

**Tabela I – Resumo dos estudos incluídos (n = 8).**

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Método</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Resultado</b>
Babu <i>et al.</i> [15]	2010	Caso-controle	Investigar os efeitos benéficos do protocolo da fase I de Reabilitação Cardíaca (RC) em pacientes com e sem complicações eletrocardiográficas no centro rural.	Nível 1 (exercício respiratório + mobilização articular de tornozelos, pés e punhos), nível 2 (protocolo anterior + sedestação por 1-2 horas + flexão de cotovelo e flexão de ombros em sedestação, 1 série de 5 repetições) e nível 3 (protocolo anterior, 1 série com 10 repetições + caminhada dentro do quarto + ortostatismo, flexão de quadril, 1 série com 5 repetições + marcha estacionária, 1 série com 5 repetições + deambulação para fora do quarto + flexão do tronco + subida de degrau).	As diferenças estatisticamente significativas nas classificações do Esforço Percebido (RPE) e o tempo para retornar aos parâmetros de linha de base após o Teste de Caminhada de Seis Minutos (TC6M) foram observadas no grupo experimental. As mudanças na distância do TC6M não foram significativas entre os grupos. Não foram observados eventos adversos durante os TC6M e RC de fase 1.
Hiss <i>et al.</i> [22]	2012	Estudo transversal	Avaliar as respostas autonômicas e hemodinâmicas de pacientes pós-IAM submetidos ao primeiro dia de protocolo de Reabilitação Cardíaca fase I, bem como sua segurança.	Foi realizado na posição supina, que incluía dez minutos de repouso pré e pós-exercícios, seguido de quatro minutos de exercícios respiratórios e cinco minutos de exercícios físicos dinâmicos. Durante o período de repouso, os pacientes foram sempre instruídos a permanecer acordados, quietos e respirando espontaneamente. Os exercícios respiratórios incluíam padrão diafragmático e respiração em três tempos. Os exercícios físicos dinâmicos de Membros Inferiores (MMII) foram realizados de forma ativo-assistida e o número de repetições, bem como a velocidade	A variabilidade da FC apresentou redução na execução dos exercícios em relação ao repouso pré e pós-exercício. A FC e a pressão arterial sistólica apresentaram aumento durante a execução dos exercícios em relação ao repouso. Não foi observado qualquer sinal e ou sintoma de intolerância ao esforço.

				de execução dos movimentos respeitavam a intensidade de 20 batimentos por minuto acima da Frequência Cardíaca (FC) de repouso na postura supina.	
Ravagnani <i>et al.</i> [26]	2013	Estudo Transversal	Determinar o Gasto Energético (GE) em termos de gasto calórico e Equivalente Metabólico (MET) de duas sessões de um protocolo de exercício.	Os exercícios eram compostos por sessão A (20 minutos de aquecimento, 40 minutos de caminhada e 20 minutos de exercício de flexibilidade); sessão B (20 minutos de aquecimento, 30 minutos de caminhada e 30 minutos de exercício de resistência muscular localizada).	Um MET para este grupo foi de $2,7 \pm 0,1 \text{ mL.kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$ . O valor médio de MET nos exercícios foi de 4,7 (aquecimento), 5,8 (caminhada) e 3,6 (flexibilidade) na sessão A, e 4,6 (aquecimento), 5,6 (caminhada) e 4,8 (resistência muscular localizada) na sessão B. O custo de energia foi similar entre as sessões. Nenhuma atividade foi classificada como vigorosa ( $> 7$ METs). Não houve diferença no $\text{VO}_2$ entre caminhada e resistência muscular localizada embora ambos tenham sido superiores aos exercícios de flexibilidade.
Peixoto <i>et al.</i> [24]	2015	Ensaio clínico randomizado	Avaliar a influência de um programa de Reabilitação Cardíaca (RC) sobre a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Capacidade Funcional (QVRS) em pacientes que recentemente tiveram Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).	Estágio I: Os pacientes foram submetidos a uma mobilização inicial supervisionada programa de exercícios duas vezes por dia, começando 12 horas depois do IAM. Estágio II: O grupo de intervenção foi instruído a realizar um programa de exercícios progressivos não supervisionados para o mês após a alta hospitalar. O grupo controle seguiu um programa de cuidados habitual, que incluía orientação sobre a importância de continuar a realizar a atividade física iniciada durante o internamento.	Um programa de RC baseado em exercícios progressivos iniciais, iniciado por treinamento supervisionado e seguido por um programa ambulatorial não supervisionado, foi capaz de promover melhora da QVRS em pacientes com baixo risco cardiovascular que tiveram IAM.

Roseli <i>et al.</i> [8]	2015	Estudo observacional retrospectivo analítico	Analisar o protocolo adaptado de reabilitação cardíaca na fisioterapia durante a fase hospitalar pós-operatória de cirurgia cardíaca em um serviço de alta complexidade, nos aspectos de complicações e prevalência de mortalidade e dias de internação.	O protocolo foi composto por sete estágios progressivos, iniciando com atividades de baixa intensidade até 2 METS evoluindo para 4 METS no último estágio. Iniciou-se com mobilização precoce, seguido de sedestação, exercícios ativo-assistidos e ortostatismo independente.	Este programa de evolução por <i>steps</i> pode nortear a reabilitação fisioterapêutica no pós-operatório de cirurgia cardíaca na fase hospitalar.
Umeda <i>et al.</i> [25]	2015	Estudo transversal	Verificar a distância do Teste de Caminhada de Seis Minutos (TC6M) em pacientes após Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) não complicado, comparar variáveis do Teste Ergométrico (TE) com do TC6M e verificar quais influenciaram no TC6M.	O protocolo aplicado foi o de Bruce modificado, limitado pela frequência cardíaca submáxima e ou por sintomas. Os TC6Ms foram realizados no sexto ou sétimo dia após IAM.	Todos os pacientes realizaram o TC6M sem complicações. A distância no TC6M foi 451,54 m, consumo de oxigênio estimado pelo TE = 25,66 ml/Kg/min e uma correlação fraca entre eles. Verificou-se redução da metragem com o aumento da idade, aumento do índice de massa corpórea e sexo feminino na distância média do TC6M. A frequência cardíaca e pressão arterial sistólica pico médias foram maiores no TE do que no TC6M. Na recuperação estes valores retornaram mais próximos aos valores basais no TC6M do que no TE, exceto para a pressão diastólica.
Oliveira <i>et al.</i> [23]	2016	Estudo transversal	Correlacionar a Frequência Cardíaca (FC) durante o Teste de Caminhada de Seis Minutos (TC6M) e o teste de sentar e levantar com a FC no limiar anaeróbio e a FC máxima obtidas no teste cardiopulmonar.	Todos os pacientes realizaram um teste de exercício individualmente acelerado em rampa para determinar a diferença entre FC no limiar anaeróbio e FC máxima no exercício. Em dias diferentes, realizaram o TC6M e o teste de sentar e levantar para determinar a FC no final dos testes.	Os participantes apresentaram disfunção ventricular grave (fração de ejeção: 31%) e baixo pico $\dot{V}O_2$ (15,2 mL.kg <sup>-1</sup> .min <sup>-1</sup> ). A FC máxima (113 bpm) foi maior do que a FC do limiar anaeróbio (92 bpm) e FC no TC6M (94 bpm). Não houve diferença significativa entre FC máxima e FC no teste de sentar e levantar. Além disso, uma forte

---

Ghisi <i>et al.</i> [16]	2017	Estudo transversal	Traçar o perfil do nível socioeconômico e hábitos de vida, como nível de atividade física, rotina alimentar, adesão medicamentosa e sintomas depressivos de indivíduos com Doença Cardiovascular (DCV), encaminhados para um programa de Reabilitação Cardiovascular (RC) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.	Os pacientes responderam aos seguintes questionários em versões brasileiras: hábitos alimentares pelo Food Frequency (FFQ), adesão medicamentosa pela Escala de Morisky Medication /Adherence (MMAS- 8), nível de atividade física pelo Godin e depressão pelo Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ9).	correlação foi encontrada entre FC e o TC6M.  O baixo nível de educação, com relação à alimentação, adesão medicamentosa e baixo nível de atividade física encontrados nos pacientes avaliados são condizentes com os encontrados na literatura para pacientes com DCV. Assim, se reforça a necessidade de participação em programa de treinamento físico associado a programas de educação em saúde.
-----------------------------	------	-----------------------	---	---	---

---

**Tabela II – Resumo dos estudos incluídos (n = 8).**

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Método</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultado</b>
Piotrowics <i>et al.</i> [7]	2008	Revisão de literatura	Apresentar a importância da fisioterapia na reabilitação cardíaca em suas fases.	A atividade física é um componente crucial da fisioterapia na reabilitação cardíaca, e a falta de atividade física é um fator de risco de aterosclerose e morte cardíaca, incluindo a morte súbita.
Macedo <i>et al.</i> [13]	2011	Revisão de literatura	Apresentar a melhora dos componentes corporal, cardiorrespiratório e musculoesquelético por meio da fisioterapia aos pacientes em leito hospitalar.	A abordagem e necessidades fisioterápicas são diferentes. Os métodos de prescrição de exercícios durante as fases hospitalares precisam de uma revisão urgente, especialmente os métodos relacionados à cirurgia cardíaca. As necessidades atualmente diferentes, como a individualização e a periodização da prescrição de exercícios durante a fase I da Reabilitação Cardíaca (RC), devem ser estudadas, com o objetivo de melhorar os resultados e os níveis de evidência quanto à aplicação de técnicas de fisioterapia cardiopulmonar e a individualização da prescrição do exercício, sendo importante a periodização aplicada em programas de treinamento e o respeito dos diferentes níveis de aptidão física durante a fase hospitalar pode ajudar a melhorar a qualidade da RC.
García <i>et al.</i> [14]	2014	Revisão de literatura	Analisar protocolos de intervenção fisioterapêutica hospitalar em pacientes com síndrome coronariana aguda.	São inegáveis os benefícios da intervenção fisioterapêutica pronta e adequada em pacientes internados por síndrome coronariana aguda, por contribuir para a sua convalescença e consequente reinserção social e ocupacional.
Alvarez <i>et al.</i> [21]	2014	Revisão de literatura	Realizar revisão bibliográfica e atualização sobre cardiopatas e sua relação com o exercício físico.	As principais intervenções físicas para os cardiopatas foram: exercício aeróbio (aquecimento, esteira, bicicleta caminhada); exercício resistido (musculação), alongamentos; exercícios respiratórios, de flexibilidade e de equilíbrio.

Chagas <i>et al.</i> [18]	2016	Revisão de literatura sistemática	Descrever os efeitos da RC na fase I e os protocolos utilizados.	A RC na fase I está associada a efeitos benéficos como o retorno às atividades diárias, remoção do lactato, melhora da qualidade de vida e da função pulmonar. Entretanto, não existe uma padronização dos protocolos de RC, dificultando o melhor entendimento dos benefícios desta terapia.
Neves <i>et al.</i> [19]	2017	Revisão de literatura	Abordar a mobilização precoce no paciente pós-IAM, identificando quanto tempo depois se pode iniciar a RC supervisionada, como realizar os exercícios, qual é o tipo mais adequado e sua intensidade, bem como indicação e contraindicação na fase hospitalar.	A RC é uma intervenção não farmacológica essencial para pacientes pós-IAM. A RC hospitalar é benéfica, devendo ser iniciada tão rápido quanto possível e está relacionada à melhor recuperação. No entanto, novos estudos devem ser dirigidos à fase hospitalar para entender melhor a prescrição do exercício e as possíveis reduções de novas hospitalizações e mortes.
Gadéa <i>et al.</i> [20]	2017	Revisão de literatura sistemática	Comparar os tratamentos fisioterapêuticos utilizados no processo de Reabilitação Cardíaca (RC) de pacientes cardiopatas após Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).	O exercício físico, como parte do programa de RC, é capaz de influenciar e melhorar a capacidade funcional, bem como a qualidade de vida após o IAM, principalmente por meio da realização de protocolos baseados em atividades aeróbicas, exercícios contra resistência, além de alongamentos e exercícios dinâmicos para aumento da flexibilidade. Independente do tempo do IAM, a inserção dos pacientes em programas de RC torna-se de fundamental importância para o controle de fatores de risco e prevenção dos níveis de funcionalidade.
Acevedo <i>et al.</i> [27]	2018	Revisão de literatura	Identificar qual o melhor método e teste para identificação e diagnóstico de doença arterial coronariana em ambos os gêneros.	O teste de esforço cardiopulmonar, por ser não invasivo, é considerado um exame de grande valor e prognóstico nas enfermidades cardiovasculares.