Título:	**USO DO APLICATIVO EHEART: ONDE ESTAMOS?**		
Autores:	Lara Knak (nome de quem está submetendo o trabalho) Caroline Santin Lang Mayara Amaral de Castro Ana Cristina Cassuli Cássia da Luz Goulart Andréa Lúcia Gonçalves da Silva		
Área	[ ] Humanas [ ] Sociais Aplicadas [x] Biológicas e da Saúde [ ] Exatas, da Terra e Engenharias	Dimensão:	[ ] Ensino [x] Pesquisa [ ] Extensão [ ] Inovação

Resumo:

Introdução: A telerreabilitação tem se consolidado como uma estratégia inovadora para ampliar o acesso aos programas de reabilitação cardiorrespiratória (RC), permitindo o acompanhamento remoto por meio de tecnologias digitais, com resultados semelhantes aos da reabilitação presencial. Além de favorecer a continuidade do cuidado, reduz barreiras relacionadas ao deslocamento e amplia o acesso aos serviços de saúde. O aplicativo *eHeart*®, uma plataforma de telessaúde voltada à RC, integra triagem, avaliação clínica, prescrição de exercícios, monitoramento remoto, comunicação entre paciente e equipe multiprofissional e armazenamento seguro de dados conforme a Lei Geral de Proteção de Dados. Entretanto, é necessário testar a sua usabilidade com pacientes reais. **Objetivo:** Avaliar os efeitos da RC semi supervisionado sobre a capacidade funcional e força muscular periférica de pacientes com Doenças Cardiorrespiratórias (DCRs) utilizando o *eHeart*®. **Metodologia:** Estudo de desenvolvimento tecnológico, realizado em 2 etapas: 1) Desenvolvimento do App *eHeart*®, contemplando a estrutura da plataforma, a interface do usuário, a área administrativa e os recursos necessários para avaliação clínica, monitoramento, prescrição de exercícios, educação em saúde. 2) Ensaio clínico controlado e randomizado em andamento, composto por grupo controle (CO) e grupo caso (CA). Intervenção: CO realiza o RC presencial, 02x/semana e CA realiza RC presencial 02x/semana + 02x/semana domiciliar com *eHeart*®. O protocolo de RC incluiu 45`de exercícios (aquecimento, exercícios cardiorrespiratórios, treino de força, treino aeróbico e desaquecimento) por 8 semanas. Variáveis analisadas pré-pós RC: clínicas,índice de massa corporal (IMC), força de preensão manual (FPP), teste de degrau de 6 minutos (TD6m) e recuperação da frequência cardíaca no 1`pós TD6m (ΔFCR1). Para cada variável foi calculado o delta de variação (Δ=valor pós - valor pré), permitindo avaliar a magnitude das mudanças intra e intergrupos. Os dados foram analisados em *software SPSS*® versão 24.0 considerando significativo $p<0,05$. **Resultados:** Nenhuma diferença significativa entre os grupos quando ingressaram no programa CO (n=24) e CA (n=12) para: média de idade

60,4±11 *vs* 57,0±13,5 anos; IMC=27,9±5,1 *vs* 27,3±4,1 Kg/m^2; FPP=26,9±11 *vs* 22,3±9,3 ; TD6=94,3±47,3 *vs* 84,2±38,9 degraus e FCR1` 8,5 (-6 - 57) *vs* 17,50 (-6 - 48) bpm. Após a intervenção, Δ intragrupos: CA, ΔIMC=0,1±0,9Kg/m$^2$; *p*<0,01; ΔFPP=1,6±7,9 Kgf; *p*=0,47; ΔTD6m=32,8±37,2 degraus; *p*=0,01; ΔFCR1`=0; mínimo -30 a máximo 36 bpm; *p*=0,14. CO, ΔIMC=0,2±1,6Kg/m; *p*<0,01; ΔFPP=0,9±4,9Kgf; *p*=0,37; ΔTD6=25,2±21,7 degraus; *p*=<0,010; ΔFCR1`=5,50, mínimo -12 a máximo 29 bpm; *p*=< 0,01. Nenhuma diferença estatística no Δ intergrupos foi observada. **Conclusão:** RC semi supervisionado com *eHeart*® foi eficaz na melhora da capacidade funcional, com ganho numérico superior ao grupo presencial no número de degraus subidos, embora sem diferença estatística entre os grupos. O aplicativo mostrou-se seguro e viável, mantendo as demais variáveis (IMC, FPP e FCR1') estáveis e equivalentes ao modelo tradicional. A ausência de diferenças intergrupos reforça a não inferioridade do formato híbrido, indicando que o *eHeart*® pode ser incorporado à prática clínica como estratégia complementar ou alternativa ao modelo presencial.

Link do Vídeo:
https://drive.google.com/file/d/1KBf9MtNBQ_ar0BxlrAc_uZ8azrsdoUf0/view?usp=sharing