevna Tairova

Universidade de Caxias do Sul
Caxias do Sul – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/0463234495566610>

Thais Hunoff Ribeiro

Universidade de Caxias do Sul
Caxias do Sul – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/1567157878675803>

RESUMO: O programa de reabilitação cardiovascular (PRCV) é uma importante ferramenta na prevenção de eventos cardiovasculares com benefícios já bem estabelecidos na literatura. Todavia, a taxa de abandono é preocupante e os motivos pouco conhecidos. Objetivo: analisar o perfil dos pacientes que abandonam o PRCV e identificar as causas para as faltas no programa. Métodos: estudo de coorte identificando o perfil de pacientes que iniciam o PRCV e os acompanhando durante os primeiros 36 treinos avaliando os motivos das faltas ou abandono do programa. Foram considerados como abandono os pacientes que compareceram em menos que 50% dos treinos. Resultados: Cerca de 20% dos pacientes abandonaram o programa, sendo a média de idade de 64 anos e o IMC médio 27. Neste grupo, a maioria pertencia à classe C de nível socioeconômico, já apresentavam baixo nível de atividade física antes do início do programa e possuíam outras comorbidades como dislipidemia (78%), hipertensão arterial sistêmica (78%), diabetes (32%), doença arterial coronariana (71%). O principal motivo de falta entre todos os participantes foi a ocorrência de novos problemas de saúde (46%). Conclusões: Uma parcela importante dos pacientes abandonou o programa antes do período estabelecido, sendo esses pacientes portadores de comorbidades significativas. Além disso, o principal motivo de faltas foi a ocorrência de agravos de saúde. Dessa forma é de suma importância reforçar o vínculo dos pacientes aos programas de reabilitação e disponibilizar suporte multidisciplinar para eventuais agravos

de saúde relacionados direta ou indiretamente com as patologias que levaram o paciente a entrar no programa.

PALAVRAS-CHAVE: Reabilitação cardíaca, perfil de saúde, Pacientes Desistentes do Tratamento.

ANALYSIS AND DESCRIPTION OF THE PROFILE OF PATIENTS WHO ABANDON OR DO NOT ADHERE TO THE ACTIVITIES OF THE CARDIAC REHABILITATION PROGRAM

ABSTRACT: The cardiovascular rehabilitation program (CRP) is an important tool in the prevention of cardiovascular events, with benefits already established in the literature. However, the dropout rate is worrying and the reasons are not well known. Objective: to analyze the profile of patients who drop out of the CRP and identify the causes for the absences in the program. Methods: cohort study identifying the profile of patients who start the CRP and following them during the first 36 training sessions, evaluating the reasons for the absence or abandonment of the program. Patients who attended less than 50% of the training sessions were considered dropouts. Results: About 20% of the patients dropped out of the program, with a mean age of 64 years and mean BMI of 27. In this group, most belonged to class C of socioeconomic status, they already had a low level of physical activity before the beginning of the period and they had other comorbidities such as dyslipidemia (78%), systemic arterial hypertension (78%), diabetes (32%), and coronary artery disease (71%). The main reason for absence among all participants was the occurrence of new health problems (46%). Conclusions: A significant number of patients abandoned the program before the established period, and these patients already had significant comorbidities. In addition, the main reason for absences was the occurrence of health problems. Thus, it is extremely important to strengthen the link of patients to rehabilitation programs and provide multidisciplinary support for any health problems directly or indirectly related to the pathologies that led the patient to enter the program.

KEYWORDS: Cardiac rehabilitation, health profile, Treatment dropouts.

1 | INTRODUÇÃO

O PRCV é uma importante ferramenta na prevenção de ocorrência de eventos cardiovasculares em indivíduos que estão sob risco ou que já desenvolveram um episódio de evento cardiovascular maior. Essa estratégia consiste na realização de exercícios físicos supervisionados e direcionados a fim de diminuir o risco cardiovascular e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Contudo, a taxa de abandono ou não aderência ainda é um fator preocupante e suas causas são pouco descritas na literatura. Dessa forma, nosso estudo visa avaliar quantitativamente as taxas e os motivos de abandono ou não aderência ao programa de reabilitação cardíaca nos pacientes ingressantes no Instituto de Medicina do Esporte (IME) da Universidade de Caxias do Sul. Como objetivo secundário, serão propostas estratégias para corrigir os motivos de desistência evitáveis.

2 | METODOLOGIA

Serão avaliados durante os primeiros 36 treinos os pacientes que ingressarem no programa de reabilitação cardíaca do IME da Universidade de Caxias do Sul no período de 18 meses, através de um estudo de coorte, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os pacientes ingressantes no serviço poderão realizar duas modalidades de programa de reabilitação, sendo que a escolha irá depender da vinculação ou não a um plano de saúde particular ou a intenção de custear o programa de reabilitação por conta própria. As duas modalidades disponíveis são de treinos duas vezes por semana (pacientes do Sistema Único de Saúde - SUS) ou treinos três vezes por semana (planos de saúde privados ou financiamento particular). O programa é composto por treinamento aeróbico guiado pelo resultado da ergoespirometria ou ergometria realizada na avaliação inicial mais treino de musculação. Os pacientes que participarem da pesquisa assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido e responderão, após a primeira consulta médica no serviço, um questionário (Tabela 1), o qual avalia condições econômicas e de escolaridade (Critério Brasil 2015 da ABEP) e informarão o meio de transporte utilizado, o grau de atividade física usual (IPAQ versão curta), as perspectivas e os conhecimentos sobre o programa de reabilitação cardíaca e as informações para contato. Além deste questionário inicial, um membro colaborador da pesquisa irá preencher um formulário que contém informações sobre a frequência dos treinos, informações clínicas e resultado do teste ergoespirométrico ou ergométrico (Tabela 2).

Todos os pacientes ingressantes serão acompanhados quanto à presença nos treinos nos dias previstos conforme a modalidade de cada paciente. Nos casos em que um paciente não comparecer ao treino, um membro colaborador da pesquisa irá tentar contato telefônico em até 2 dias úteis, perguntando o motivo da ausência do paciente, sendo realizadas até três tentativas de contato. Caso as tentativas falharem, o paciente será abordado pessoalmente por um membro colaborador no treino seguinte da academia. Se o paciente faltar dois treinos consecutivos ou mais, será feita a mesma abordagem de contato após a primeira falta e caso essa falhar serão feitas duas tentativas de contato a mais na semana seguinte, sendo ambas no horário escolhido como preferencial pelo paciente. O contato via telefone para o paciente que faltar visa avaliar o motivo da ausência, através da Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca (Tabela 3).

Os pacientes que faltarem 50% dos treinos previstos serão considerados como abandono. Também serão avaliados via telefone através da Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca (Tabela 3). Serão feitas até 6 tentativas de contato, sendo no máximo duas vezes na mesma semana. Posteriormente, os dados obtidos através dos questionários serão armazenados em um banco de dados no programa Excel. Após, vão ser exportados para o programa SPSS no qual será realizada uma análise descritiva apresentando as frequências e percentuais.

Classe econômica*	14 perguntas objetivas, classificando o paciente em 4 níveis socioeconômicos
Grau de escolaridade	Analfabeto / Fundamental I incompleto; Fundamental I completo / Fundamental II incompleto; Fundamental II completo / Médio incompleto; Médio completo / Superior incompleto Superior completo;
Meio de transporte utilizado	Carro particular; Carona; Ônibus; Transporte fornecido pelo governo; A pé; Van ou similar, Táxi ou similar.
Atividades físicas †	8 questões com resposta aberta avaliando a semana usual do paciente
Expectativas em relação ao programa	Perguntas objetivas com alternativa única (sim ou não): Acredito que o programa de reabilitação cardiovascular irá trazer benefícios para a minha saúde; Algumas atividades do programa de reabilitação são desnecessárias para mim; Acredito que alguns exercícios podem ser prejudiciais à minha saúde; Acredito que alguns exercícios irão trazer desconfortos para mim

*Critério Brasil 2015 da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) simplificado, do ABEP.

† Questionário de IPAQ versão 8 curta.

Tabela 1 - Questionário avaliação inicial

Comorbidades e hábitos	Hipertensão arterial sistêmica
	Tabagismo (Ex-tabagista, tabagista ativo ou nunca fumou)
	Etilismo
	Dislipidemia
	Diabetes mellitus (DM)
	História familiar de doença coronariana
	Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)
	Doença arterial obstrutiva periférica (DAOP)
	Doença arterial coronariana (DAC)
	Insuficiência cardíaca (IC)
	Arritmia
	Valvulopatia
	Doença renal crônica dialítica
Outras cardiopatias	
História médica	História de Síndrome Coronariana Aguda (SCA)
	Angioplastia
	Revascularização do Miocárdio

	Portador Dispositivos cardíacos
Dados antropométricos	Índice de massa corporal (IMC)*
Dados ergoespiometria	Obtido através do laudo do exame realizado na avaliação inicial, uma variável numérica continua medida em ml/kg/min

*Classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS)

Tabela 2 - Características clínicas

Por causa da distância	Porque eu não tenho energia
Por causa dos custos	Outros problemas de saúde me impedem de frequentar
Por causa de problemas com transporte	Porque eu sou muito velho
Por causa de responsabilidades familiares	Porque meu médico não achou que fosse necessário
Porque eu não sabia sobre a reabilitação cardíaca	Porque muitas pessoas com problemas cardíacos não frequentam reabilitação cardíaca e eles estão bem
Porque eu não preciso de reabilitação cardíaca	Porque eu posso controlar o meu problema de coração
Porque eu me exercito em casa ou na minha comunidade	Porque eu acho que fui encaminhado, mas o programa de reabilitação não entrou em contato comigo
Por causa do mau tempo	Porque demorou muito para que eu fosse encaminhado para iniciar o programa
Porque eu acho exercício cansativo ou doloroso	Porque eu prefiro cuidar da minha saúde sozinho, não em grupo
Por motivo de viagem	Outro (s) motivo(s) para não frequentar um programa de reabilitação cardíaca
Porque eu tenho pouco tempo	Porque meu plano venceu
Por causa das responsabilidades trabalho	Indeterminado

Tabela 3 - Questionário de motivos após não comparecimento/abandono

Fonte: Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca

3 | RESULTADOS

No período de janeiro de 2017 a julho de 2019, foram incluídos 134 pacientes na pesquisa. A maior parte dos pacientes concluiu os treinos (79,10%), porém uma quantidade significativa abandonou o programa (20,89%).

Dos pacientes que abandonaram o programa, 42,85% (n=12) eram do sexo masculino e 57,14% (n=16) eram do sexo feminino. A idade média encontrada nesse grupo foi de 65,3 anos nos pacientes de sexo masculino e 64,4 anos nos de sexo feminino, sendo que a idade média entre ambos os sexos foi de 64,89 anos, com desvio padrão de 12,86. A análise dos dados antropométricos mostrou que a média do IMC do grupo masculino foi

de 27,1kg/m² e a do grupo feminino foi de 28,1, posto que o IMC médio encontrado no grupo de ambos os sexos foi de 27,57, com desvio padrão de 4,52. Referente à análise do VO₂máx, metade (n=14) dos pacientes foram avaliados pela ergoespirometria e 39,3% (n=11) pela ergometria, sendo que 3,6% (n=1) não tolerou o teste e 7% (n=2) faltaram o teste. A média do VO₂máx foi de 24,07ml/kg/min, com desvio padrão de 8,9.

A partir da análise das variáveis de comorbidades e hábitos, a maioria (64,28%, n=18) dos pacientes eram não tabagistas, 32,14% (n=9) eram ex-tabagistas e 3,57% (n=1) eram tabagistas. Referente ao consumo de álcool, 96,42% (n=27) não eram etilistas e 3,57% (n=1) eram etilistas. A maioria (64,28%, n=18) dos participantes pertenciam à classe C de nível socioeconômico, 25% (n=7) à classe B, 7,14% (n=2) à classe D e 3,57% (n=1) à classe A. Referente ao vínculo com o programa, 57,14% (n=16) eram vinculados pelo SUS e 42,85% (n=12) outras formas de financiamento particular. Em relação ao meio de transporte utilizado para comparecer aos treinos, metade (n=14) utilizavam carro, 46,42% (n=13) utilizavam ônibus e 1 participante utilizava transporte oferecido pelo governo (3,57%).

O nível de atividade física dos participantes que abandonaram o programa era baixo na maioria dos pacientes (64,28%, n=18), moderado em 28,57% (n=8) e alto em 7,14% (n=2). Tendo em vista as expectativas a respeito do programa, 96,42% (n=27) dos participantes acreditavam que o programa de reabilitação cardiovascular iria trazer benefícios para a saúde deles e o restante (3,57%, n=1) não sabia sobre os benefícios do programa. Em relação às expectativas sobre o programa, um paciente (3,57%) acreditava que algumas atividades do programa poderiam ser desnecessárias, quatro pacientes (14,28%) afirmaram que alguns exercícios poderiam ser prejudiciais à saúde e 25% (n=7) acreditavam que alguns exercícios poderiam trazer desconfortos (dor nas costas, pressão baixa).

A análise do perfil de comorbidades dos participantes que abandonaram o programa mostrou que a maioria eram dislipidemicos (78,57%, n=22) e hipertensos (78,57%, n=22). Além disso, 32,14% (n=9) tinham diabetes. Somente dois pacientes eram portadores de DPOC (7,14%) e um apresentava doença renal crônica em programa de hemodiálise. Apenas um paciente (3,57%) era portador de DAOP. Em relação a doenças cardíacas, 57,14% (n=16) tinham histórico familiar de doença coronariana. A maioria deles 71,42% (n=20) portavam doença arterial coronariana. Neste grupo de pacientes que abandonaram o programa 64,28% (n=18) tinham história de síndrome coronariana aguda e 35,71% (n=10) não. Mais da metade (53,57%, n=15) haviam tido IAM prévio. Além disso, 14,28% (n=4) haviam feito revascularização miocárdica e 35,71% (n=10) fizeram angioplastia. 85,7% (n=24) possuíam insuficiência cardíaca. Apenas um (3,57%) paciente apresentava arritmia cardíaca e um (3,7%) paciente era portador de doença valvular. A respeito do uso de dispositivo cardíaco, 17,85% (n=5) utilizavam algum dispositivo e 82,14% (n=23) não utilizavam.

Já em relação a não aderência dos participantes no programa, tendo em vista todos os pacientes que foram incluídos no programa de reabilitação, foram contabilizadas 643 faltas, sendo o motivo (“Outros problemas de saúde me impedem de frequentar”) o mais recorrente quanto à justificativa, mencionado em 46,66% das faltas nos treinos. O motivo (“Motivo de viagem”) foi indicado em 18,20% das faltas e 9,64% nomearam o motivo (“Outro (s) motivo(s) para não frequentar um programa de reabilitação cardíaca”). Na tabela 5 estão indicados todos os motivos e as frequências com que foram mencionados.

Motivos	Ocorrência	Frequência
Por causa da distância	1	0,16%
Por causa de problemas com transporte	5	0,78%
Por causa de problemas com transporte	21	3,27%
Por causa de problemas com transporte	35	5,44%
Porque eu não sabia sobre a reabilitação cardíaca	0	0,00%
Porque eu não preciso de reabilitação cardíaca	2	0,31%
Porque eu me exercito em casa ou na minha comunidade	3	0,47%
Por causa do mau tempo	2	0,31%
Por que eu acho exercício cansativo ou doloroso	6	0,78%
Por motivo de viagem	117	18,20%
Por que eu tenho pouco tempo	4	0,62%
Por causa das responsabilidades do trabalho	24	3,73%
Porque eu não tenho energia	4	0,62%
Outros problemas de saúde me impedem de frequentar	300	46,66%
Porque sou muito velho	0	0,00%
Porque meu médico não achou que fosse necessário	1	0,16%
Porque muitas pessoas com problemas cardíacos não frequentam reabilitação cardíaca e eles estão bem	0	0,00%
Porque eu posso controlar meu problema de coração	0	0,00%
Porque eu fui encaminhado, mas o programa de reabilitação não entrou em contato comigo	0	0,00%
Porque demorou muito para que eu fosse encaminhado para iniciar o programa	0	0,00%
Porque eu prefiro cuidar da minha saúde sozinho, não em grupo	0	0,00%
Outro(s) motivo(s) para não frequentar um programa de reabilitação cardíaca	62	9,64%
Porque meu plano venceu	39	6,07%
Indeterminado	18	2,80%
Total	643	100,00%

Tabela 5 - Principais motivos de faltas

Entre o total de faltas dos pacientes que abandonaram o programa, 62,77% delas ocorreram devido ao motivo (“Outros problemas de saúde me impedem de frequentar”), 9,95% das faltas ocorreram pelo motivo (“Motivo de viagem”) e 6,92% das faltas ocorreram pelos motivos (“Porque eu acho que fui encaminhado, mas o programa de reabilitação não entrou em contato comigo”) e (“Porque demorou muito para que eu fosse encaminhado para iniciar o programa”).

4 | DISCUSSÃO

Levando em consideração os motivos de faltas que foram justificados pelos pacientes que treinavam no serviço, 46% alegaram que faltaram aos treinos devido a outros problemas de saúde, sendo que, entre os pacientes do estudo, nenhuma doença específica se sobressaiu em relação às outras. Tal situação reforça a complexidade dos pacientes que frequentam o serviço, sendo a maioria deles com poli comorbidades, as quais apresentam descompensações frequentes. Sendo assim, é importante um acompanhamento multidisciplinar, integral e regular para esse grupo de pacientes, focando em aspectos que envolvem doenças cardiovasculares, tal como o controle de hipertensão e dislipidemia, mas também envolvendo as demais comorbidades do paciente, como a osteoartrite, lesões musculares e doenças psiquiátricas, a fim de minimizar agravos de saúde que impossibilitem os pacientes de frequentar as sessões de exercícios.

Também chama atenção a quantidade de faltas por justificativa de viagem (18,20%), desse modo, talvez fosse importante encontrar meios de flexibilizar a escolha das datas dos treinos, para que possam ser remanejadas de acordo com os compromissos dos pacientes, e, assim, eles possam ter um melhor planejamento para conseguir comparecer ao programa.

O motivo plano de saúde vencido foi mencionado por 6,07% dos pacientes. O convênio faz o pagamento do serviço durante 36 sessões de treinos. Após isso, o conveniado deve renovar o contrato. Dessa forma, pode ser que haja falta de comunicação entre conveniado e convênio sobre a data de renovação do contrato, atrasando a mesma e impedindo que os conveniados possam frequentar os treinos. Desse modo, deve haver maior organização para renovação de contratos. O plano de saúde deveria informar os pacientes sobre a data de vencimento com antecedência, a fim de promover maior organização e planejamento por parte do paciente, com o objetivo de renovar o contrato precocemente.

Além disso, 3,27% dos pacientes faltaram devido a problemas com o meio de transporte. Diversos são os atributos que interferem na boa qualidade do serviço de transporte público, como a acessibilidade, o tempo de viagem, a pontualidade, a lotação, a confiabilidade, a característica dos veículos, as características dos pontos de paradas, a segurança, o sistema de informação e o comportamento dos operadores. Possivelmente em razão disso, participantes do programa de reabilitação mencionaram problemas com

o transporte como motivo de falta aos treinos. Nesse aspecto, poderia ser contratado um meio de transporte fornecido pelo governo para transportar os pacientes até o local do PRCV. Isso evitaria problemas com deslocamento, custos, distância, atrasos e tempo de percurso, que acabam desestimulando os pacientes que utilizam o transporte público a frequentar os treinos.

Já em relação ao perfil dos pacientes que abandonaram o PRCV, pode-se inferir que 57,14% eram do sexo feminino. O menor comparecimento ao programa por parte da população feminina já é estabelecido em diversos outros estudos anteriores. A idade média entre os participantes que abandonaram o programa, homens e mulheres, foi de 64,89 anos. Nesse aspecto, o comparecimento diminuído entre os pacientes mais velhos também é consistente com a maioria dos estudos, apesar de que os mesmos podem melhorar significativamente frequentando o programa. Isso pode ser explicado pelo fato de os idosos terem maior incidência de complicações após doença cardíaca aguda e presenças de comorbidades que possam dificultar os treinos, como a artrite.

De acordo com o Critério Brasil 2015 da ABEP, a maioria dos pacientes que abandonaram o serviço pertenciam à classe C de nível socioeconômico. Sendo assim, os participantes incluídos nas classes média e baixa possivelmente podem faltar aos treinos devido à situação econômica, aumentando o aparecimento de motivos de faltas específicos, como por exemplo, os que dizem respeito à distância, aos custos e aos problemas com transporte. Dessa forma, ressalta-se que a classe econômica inferior pode influenciar na diminuição da aderência dos participantes. Um fator que também pode ter predisposto o abandono foi o uso de transporte público para comparecimento aos treinos, pois se sabe que a dificuldade com a locomoção se torna um obstáculo para a maior adesão. Todavia, a maioria dos que abandonaram utilizavam carro particular, não podendo ser feita uma correlação à falta de carro com altos índices de abandono nesse estudo.

O benefício da prática de exercícios físicos, principalmente entre os idosos, já está bem documentado em diversos estudos. Todavia, a maioria dos pacientes (64,28%) que abandonaram o programa tinham baixo nível de atividade física e somente 7,14% tinham alto nível, de acordo com questionário IPAQ aplicado, reforçando a ideia de que o risco de abandono aumenta em pacientes sedentários antes do programa, como já constatado em estudo de Freitas et al. que revelou que pacientes que apresentavam história de sedentarismo demonstraram 3,6 vezes maior risco de abandono que pacientes que já praticavam exercícios ao ingressar na RCV.

Grande parte dos que abandonaram também desconheciam os benefícios do programa para a saúde deles, possuíam dúvidas ou achavam que alguns exercícios poderiam ser desnecessários, prejudiciais ou desconfortáveis. Assim como o resultado encontrado em nosso estudo, foi demonstrado em pesquisa de Ooper et al. que um quinto dos pacientes não tinham certeza de que a reabilitação cardíaca poderia ajudá-los. Com base nisso, essas crenças podem ser possíveis causas de abandono no programa e, por

isso, é necessário identificar aqueles pacientes cujas crenças indicam que é improvável que eles compareçam ao programa de reabilitação cardíaca e intervir através de atividades educacionais a fim de aperfeiçoar o atendimento e otimizar o resultado geral e recuperação dos pacientes. Deve ser feita uma avaliação por parte dos profissionais de saúde e intervenções que visem esclarecer dúvidas e preocupações por parte dos participantes do programa, esclarecendo os benefícios que os mesmos podem ter diante do treinamento físico supervisionado.

Analisando as comorbidades dos participantes que abandonaram o programa, a maioria era dislipidêmica e hipertensa. Ademais, a maior parte deles possuía histórico familiar de doença coronariana, portava doença arterial coronariana e teve síndrome coronariana aguda prévia. Dessa forma, os pacientes que abandonam o serviço podem ser classificados como de alto risco cardiovascular, ou seja, requerem tratamento especializado e cauteloso. Assim, a falta desse acompanhamento individualizado pode ser um fator causal do abandono, visto que os pacientes podem ter agudizações de suas doenças cardiovasculares prévias, tal como IC descompensada e crise hipertensiva, que impossibilitem o comparecimento do paciente aos treinos.

Ademais, cabe destacar que mais da metade (53,57%) dos que abandonaram já tiveram IAM prévio e 35,7% realizaram angioplastia. Dessa forma, a menor taxa de participação entre pacientes que realizaram angioplastia ou que sofreram IAM prévio também é consistente em estudos de Bunker et al. e King et al. Esse fator pode ser explicado porque muitas vezes, esses pacientes têm curto período de permanência hospitalar, reduzindo a oportunidade de obter encaminhamento para um programa de RCV. Além disso, tanto pacientes quanto profissionais de saúde podem inferir que o programa de RCV é desnecessário para este grupo porque eles não experimentaram trauma físico ou psicológico suficiente. Diferentemente, os pacientes que realizaram procedimentos cirúrgicos como a ponte aorto-coronária, que ficam mais tempo no ambiente hospitalar e possuem traumas maiores, geralmente têm maior encaminhamento e participação na reabilitação cardíaca. Isso sugere que o incentivo, ainda no ambiente intra hospitalar, desempenha um papel importante no comparecimento à reabilitação.

Em suma, a maior parte dos pacientes concluiu os treinos, porém o número de pacientes que abandonou o programa (20,89%) é significativo. Isso tem impacto negativo economicamente para o estado, visto que os custos governamentais e para os planos de saúde para manter o programa são bastante elevados. O estudo de Lima et al. forneceu evidências de que a retirada precoce da reabilitação cardíaca está independentemente associada a um pior resultado em longo prazo para o paciente. O abandono da RCV quase dobrou o risco de morrer ou ter um evento cardiovascular recorrente. Dessa forma, é evidente que as medidas propostas acima devem ser tomadas para diminuir a taxa de abandono.

51 CONCLUSÃO

No centro de RCV analisado, 20,89% dos pacientes abandonaram o programa precocemente. Os pacientes que abandonaram o programa são majoritariamente do sexo feminino, idosos, hipertensos, dislipidêmicos, com presença de IAM prévio e que realizaram angioplastia. Os pacientes que abandonaram, na sua maioria, pertenciam à classe econômica média, utilizavam transporte público para comparecimento aos treinos e tinham baixo índice de atividade física à admissão. Além disso, chama a atenção a quantidade de pacientes que desconheciam os benefícios do treinamento ou achavam que alguns exercícios poderiam ser desnecessários, prejudiciais ou desconfortáveis para eles, fatores que contribuem para a diminuição da adesão ao treinamento. Já os principais motivos de faltas ou abandono do programa incluem: outros problemas de saúde, viagens, problemas com a renovação do plano de saúde e problemas com o meio de transporte.

Dessa forma, a fim de aumentar a adesão dos pacientes ao programa é importante abordar o paciente sobre PRCV durante a internação gerada por um evento cardiovascular e garantir que no momento da alta hospitalar o paciente já tenha vínculo com algum programa de reabilitação, dessa forma, ele já irá possuir certo entendimento sobre seu funcionamento.

No momento da admissão no serviço e durante as sessões de treinos, é essencial que seja esclarecido de forma clara os benefícios e funcionamento do programa. Além disso, podem ser desenvolvidos, de forma rotineira, grupos de conversas com equipe multidisciplinar para sanar eventuais dúvidas que possam surgir com a evolução do programa e atividades de educação em saúde visando propagar estilo de vida ativo. Também é fundamental disponibilizar uma equipe multidisciplinar para abordar agravos de saúde direta ou indiretamente relacionados a eventos cardiovasculares de forma a evitar descompensações de doenças crônicas que impeçam os pacientes de participar dos treinos, tal acompanhamento deve ser contínuo e abordar integralmente o paciente nos aspectos biopsicossociais. A flexibilização das datas e horários dos treinos é um ponto importante para que possam ser remanejadas de acordo com os compromissos dos pacientes e assim aumentar sua adesão. Além disso, é importante que seja viabilizado um meio de transporte estadual comum a todos os pacientes para comparecimento aos treinos. A realização de acordos pré-estabelecidos entre planos de saúde e os programas de reabilitação a fim de automatizar a renovação da permanência no programa também é benéfico, pois dessa forma, a manutenção do programa não dependerá do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Barber K, Stommel M, Kroll J, Holmes-Rovner M, McIntosh B. **Cardiac rehabilitation for community-based patients with myocardial infarction: factors predicting discharge recommendation and participation.** J Clin Epidemiol. 2001 Oct;54(10):1025-30

2. Bunker S, McBurney H, Cox H, Jelinek M. **Identifying participation rates at outpatient cardiac rehabilitation programs in Victoria, Australia.** J Cardiopulm Rehabil 1999; 19:334–338
3. CASSIANO, Andressa do Nascimento; SILVA, Thiago Santos da; NASCIMENTO, Carlos Queiroz do; WANDERLEY, Emília Maria; PRADO, Eduardo Seixas; SANTOS, Tásycya Morganna de Moraes; MELLO, Carolina Santos; BARROS-NETO, João Araújo. **Efeitos do exercício físico sobre o risco cardiovascular e qualidade de vida em idosos hipertensos.** Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 25, n. 6, p. 2203-2212, jun. 2020.
4. Cooper A, Lloyd G, Weinman J, Jackson G. **Why patients do not attend cardiac rehabilitation: role of intentions and illness beliefs.** Heart 1999;82:234–236.
5. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. **International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity.** Med Sci Sport Exerc. 2003;35
6. Evenson KR, Rosamond WD, Luepker RV. **Predictors of outpatient cardiac rehabilitation utilization: the Minnesota Heart Surgery Registry.** J Cardiopulm Rehabil. 1998 May-Jun;18(3):192-8.
7. FREITAS, Roberta Maria Carvalho de. **Fatores psicossociais que influenciam na adesão a um programa de reabilitação cardiovascular.** 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.
8. Ghisi GL de M, Santos RZ dos, Schweitzer V, Barros AL, Recchia TL, Oh P, et al. **Desenvolvimento e validação da versão em português da Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca.** Vol. 98, Arquivos Brasileiros de Cardiologia. scielo; 2012. p. 344–52.
9. KAMAKURA W, MAZZON JA. **Critérios de estratificação e comparação de classificadores socioeconômicos no Brasil.** vol. 56, revista de Administração de Empresas. Scielo: 2016. p. 55– 70.
10. King KM, Humen DP, Teo KK. **Cardiac rehabilitation: the forgotten intervention.** Can J Cardiol 1999; 15:979–985.
11. Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY. **Predictors of attendance at cardiac rehabilitation after myocardial infarction.** J Psychosom Res. 2001 Sep;51(3):497-501.
12. Lemos, ECWM. **Influence of strength training and multicomponent training on the functionality of older adults: systematic review and meta-analysis.** Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano. Florianópolis 2020, vol. 22.
13. LIMA, William Alves; GLANER, Maria Fátima. **Principais fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares.** Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano. Santa Catarina. Abril 2006
14. McGee HM, Horgan JH. **Cardiac rehabilitation programmes: are women less likely to attend?** BMJ 1992; 305:283–284.
15. Oldridge NB, Streiner DL. **The health belief model: predicting compliance and dropout in cardiac rehabilitation.** Med Sci Sports Exerc. 1990 Oct;22(5):678– 83.

16. OOPER, A F; WEINMAN, J; HANKINS, M; JACKSON, G; HORNE, R. **Assessing patients' beliefs about cardiac rehabilitation as a basis for predicting attendance after acute myocardial infarction.** Heart, [S.L.], v. 93, n. 1, p. 53-58, 1 jan. 2007. BMJ.
17. Philip A. Ades, David Huang, Sheila O. Weaver, **Cardiac rehabilitation participation predicts lower rehospitalization costs.** American Heart Journal, Volume 123, Issue 4, Part 1, 1992, Pages 916-921, ISSN 0002-8703.
18. Worcester MUC, Murphy BM, Mee VK, Roberts SB, Goble AJ. **Programas de reabilitação cardíaca: preditores de abandono e abandono.** European Journal of Cardiovascular

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abuso sexual na infância 17, 18, 24

Ansiedade 3, 21, 60, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 190, 193, 194, 197

Antígenos HLA 40

Apoio social 143, 156

Atenção primária 118, 195

B

Bem estar 84

Bem-estar mental 14

Bipolaridade 47, 48, 51, 52

Brasil 2, 3, 12, 13, 19, 22, 24, 28, 29, 34, 37, 55, 56, 66, 67, 68, 70, 71, 73, 80, 82, 85, 89, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 123, 124, 125, 126, 127, 139, 153, 155, 195, 197, 199

C

Câncer 1, 2, 3, 10, 11, 12, 13, 48, 49, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 142, 143, 154, 155, 168, 169, 171

Câncer de colo uterino 106, 107, 108, 109, 112, 113, 114, 115

Complicações pós-operatórias 129, 131

Consulta pré-natal 88

COVID-19 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141

Cuidado 14, 15, 59, 84, 85, 86, 95, 119, 200

Cuidado paliativo 14

Cuidadores 22, 23, 57, 58, 59, 61, 64

D

Demências 57, 59

Depressivo 48, 49, 50, 51, 198

Diabetes autoimune latente em adultos 40

Doença de graves 73, 74, 75, 76, 77, 78, 82, 83

E

Eclâmpsia 95, 99, 100, 101, 102, 103, 104

Elastografia 1, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12

Epidemiologia 51, 76, 77, 95, 105, 107, 108, 118, 139

Esvoliose 129, 130, 131, 133

Estresse psicológico 11, 57, 143

Exoftalmia 73, 74, 75, 76, 77, 78, 81, 82

F

Farmacoterapia 48, 55

G

Gastos em saúde 67

Gravidez 19, 68, 80, 89, 93, 94, 96, 98, 101, 102, 104, 118, 119, 121, 122, 123, 124

H

Hemorragia pós-parto 95, 97, 99, 100, 101

Humanização 15, 84, 85, 86, 87, 93

Humor 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 57, 60, 85, 190, 197

I

Infecção puerperal 95, 99, 100, 101, 102, 103, 104

Infecções sexualmente transmissíveis 17, 18

M

Mama 1, 2, 3, 4, 9, 10, 11, 12, 22, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 114, 115, 168, 169, 171

Mortalidade 2, 66, 68, 70, 80, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 122, 124, 169, 195, 197

Mortalidade materna 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105

Mulheres 1, 2, 23, 34, 50, 51, 68, 69, 73, 75, 77, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 97, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 118, 119, 120, 122, 123, 125, 130, 134, 136, 137, 138, 159, 168, 169, 170, 171

N

Neurocirurgia 129

Nódulos mamários 1, 3, 11

O

Oftalmopatia 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 83

Origem étnica e saúde 40

P

Pacientes desistentes do tratamento 27

Perfil de saúde 27

Precocidade sexual 17, 18

Predisposição genética para doença 40

Profissionais de saúde 16, 35, 54, 85, 103, 124, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 143

Psicoterapia 48, 51, 52, 53, 56

Q

Qualidade de vida 27, 37, 53, 55, 57, 64, 73, 76, 79, 81, 82, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 142, 143, 155, 156

R

Reabilitação cardíaca 26, 27, 28, 30, 32, 34, 35, 37, 38

Religiosidade 14, 15, 16, 194

S

Saúde pública 15, 22, 25, 50, 71, 104, 113, 114, 118, 125, 126, 128, 155, 191, 201

Sífilis 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128

Sífilis congênita 117, 118, 119, 120, 123, 124, 125, 126, 127, 128

Sintomas comportamentais 57, 60, 61

Sobrepeso 40, 43, 45, 68

SUS 28, 31, 67, 69, 71, 88, 90, 111

T

Transtorno bipolar 48, 49, 52, 53, 54, 55, 56, 191, 194

Transtornos de ansiedade 134, 135, 136, 194, 197

Transtorno unipolar 48

U

Ultrassom modo-B 1, 5

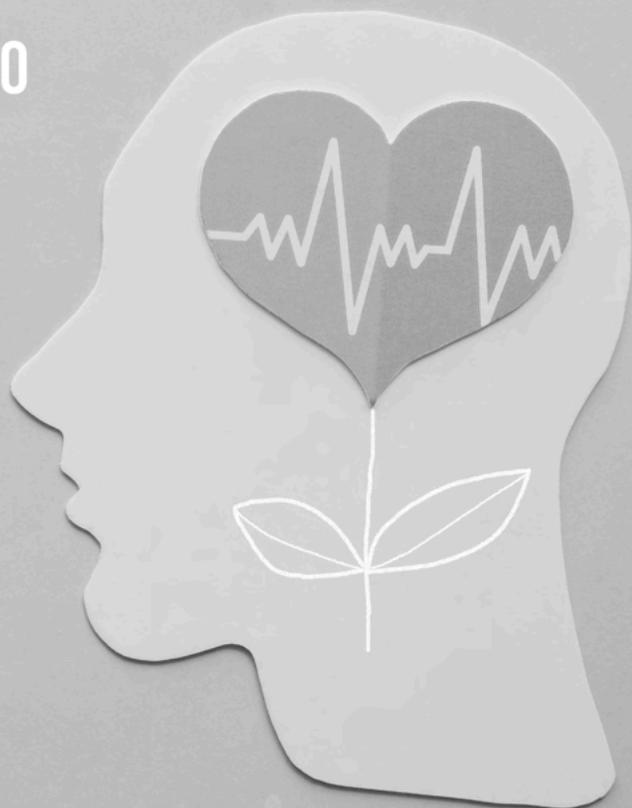
V

Vulnerabilidade sexual 17, 18

Abordagens em **MEDICINA:**

**ESTADO CUMULATIVO
DE BEM ESTAR
FÍSICO,
MENTAL E
PSICOLÓGICO**

3



 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora
Ano 2021

Abordagens em **MEDICINA:**

ESTADO CUMULATIVO
DE BEM ESTAR
FÍSICO,
MENTAL E
PSICOLÓGICO

3



 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora
Ano 2021