



REVISTA DA ANINTER-SH
Volume: 3, 2026 – Artigo:05
ISSN: 2965-954X
Received: 01/08/2026
Accepted: 14/10/2026

D.O.I. <http://dx.doi.org/10.69817/2965-954X/v1a11>

BARREIRAS PARA A INSERÇÃO DE PACIENTES CARDIOPATAS EM PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

BARRIERS TO THE INSERTION OF CARDIAC PATIENTS IN REHABILITATION PROGRAMS: A SYSTEMATIC REVIEW

Larissa de Holanda Lessa

Mestre em Sociedade Tecnologia e Políticas Públicas – SOTEPP/UNIMA

lariissaholanda@hotmail.com

<http://lattes.cnpq.br/6369335480201299>

ORCID: 0000-0003-3330-3350

Vandecia Amanda Silva de Lima

Mestre em Sociedade Tecnologia e Políticas Públicas – SOTEPP/UNIMA

vandeciaamanda@hotmail.com

<http://lattes.cnpq.br/0275324904369745>

ORCID: 0009-0000-1229-9087

Vinicius Minatel

Doutorado em Fisioterapia Universidade Federal de São Carlos, UFSCAR, Brasil

vinicius.minatel@unima.edu.br

<http://lattes.cnpq.br/2451652025356071>

ORCID: 0000-0002-0916-2546

Raphaela Costa Ferreira Lemos

Doutorado em Fisioterapia Universidade Federal de São Carlos, UFSCAR, Brasil.

raphaela.lemos@unima.edu.br

<http://lattes.cnpq.br/9998419660492565>

ORCID: 0000-0002-1613-8819

RESUMO

O aumento das doenças cardiovasculares como principal causa de morbimortalidade no mundo levou à criação da Reabilitação Cardiovascular (RCV), inicialmente focada na recuperação de pacientes após eventos agudos. Definida pela OMS como atividades que visam garantir a condição física, mental e social ideal para pessoas com doenças cardiovasculares, a RCV demonstrou benefícios, mas enfrenta desafios, como baixa aderência de pacientes. Objetivo: Discutir acerca das barreiras que influenciam na inserção dos pacientes cardiopatas em programas de RCV. Metodologia: Esta revisão sistemática utiliza bancos de dados como Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde e Pubmed, empregando descritores e operadores booleanos relacionados a barreiras na reabilitação cardiovascular. Foram incluídos artigos em português, inglês e espanhol relacionados aos objetivos do estudo, excluindo

revisões. Após a retirada de duplicações, a análise dos títulos e resumos foi realizada para seleção, seguida pela leitura do texto completo para uma análise metodológica mais detalhada. Resultados: A partir das estratégias de buscas adotadas foram encontrados cinco mil quatrocentos e setenta e cinco artigos (PubMed= 4.889; SCIELO= 303; BVS= 283), destes apenas vinte e quatro atenderam aos critérios estabelecidos e foram utilizados para análise dos seus dados. Mesmo elucidado os efeitos benéficos da RCV para mitigar a epidemia de DCV em países de baixa e média renda, persistem significativas barreiras nos níveis do sistema de saúde, provedor de serviços, programa de RCV e paciente, que precisam ser abordadas para garantir que todos os pacientes elegíveis tenham acesso a esses programas vitais. Conclusão: Conclui-se que a RCV é um processo vital para a melhora dos pacientes com DCV, mas enfrenta várias barreiras que limitam o acesso e a adesão. Dentre essas barreiras destacam-se a falta de conscientização e encaminhamento da equipe de saúde, escassez de recursos, questões logísticas e financeiras.

Palavras-chave: Doença cardiovascular; reabilitação cardiovascular; Barreiras.

ABSTRACT

The increase in cardiovascular diseases as the main cause of morbidity and mortality in the world led to the creation of Cardiovascular Rehabilitation (CVR), initially focused on the recovery of patients after acute events. Defined by the WHO as activities that aim to ensure the ideal physical, mental and social condition for people with cardiovascular diseases, CVR has demonstrated benefits, but faces challenges, such as low patient adherence. Objective: To discuss the barriers that influence the inclusion of heart disease patients in CVR programs. Methodology: This systematic review uses databases such as Scielo, Virtual Health Library and Pubmed, using Boolean descriptors and operators related to barriers in cardiovascular rehabilitation. Articles in Portuguese, English and Spanish related to the study objectives were included, with the exception of reviews. After removing duplications, the titles and abstracts were analyzed for selection, followed by reading the full text for a more detailed methodological analysis. Results: Based on the search strategies adopted, five thousand four hundred and seventy-five articles were found (PubMed= 4,889; SCIELO= 303; VHL= 283), only twenty-four of which met the criteria and were used for data analysis. Even as the beneficial effects of CVR to mitigate the CVD epidemic in low- and middle-income countries have been elucidated, significant barriers remain at the health system, service provider, CVR program, and patient levels that need to be addressed to ensure that all eligible patients have access to these specific programs. Conclusion: It is concluded that CVR is a vital process for the improvement of patients with CVD, but faces several barriers that limit access and adherence. Among these barriers, the lack of awareness and referral by the healthcare team, lack of resources, logistical and financial issues stand out.

Keywords: Cardiovascular disease; cardiovascular rehabilitation; Barriers.

1. INTRODUÇÃO

Com a mudança do perfil do processo saúde doença, onde as doenças crônicas ultrapassam as doenças infectocontagiosas, as doenças cardiovasculares são atualmente a maior causa de morbimortalidade no mundo, fazendo com que medidas fossem adotadas para o controle e prevenção dessas doenças. (Organização Pan-Americana da Saúde, 2003).

A criação da reabilitação cardiovascular (RCV) teve como objetivo inicial a recuperação de pacientes que foram acometidos com algum comprometimento cardiovascular agudo, com o intuito de promover uma recuperação precoce e devolver esses pacientes o mais breve possível para o convívio social. (ANDERSON *et al*, 2016)

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1964 definiu a RCV como o “conjunto de atividades necessárias para assegurar às pessoas com doenças cardiovasculares condição física, mental e social ótima, que lhes permita ocupar pelos seus próprios meios um lugar tão normal quanto seja possível na sociedade” (BROWN, 1964). Mesmo com os efeitos benéficos

da RCV comprovados e as reafirmações em grandes conferencias acerca da importância da inclusão desses de pacientes cardiopatas nesses programas ainda existem uma baixa aderência nesses programas. (Sociedade brasileira de cardiologia, 2020). Muitas são as barreiras que impactam nessa inserção que vão desde barreiras socioeconômicas, até o não encaminhamento por médicos a esses serviços. (Ghisi *et al* em 2013; Santos *et al* em 2017)

Diante da relevância crescente da RCV como componente essencial no manejo de Doenças Cardiovasculares (DCV), surge a indagação central: Quais são as barreiras enfrentadas pelos pacientes com DCV que impactam sua participação efetiva nos programas de reabilitação cardiovascular? Esta investigação visa compreender os desafios específicos que podem impedir ou limitar o envolvimento ativo desses pacientes em processos tão fundamentais para sua recuperação e melhoria da qualidade de vida.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática foi encaminhada e registrada na base de registros PROSPERO com o ID: CRD42023456903. Para alcançar os objetivos do presente estudo foi utilizado uma abordagem rigorosa e sistemática seguindo as recomendações PRISMA para a análise e seleção dos estudos. A busca por evidências foi conduzida utilizando os bancos de dados Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde e Pubmed, com a utilização dos descritores específicos, “*barriers*”, “*difficulties*”, “*cardiac rehabilitation*” e “*cardiovascular rehabilitation*”, sendo esses utilizados de forma cruzada com os operadores booleanos “*and*” e/ou “*or*” entre os descritores.

Para compor a pesquisa foram incluídos artigos escritos em português, inglês e espanhol, que abordassem as barreiras para a inserção dos pacientes com DCV em um programa de RCV e que estivessem disponíveis em formato completo, foram excluídos artigos de revisão, estudos realizados com animais e in vitro.

Iniciamos o processo com a remoção de duplicatas, seguida de uma triagem inicial dos títulos para excluir estudos que não estivessem alinhados com o escopo da revisão. A leitura dos resumos permitiu uma seleção mais precisa, considerando a pertinência em relação aos objetivos do estudo. Na etapa final, os textos completos dos artigos selecionados foram minuciosamente analisados, enfocando especialmente os aspectos metodológicos para garantir a qualidade das informações incluídas na revisão, foram extraídas as principais informações: autores, amostra, objetivo do estudo, local onde foi realizada a pesquisa, o instrumento utilizado para avaliação das barreiras para RCV e o resultado do estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir das estratégias de buscas adotadas foram encontrados cinco mil quatrocentos

e setenta e cinco artigos (PubMed= 4.889; SCIELO= 303; BVS= 283), destes apenas vinte e quatro atenderam aos critérios estabelecidos e foram utilizados para análise dos seus dados. O fluxograma da seleção dos estudos por meios de análise encontra-se na figura 1.

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos estudos.

Fonte: elaborado pelos próprios autores

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

Os estudos selecionados abrangem um período que varia de 2011 a 2023. A maioria dos estudos utilizaram a Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca (EBRC) como instrumento para avaliação das barreiras para a RCV. Na tabela 1 estará listado as principais informações dos estudos selecionados.

Tabela 1 – Características dos estudos incluídos que identificaram as barreiras para a inserção dos pacientes cardiopatas em programas de RCV

Autores/ano	Amostra	Localidade	Objetivo	Instrumento utilizado para as barreiras	Resultado
Burdiat et al, 2011	6 centros de reabilitação cardiovascular	Uruguai	Avaliar a situação atual dos programas de RCV no Uruguai.	Não se aplica – Questionário criado pelos pesquisadores.	Baixo encaminhamento dos pacientes para programas de RCV.
Santibañez et al, 2012	8 centros que fornecem reabilitação cardiovascular	Chile	Descrever a situação atual da RCV no Chile.	Não se aplica – Questionário criado pelos pesquisadores.	Baixo encaminhamento após eventos cardiovasculares agudos.
Shanmugasagaram et al, 2013	2.635 participantes	Toronto, Canadá	Examinar as barreiras para a inscrição e participação na RCV entre grupos sub-representados	Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca (EBRC)	Os habitantes rurais e os pacientes com baixo nível socioeconômico enfrentam maiores barreiras quando comparados com os seus homólogos urbanos com alto nível socioeconômico.
Shanmugasagaram et al, 2015	2.635 pacientes cardíacos estáveis	Canadá	Examinar as barreiras à participação em RC por tipo de programa (local vs. Domiciliar) e a relação dessas barreiras com o grau de participação no programa e o comportamento de exercício.	Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca (EBRC)	As barreiras e percepções entre os participantes da RCV a distância e a falta de energia, estavam relacionadas com uma menor participação no programa e exercício.
Graversen et al, 2017	5.455 pacientes hospitalizados	Dinamarca	Analisar o impacto do nível	Não se aplica – Questionário	Pacientes com baixo nível socioeconômico tiveram

			socioeconômico nas barreiras à RC e investigar se tais barreiras influenciaram a escolha do encaminhamento.	criado pelos pesquisadores.	maior probabilidade de não receber informações sobre RCV.
Santos et al, 2017	79 indivíduos adultos	Bahia, Brasil	Identificar e descrever os motivos que levam a não inclusão de indivíduos cardiopatas em programas de RCV	Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca (EBRC)	Os fatores identificados como barreiras para a RCV mais frequentes foram a falta de conhecimento sobre os benefícios da RCV, a distância da residência dos pacientes até o centro mais próximo de RCV e o custo com deslocamento.
Im et al, 2018.	552 pacientes que tiveram SCA	Coreia do sul	Investigar os fatores associados à inscrição e participação em RCV na Coreia.	Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca (EBRC)	Barreiras associadas a condições logísticas ou comorbidades/funcionais, conflitos de tempo/trabalho sem as barreiras significativas de logística ou comorbidades/status funcional apresentaram alto risco de não comparecimento ao RC, mesmo que tenham concordado em aderir a RCV durante o período de internação.
Servio et al, 2019	32 administradores de saúde, 16 fornecedores de RC e 805 pacientes.	Brasil, minas gerais	Avaliar simultaneamente as barreiras à prestação de RCV no sistema de saúde (incluindo fonte de financiamento), programa de RCV e paciente (incluindo barreiras não apenas à inscrição, mas também à adesão e conclusão do programa por parte dos inscritos), num contexto de poucos recursos.	Questionário criado pelos pesquisadores para os prestadores e de serviço e a Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca (EBRC) para os pacientes.	Os pacientes relataram barreiras relacionadas à distância, custo e problemas de transporte. A falta de encaminhamento foi identificada como uma grande barreira ao uso de RCV, no entanto, devemos primeiro desenvolver programas com capacidade suficiente para os quais os pacientes possam ser encaminhados.
Ghanbari-Firoozabdi et al, 2020.	14 especialistas em cardiologia	Irã	Identificar as percepções dos especialistas em cardiologia sobre as barreiras e facilitadores para a participação do paciente na RCV em um ambiente	Não se aplica – Questionário criado pelos pesquisadores.	As barreiras ao encaminhamento e participação da RCV eram de vários níveis, como em ambientes com muitos recursos. Destacando-se a falta de consciencialização.

de poucos recursos, com foco no encaminhamento.

Santos et al, 2021	220 indivíduos integrantes de programas públicos e privados de reabilitação cardíaca baseados em exercício	Brasil	Comparar as barreiras apresentadas por indivíduos com baixa ou alta adesão à RCV e comparar essas barreiras entre os programas públicos e privados. Como objetivo secundário, pretendemos comparar o perfil dos participantes, permitindo uma melhor compreensão da adesão destes pacientes a estes programas.	Escala de Barreiras de Reabilitação Cardíaca (CRBS)	As principais barreiras observadas nos programas analisados foram “barreiras totais”, “necessidade percebida” e “acesso”, principalmente questões relacionadas a custo, distância, problemas de transporte e restrições de tempo, sendo os pacientes com alta adesão no programa público aqueles que apresentam mais barreiras.
Foster et al, 2021	840 pacientes cardiopatas	Escócia	Identificar fatores associados à frequência de RCV em uma população rural escocesa.	Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca (EBRC)	O fator mais importante identificado para o comparecimento à RCV foi a falta de necessidade percebida, e para a atividade física os fatores mais importantes foram a autoeficácia para superar barreiras e a falta de força de vontade.
Zeballos et al, 2021	72 centros de reabilitação	Argentina	Conhecer a situação atual dos programas de reabilitação cardiovascular na Argentina.	Não se aplica – Questionário criado pelos pesquisadores.	Foi identificado barreiras importantes como o baixo encaminhamento, admissão e adesão aos programas.
Alexandre et al, 2022.	214 pacientes com IC	Portugal	Investigar os determinantes clínicos e as barreiras ao recrutamento de RCV de doentes com IC num hospital terciário em Portugal	Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca (EBRC)	As principais barreiras são interdependentes e estão relacionadas aos profissionais de saúde (sem encaminhamento), ao sistema de saúde (distância geográfica do hospital) e aos pacientes (problemas não cardíacos concomitantes).
Rangel-Cubillos et al, 2022	219 participantes	Colômbia	Explorar barreiras e facilitadores para a adesão à RC a partir das perspectivas dos	Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca (EBRC)	As barreiras logísticas continuam a ser fundamentais, principalmente relacionadas com o transporte e os custos

pacientes, seus cuidadores informais e prestadores de RCV, em uma cidade latino-americana.

Supervia et al, 2022	13 participantes adultos	Minnesota, EUA	Identificar barreiras à conclusão de um programa de RCV e identificar fatores que ajudam a facilitar a conclusão de RCV.	Não se aplica – Questionário criado pelos pesquisadores.	Este estudo identificou barreiras psicológicas e emocionais à participação na RCV para alguns indivíduos. Estas barreiras incluem uma falta percebida de interação interpessoal com a equipe de RCV e os pacientes e uma sensação de exaustão emocional ao confrontar as condições de saúde em indivíduos que sofreram um evento recente de doença cardiovascular.
Bourke et al, 2022	14 participantes	Irlanda	Identificar os principais fatores que influenciam a adesão e o abandono precoce dos participantes na ulmedx.	Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca (EBRC)	Foram identificados três fatores principais que afetam a adesão e o abandono: apoio social, resultados percebidos da participação e barreiras práticas à frequência.
Fraser et al, 2022	567 participantes	Reino unido	Identificar as barreiras e facilitadores para RCV e atividade física.	Não se aplica – Questionário criado pelos pesquisadores.	As principais barreiras para frequentar a RCV nesta coorte incluíram a idade e a saúde física, a distância das aulas e o custo da frequência.
Kim et al, 2022	132 gestores de políticas públicas em saúde	Coreia do sul	Investigar as discrepâncias nas percepções da necessidade de programas de RC e políticas de saúde relevantes entre diretores de hospitais e pessoal de política de saúde na Coreia do Sul para esclarecer a situação e estabelecer estratégias praticamente superiores e eficazes para promover RCV na Coreia do Sul.	Não se aplica – Questionário criado pelos pesquisadores.	Os diretores de hospitais e de políticas de saúde exibiram geralmente percepções neutras a positivas sobre fatores relacionados com a promoção da RCV. No entanto, a contribuição percebida de cada fator variou entre as organizações. Notavelmente, a importância percebida dos fatores relacionados com a política governamental foi ligeiramente menor entre os diretores de hospitais sem sistemas de RCV estabelecidos e os de agências de política de saúde.
Borges et al, 2022	174 pacientes cardiopatas	Brasil	Investigar as diferenças nas	Escala de Barreiras de	Neste estudo conflitos de encaminhamento e horário

			características dos pacientes atendidos em centros de reabilitação com financiamento público e privado e suas barreiras à adesão.	Reabilitação Cardíaca (CRBS)	persistem como barreiras, sendo mais pronunciadas para pacientes em programas públicos, especialmente em comorbidades, estado funcional, necessidade percebida e acesso.
Khushhal e Alsubaiei, 2023	67 fisioterapeutas e 73 cardiologistas com 1 cirurgião cardíaco	África do sul	Determinar as principais barreiras para o estabelecimento de um programa de RCV ambulatorial), bem como avaliar o conhecimento da RCV ambulatorial.	Não se aplica – Questionário criado pelos pesquisadores.	As barreiras para o estabelecimento de reabilitação cardíaca ambulatorial na prática foram a falta de conscientização dos profissionais de saúde sobre as fases de reabilitação cardíaca, bem como a falta de profissionais de saúde treinados.
Firoozabadi et al, 2023	1.053 participantes cardiopatas de ambos os sexos	Irã	Comparar quantitativamente as barreiras da RCV à participação na RCV entre homens e mulheres que foram encaminhados para RCV, mas não se inscreveram neste país.	Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca (EBRC)	Desigualdade de gênero e de baixos recursos, as mulheres tinham barreiras de RCV significativamente maiores do que os homens, e a natureza das suas barreiras difere das mulheres em contextos de maiores recursos. Suas maiores barreiras entre as mulheres eram fatores logísticos (distância, custo e problemas de transporte) e comorbidades/status funcional (como considerar o exercício cansativo ou doloroso, baixo nível de energia, problemas de saúde e idade avançada).

Fonte: elaborado pelos próprios autores

A RCV é uma prática globalmente reconhecida e essencial no tratamento de pacientes com doenças cardiovasculares. Amplamente adotada em diversos países, a RCV visa otimizar a saúde física, mental e social de indivíduos afetados por condições cardíacas. Por meio de intervenções multidisciplinares, como exercícios físicos monitorados, educação em saúde e apoio psicossocial, a RCV desempenha um papel fundamental na promoção da recuperação e na prevenção de eventos cardiovasculares recorrentes. Apesar de sua eficácia comprovada, a acessibilidade e implementação da RCV variam globalmente, destacando a importância contínua da conscientização e desenvolvimento de políticas de saúde que promovam sua aplicação abrangente.

Santos *et al* em 2017 identificou que as principais barreiras para a RCV mais frequentes foram a falta de conhecimento sobre os benefícios da RCV, a distância da

residência dos pacientes até o centro mais próximo de RCV e o custo com deslocamento. Em um estudo de coorte feito por Fraser *et al* em 2022, identificou como as principais barreiras a idade e a saúde física, a distância das aulas e o custo da frequência. Já Bourke *et al*, 2022, identificou três fatores principais que afetam a adesão e o abandono: apoio social, resultados percebidos da participação e barreiras práticas à frequência.

Supervia *et al* em 2022, em seu estudo identificou algumas barreiras psicológicas e emocionais em relação à participação na RCV para certos indivíduos. Essas barreiras englobam a percepção de uma falta de interação interpessoal com a equipe de RCV e outros pacientes, bem como uma sensação de exaustão emocional ao enfrentar as condições de saúde após terem sofrido um evento recente de doença cardiovascular.

Shanmugasegaram *et al* em 2015 buscou identificar as barreiras à participação em RCV por tipo de programa (local vs. Domiciliar) e a relação dessas barreiras com o grau de participação no programa e o comportamento de exercício, através desse estudo foi possível identificar que os participantes de RCV em domicílio enfrentam mais desafios em comparação com aqueles que participam em programas de RCV em locais específicos. No entanto, as barreiras enfrentadas em casa podem ser superadas com a prestação de serviços de reabilitação cardíaca domiciliar, indicando que esse modelo alternativo de cuidados está sendo adequadamente utilizado. Além disso, algumas barreiras e percepções, como a falta de energia, entre os participantes de RCV em locais específicos, estão associadas a uma menor adesão ao programa e à atividade física.

Um outro estudo realizado em 2013 por Shanmugasegaram *et al*, onde foi examinado as barreiras para a inscrição e participação na RCV entre os grupos sub-representados, foi possível identificar que os habitantes rurais e os pacientes com baixo nível socioeconômico enfrentam maiores barreiras à utilização de RCV quando comparados com os seus homólogos urbanos com alto nível socioeconômico. É hora de implementar estratégias conhecidas para superar estas barreiras, para alcançar uma utilização maior e equitativa da RCV.

Em concordância Graversen *et al* em 2017 através de sua pesquisa realizada na Dinamarca, identificou que pacientes de baixo nível socioeconômico tiveram uma probabilidade maior de não receber informações sobre RCV. Essa mesma população foi, em grande parte, encaminhada para programas de RCV baseados na comunidade. Existiam barreiras tanto a nível do paciente quanto do sistema, evidenciando que a desigualdade social ainda impacta significativamente o processo de encaminhamento.

Outras barreiras devem ser levadas em consideração também, em um estudo realizado na Escócia por Foster *et al* em 2021, o principal fator identificado para a adesão à RCV foi a percepção de falta de necessidade, enquanto para a atividade física, destacaram-

se a autoeficácia para superar obstáculos e a falta de motivação. Esses fatores são significativos para identificar pacientes em risco na prática clínica e podem ser alvos de estratégias para incentivar sua participação tanto na RCV quanto na atividade física.

Na interseção da desigualdade de gênero e da falta de recursos econômicos, as mulheres enfrentam desafios substanciais em relação ao acesso à RCV, que são significativamente maiores do que os homens. Além disso, a natureza dessas barreiras é distinta para as mulheres em contextos de recursos limitados em comparação com aquelas em ambientes mais privilegiados. Entre as mulheres em situação de desvantagem, as principais barreiras identificadas foram fatores logísticos, como distância, custo e problemas de transporte, além de comorbidades e limitações funcionais, como a percepção de exercício como cansativo ou doloroso, baixa energia, problemas de saúde e avanço da idade. Para superar essas barreiras, é crucial considerar modelos alternativos, como a RCV domiciliar, que podem se mostrar mais viáveis para pacientes enfrentando desafios logísticos significativos. (Firoozabadi *et al*, 2023)

Além disso, a mitigação das barreiras financeiras e de transporte requer abordagens que garantam às mulheres um maior acesso a recursos econômicos, através de políticas de apoio e programas de assistência específicos. Por fim, é essencial que os pacientes sejam informados de que seus programas de exercícios de RCV serão adaptados com base em seu estado funcional, comorbidades e preferências individuais. Essa abordagem personalizada não só aumenta a eficácia do programa de reabilitação, mas também promove uma maior adesão e satisfação por parte dos pacientes, facilitando assim a obtenção de melhores resultados de saúde a longo prazo. (Firoozabadi *et al*, 2023)

Em um estudo realizado no Uruguai por Burdiat *et al*, 2011 ele pode observar que apesar da eficácia conhecida e custo-efetividade da RCV, o Uruguai possui poucos centros desenvolvidos. Fazendo com que seja crucial melhorar o encaminhamento dos pacientes para programas de RCV, garantindo financiamento adequado e disponibilidade. Estabelecendo um processo de encaminhamento desde a admissão, podendo assim, evitar a perda de tempo no acesso. Tornando assim recomendável manter essas medidas, direcionando pacientes para instituições qualificadas, garantindo programas de longo prazo e prevenindo a deterioração da qualidade de vida e seus impactos socioeconômicos conhecidos.

Em concordância um estudo feito por Santibañez *et al*, 2012 que foi o primeiro relatório sobre a RCV no Chile, revelou desafios, como baixo encaminhamento após eventos cardiovasculares agudos. A proposta desse estudo incluiu a implementação de acreditação para centros de RCV e destaca a necessidade de conscientização governamental sobre a importância da RCV na prevenção cardiovascular secundária. Comparativamente, o Chile tem

uma baixa percentagem de encaminhamentos para RCV em comparação com outros países. O estudo destaca a necessidade de fortalecer as unidades de RCV no Chile, enfatizando a eficácia terapêutica e socioeconômica da prevenção cardiovascular. Estratégias integradas, desde a internação até a manutenção, são sugeridas para melhorar o impacto da RCV no país.

Na Argentina, Zeballos *et al*, 2021 em sua pesquisa destaca a eficácia comprovada da RCV na redução de eventos cardiovasculares, porém ressalta que países da América Latina, incluindo a Argentina, enfrentam desafios como baixo encaminhamento, admissão e adesão aos programas de RCV. Uma solução proposta é a implementação de um processo de acreditação ou certificação para os centros de RCV, com o objetivo de padronizar os componentes e unificar critérios de implementação no país. Além disso, destaca-se a importância de conscientizar os órgãos governamentais sobre o valor da RCV na prevenção cardiovascular secundária e promover sua cobertura, considerando sua comprovada eficácia e rentabilidade.

Por sua vez em um estudo realizado na Coreia do Sul por Im *et al*, 2018, a participação na RCV por pacientes coreanos com síndrome coronariana aguda (SCA) enfrenta várias barreiras. Para pacientes com barreiras logísticas ou comorbidades/funcionais, o encaminhamento regional ou programas alternativos de RCV podem ser úteis desde o início do tratamento. No entanto, pacientes com conflitos de tempo/trabalho apresentam alto risco de não comparecimento ao RC, mesmo concordando em aderir durante a internação. Estratégias como marcação precoce, sessões noturnas ou finais de semana, e políticas de saúde para garantir a participação durante o trabalho podem ser benéficas. Recomenda-se a realização de estudos adicionais, incluindo outras indicações de RCV além da SCA, para uma compreensão mais abrangente das barreiras e estratégias de intervenção.

De forma complementar um outro estudo nesse mesmo país realizado por Kim *et al*, 2022, notou-se que os diretores de hospitais e de políticas de saúde têm percepções neutras a positivas sobre a promoção da RCV, mas a importância atribuída a cada fator varia entre as organizações. O apoio socioeconômico governamental à RCV é considerado crucial, incluindo incentivos, terapias noturnas e a conexão entre programas hospitalares e comunitários. Além disso, destaca-se o papel dos hospitais no encaminhamento oportuno e na educação dos pacientes sobre a necessidade desse tratamento.

Em Portugal Alexandre *et al*, 2022 realizou uma pesquisa com pacientes com insuficiência cardíaca (IC) que evidenciou que embora uma proporção relativamente alta (35%) de pacientes com tenha sido submetida a programas de RCV, ainda há espaço para melhorias. As principais barreiras incluem a falta de encaminhamento por parte dos profissionais de saúde, a distância geográfica dos hospitais e problemas não cardíacos

concomitantes entre os pacientes. São necessárias estratégias inovadoras em vários níveis para superar esses desafios e aumentar a oferta de programas de RCV para pacientes com IC.

Além das barreiras mencionadas, como a falta de encaminhamento adequado e a distância geográfica dos hospitais, é importante destacar a persistência das barreiras logísticas, especialmente relacionadas ao transporte e aos custos associados à participação em programas de RCV. Esses desafios logísticos podem representar dificuldades significativas para os pacientes, limitando sua capacidade de aderir regularmente aos programas de RCV. Uma abordagem potencial para mitigar essas barreiras logísticas é a implementação de programas híbridos, nos quais os pacientes podem participar presencialmente em um local de RCV por menos dias por semana, combinados com sessões remotas ou em casa. Essa flexibilidade pode melhorar a adesão dos pacientes, permitindo que eles participem mesmo diante de restrições de tempo ou dificuldades de transporte. (Rangel-Cubillos *et al*, 2022; Bourke *et al*, 2022; Santos *et al*, 2021).

É essencial garantir que esses programas híbridos sejam viáveis financeiramente para os pacientes, especialmente através da cobertura adequada pelo seguro de saúde, a fim de evitar sobrecargas financeiras adicionais. Além disso, a inclusão e o suporte aos cuidadores informais também são aspectos importantes a serem considerados. Os cuidadores desempenham um papel crucial no apoio aos pacientes durante o processo de reabilitação, fornecendo assistência prática, emocional e logística. Portanto, os programas de RCV devem desenvolver políticas que reconheçam e apoiem a participação ativa dos cuidadores, garantindo que eles também tenham acesso a recursos e suporte adequados para desempenhar seu papel de forma eficaz. (Rangel-Cubillos *et al*, 2022; Bourke *et al*, 2022; Santos *et al*, 2021).

Em suma, a abordagem das barreiras logísticas na participação em programas de RCV requer uma combinação de estratégias, incluindo a implementação de programas híbridos acessíveis e políticas de apoio aos cuidadores informais. Ao tornar os serviços de RCV mais acessíveis e inclusivos, é possível promover uma participação mais ampla e eficaz dos pacientes, contribuindo assim para melhores resultados de saúde a longo prazo. (Rangel-Cubillos *et al*, 2022; Bourke *et al*, 2022; Santos *et al*, 2021).

Ghanbari-Firoozabdi *et al*, 2020 em seu estudo identificou as percepções dos especialistas em cardiologia sobre as barreiras e facilitadores que influenciam a participação dos pacientes na RCV em ambientes com recursos limitados, com um foco específico no processo de encaminhamento. Constatou-se que as barreiras ao encaminhamento e à participação na RCV variavam em diferentes níveis. A introdução relativamente recente da RCV nesses contextos parece ter contribuído para uma falta considerável de conscientização

sobre o assunto. Além disso, as divergentes crenças culturais e os desafios na comunicação dos programas de RCV aos prestadores de referência foram aspectos particularmente destacados neste cenário.

Embora os profissionais de saúde tenham um bom conhecimento geral sobre reabilitação cardíaca, muitos desconhecem as diferentes fases desse processo. As principais barreiras para a implementação efetiva da RCV ambulatorial incluem a falta de conscientização sobre as fases de reabilitação, bem como a escassez de profissionais de saúde treinados. Alguns serviços ofereçam reabilitação cardíaca, eles muitas vezes não são abrangentes o suficiente. Superar essas barreiras requer investimentos em educação contínua para profissionais de saúde, treinamento de pessoal qualificado e aprimoramento dos programas existentes para garantir uma cobertura abrangente e adaptada às necessidades dos pacientes. (Khushhal e Alsubaiei, 2023)

Mesmo elucidado os efeitos benéficos da RCV para mitigar a epidemia de DCV em países de baixa e média renda, persistem significativas barreiras nos níveis do sistema de saúde, provedor de serviços, programa de RCV e paciente, que precisam ser abordadas para garantir que todos os pacientes elegíveis tenham acesso a esses programas vitais. Há uma lacuna de conhecimento substancial entre os administradores de saúde e os médicos solicitantes. A falta de recursos adequados é uma preocupação comum na maioria dos locais de atendimento, o que compromete a capacidade de oferecer serviços abrangentes de RCV. Os pacientes enfrentam várias barreiras, incluindo questões relacionadas à distância, custo e transporte para acessar os programas. (Servio *et al*, 2019; Borges *et al*, 2022).

Além disso, a falta de encaminhamento adequado é uma preocupação recorrente, ressaltando a necessidade de desenvolver programas de RCV com capacidade suficiente para atender à demanda potencial. Para superar essas barreiras, é crucial implementar estratégias que aumentem a conscientização e a educação entre os administradores de saúde e os médicos, bem como garantir a alocação adequada de recursos para os programas de RCV. Além disso, soluções inovadoras, como telemedicina e reabilitação domiciliar, podem ajudar a superar as barreiras geográficas e financeiras enfrentadas pelos pacientes. Em última análise, um esforço colaborativo entre governos, instituições de saúde, profissionais de saúde e comunidades é essencial para garantir que a RCV seja acessível e eficaz para todos os pacientes que necessitam desse tipo de intervenção vital. (Servio *et al*, 2019; Borges *et al*, 2022).

A análise abrangente de diversos estudos sobre a RCV revela uma série de barreiras enfrentadas por pacientes e sistemas de saúde em todo o mundo. Essas barreiras incluem falta de conhecimento, distância geográfica, custos financeiros, desafios logísticos e fatores emocionais e culturais. No entanto, há também uma série de estratégias potenciais que

podem ser implementadas para superar essas barreiras e garantir que a RCV seja acessível e eficaz para todos os pacientes elegíveis.

A falta de conhecimento sobre os benefícios da RCV entre pacientes e profissionais de saúde é uma barreira significativa. É crucial investir em programas de educação contínua para profissionais de saúde e campanhas de conscientização pública para destacar os benefícios da RCV na prevenção de doenças cardiovasculares. Muitos pacientes enfrentam dificuldades para serem encaminhados para programas de RCV devido à falta de conscientização ou à escassez de recursos adequados. É necessário estabelecer processos de encaminhamento mais eficientes desde o momento do diagnóstico, garantindo que todos os pacientes elegíveis sejam identificados e encaminhados adequadamente para os programas de RCV.

Os programas de RCV devem ser adaptados às necessidades individuais dos pacientes, levando em consideração fatores como idade, saúde física, comorbidades e preferências pessoais. Além disso, é importante garantir que os programas ofereçam uma variedade de opções de horários e locais para acomodar as necessidades dos pacientes. As dificuldades relacionadas ao transporte, custos financeiros e restrições de tempo podem impedir a adesão dos pacientes aos programas de RCV. A implementação de programas híbridos, combinando a sessões presenciais com opções remotas ou domiciliares, pode ajudar a superar essas barreiras e melhorar a acessibilidade dos programas. Soluções inovadoras, como telemedicina e programas de reabilitação domiciliar, podem ajudar a superar barreiras geográficas e financeiras, permitindo que mais pacientes participem dos programas de RCV.

Fazendo essencial promover uma abordagem colaborativa entre governos, instituições de saúde, profissionais de saúde e comunidades para garantir que a RCV seja acessível e eficaz para todos os pacientes que necessitam desse tipo de intervenção vital.

Os cuidadores desempenham um papel crucial no apoio aos pacientes durante a reabilitação cardiovascular. Portanto, os programas de RCV devem desenvolver políticas que reconheçam e apoiem a participação ativa dos cuidadores, garantindo que eles também tenham acesso a recursos e suporte adequados. É importante reconhecer as disparidades de gênero e socioeconômicas na participação na RCV e implementar estratégias específicas para superar essas barreiras. Isso inclui políticas que garantam o acesso equitativo aos programas de RCV e medidas para mitigar os impactos das desigualdades econômicas e logísticas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi visto, conclui-se que a RCV é um processo vital para a melhora dos

pacientes com DCV, mas enfrenta várias barreiras que limitam o acesso e a adesão. Dentre essas barreiras destacam-se a falta de conscientização e encaminhamento da equipe de saúde, escassez de recursos, questões logísticas e financeiras. Para superá-las, é essencial aumentar a conscientização, garantir recursos adequados, desenvolver programas adaptados e explorar soluções inovadoras. Um esforço colaborativo é necessário para garantir que a RCV seja acessível e eficaz para todos os pacientes que necessitam desse tipo de intervenção.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, A. et al. Clinical Determinants and Barriers to Cardiac Rehabilitation Enrollment of Patients with Heart Failure with Reduced Ejection Fraction: A Single-Center Study in Portugal. **Journal of Cardiovascular Development and Disease**, v. 9, n. 10, p. 344, 9 out. 2022.
- ANDERSON, L et al. Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of the American College of Cardiology**, Washington, v. 67, ed. 1, p. 1-12, 2016.
- BORGES, G. L. B. et al. Publicly versus privately funded cardiac rehabilitation: access and adherence barriers. A cross-sectional study. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 140, n. 1, p. 108–114, fev. 2022.
- BOURKE, A. et al. Barriers to and motives for engagement in an exercise-based cardiac rehabilitation programme in Ireland: a qualitative study. **BMC Primary Care**, v. 23, n. 1, 11 fev. 2022.
- BROWN, R A. Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases. Report of a WHO expert committee. **World Health Organization Technical Report Series**. 1964;
- BURDIAT, G. et al. Situación actual de la rehabilitación cardíaca en Uruguay. **Revista Uruguaya de Cardiología**, v. 26, n. 1, p. 8–15, 1 mar. 2011.
- FRASER, M. J. et al. Barriers and facilitators to participating in cardiac rehabilitation and physical activity: A cross-sectional survey. **World Journal of Cardiology**, v. 14, n. 2, p. 83–95, 26 fev. 2022.
- FOSTER, E. J. et al. Barriers and facilitators to participating in cardiac rehabilitation and physical activity in a remote and rural population; a cross-sectional survey. **Cardiology Journal**, v. 0, n. 0, 24 set. 2019.
- GHANBARI-FIROOZABADI, M. et al. Cardiac Specialists' Perspectives on Barriers to Cardiac Rehabilitation Referral and Participation in a Low-Resource Setting. **Rehabilitation Process and Outcome**, v. 9, p. 117957272093664, jan. 2020.
- GHISI, et al. Assessment of Patient Knowledge of Cardiac Rehabilitation: Brazil vs canada. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 101, ed. 3, p. 255-262, 2013.
- GRAVERSEN, C. B. et al. Social inequality and barriers to cardiac rehabilitation in the rehab-North register. **Scandinavian Cardiovascular Journal**, v. 51, n. 6, p. 316–322, 11 out. 2017.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)**; 2003.
- IM, H. W. et al. Barriers to Outpatient Hospital-Based Cardiac Rehabilitation in Korean Patients With Acute Coronary Syndrome. **Annals of Rehabilitation Medicine**, v. 42, n. 1, p. 154, 2018.
- KHUSHHAL, A.; ALSUBAIEI, M. Barriers to Establishing Outpatient Cardiac Rehabilitation in the Western Region of Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 16, p. 653–661, 2023.

KIM, C. et al. A survey of the perceptions of barriers to and facilitators of cardiac rehabilitation in healthcare providers and policy stakeholders. **BMC Health Services Research**, v. 22, n. 1, 5 ago. 2022.

MAHDIEH GHANBARI-FIROOZABADI et al. Sex differences in cardiac rehabilitation barriers among non-enrollees in the context of lower gender equality: a cross-sectional study. **BMC Cardiovascular Disorders**, v. 23, n. 1, 29 jun. 2023.

RANGEL-CUBILLOS et al. Examining Facilitators and Barriers to Cardiac Rehabilitation Adherence in a Low-Resource Setting in Latin America from Multiple Perspectives. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 4, p. 1911–1911, 9 fev. 2022.

SANTIBÁÑEZ, C. et al. Situación actual de la rehabilitación cardiaca en Chile. **Revista Medica De Chile**, 1 maio 2012.

SANTOS, L. S. T. et al. Barriers to cardiovascular rehabilitation care in a northeast city of Brazil. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 24, ed. 2, p. 67-71, 2017.

SANTOS, L. A. et al. Analysis of Barriers to Public and Private Cardiac Rehabilitation Programs in Patients with Low and High Adherence. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, v. 38, n. 2, p. 235–243, 2023.

SÉRVIO, T. C. et al. Barriers to cardiac rehabilitation delivery in a low-resource setting from the perspective of healthcare administrators, rehabilitation providers, and cardiac patients. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, 2 set. 2019.

SHANMUGASEGARAM, S. et al. Cardiac rehabilitation barriers by rurality and socioeconomic status: a cross-sectional study. **International Journal for Equity in Health**, v. 12, n. 1, p. 72, 2013.

SHANMUGASEGARAM, S. et al. A Comparison of Barriers to Use of Home- Versus Site-Based Cardiac Rehabilitation. **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention**, v. 33, n. 5, p. 297–302, 2013.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v 114, ed 5, p. 943-987, 2020.

SUPERVIA, M. et al. Cardiac Rehabilitation Completion Study: Barriers and Potential Solutions. **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention**, v. 42, n. 5, p. 375–377, 1 set. 2022.

ZEBALLOS, C. et al. Estado actual de la rehabilitación cardiovascular en Argentina. **Revista argentina de cardiología**, v. 89, n. 1, p. 37–41, 1 mar. 2021.