



ARTIGO ORIGINAL

Reabilitação cardíaca em Portugal. Inquérito 2013-2014



Conceição Silveira^{a,c,*}, Ana Abreu^{b,c}

^a Hospital das Forças Armadas, Polo de Lisboa, Lisboa, Portugal

^b Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE - Hospital de Santa Marta, Lisboa, Portugal

^c Grupo de Estudo de Fisiopatologia do Esforço e Reabilitação Cardíaca, Sociedade Portuguesa de Cardiologia

Recebido a 8 de fevereiro de 2016; aceite a 1 de junho de 2016

Disponível na Internet a 17 de novembro de 2016

PALAVRAS-CHAVE

Reabilitação
cardíaca;
Prevenção
secundária;
Inquérito nacional

Resumo

Introdução: Nos últimos anos os programas de reabilitação cardíaca (PRC) evoluíram, deixaram de se basear apenas no exercício físico e são atualmente programas abrangentes de prevenção secundária. Dada a evidência científica sólida que os suporta, mereceram recomendação classe I para várias patologias cardiovasculares, nas recomendações americanas e europeias. Continuam, no entanto, a ser subutilizados em Portugal.

Objetivos: Conhecer os PRC nacionais em 2013-14 e analisar a sua evolução.

Material e métodos: Em novembro de 2014 foi enviado aos centros um questionário com os seguintes itens: identificação do centro; constituição da equipa; fases e componentes; número de participantes, respetivas patologias e entidades pagadoras. Considerando os dados da Direção Geral de Saúde (DGS), calculou-se a percentagem de doentes com alta após enfarte admitidos em PRC, fase 2, em 2013.

Resultados: Identificaram-se 23 centros com PRC, 12 públicos e 11 privados. O número de centros evoluiu de 16 em 2007 para 23 em 2014. Em 2013 participaram em PRC, fase 2, 1927 doentes, o triplo dos 638 reabilitados em 2007. O enfarte foi o diagnóstico de admissão de 999 doentes, representando 51,8% das admissões. Considerando os dados da DGS, constata-se que 8% dos doentes com alta após enfarte frequentaram PRC, fase 2, em 2013. Em 2007 esse valor era de 3%.

Conclusão: O volume de doentes em PRC e o número de centros aumentou consideravelmente em Portugal entre 2007 e 2014. Apesar da evolução favorável é necessário continuar a desenvolver estratégias de divulgação e implementação de PRC no nosso país.

© 2016 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: csilveiramoura@gmail.com (C. Silveira).

KEYWORDS

Cardiac
rehabilitation;
Secondary
prevention;
National survey

Cardiac rehabilitation in Portugal: Results from the 2013-14 national survey**Abstract**

Introduction: In recent years, cardiac rehabilitation (CR) programs have evolved from being limited to exercise training to comprehensive secondary prevention programs. Given the solid scientific evidence supporting them, they are given a class I recommendation in the American and European guidelines for various cardiovascular diseases, but they continue to be underused in Portugal.

Objective: To analyze the situation of CR programs in Portugal in 2013-14 and to assess developments in recent years.

Methods: In November 2014, a questionnaire was sent to the centers offering CR programs that included the following items: name of the center; composition of the team; phases and components; number of participants and diagnoses; and funding bodies. The percentage of patients with myocardial infarction admitted to phase II CR programs in 2013 was calculated based on data from the Directorate-General of Health (DGS).

Results: Twenty-three centers offering CR programs were identified, 12 public and 11 private. The number of centers rose from 16 in 2007 to 23 in 2014. In 2013, 1927 patients participated in phase II programs, nearly three times the number rehabilitated in 2007 (638 patients). Myocardial infarction was the referral diagnosis in 999 patients, accounting for 51.8% of admissions. On the basis of DGS data, 8% of patients with myocardial infarction were admitted to phase II CRPs in 2013, as opposed to 3% in 2007.

Conclusion: The number of patients admitted to CR programs, as well as the number of centers, increased considerably between 2007 and 2014 in Portugal. Despite these favorable developments, further improvements are still needed.

© 2016 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introdução

A mortalidade por doença coronária tem vindo a diminuir nas últimas décadas nos países desenvolvidos, mas paralelamente a morbilidade associada a esta patologia tem aumentado. A melhoria das técnicas de diagnóstico e das terapêuticas de fase aguda permitiram a melhoria da sobrevida dos doentes com enfarte^{1,2}, tornando pertinente o desenvolvimento de estratégias de prevenção secundária.

Simultaneamente os programas de reabilitação cardíaca (PRC) evoluíram, deixaram de se basear apenas no exercício físico e são atualmente programas abrangentes de prevenção secundária. Estes incluem os múltiplos componentes considerados essenciais: avaliação médica, otimização terapêutica; aconselhamento nutricional; controlo dos fatores de risco; aconselhamento psicossocial e profissional; aconselhamento de atividade física e treino físico^{3,4}. Estes PRC mais complexos têm como objetivos, não só a melhoria da capacidade funcional, como a adoção de um estilo de vida saudável e a adesão à terapêutica com o propósito de atrasar a progressão da doença aterosclerótica e prevenir eventos cardíacos futuros.

Vários estudos e meta-análises têm demonstrado os benefícios da reabilitação cardíaca (RC), nomeadamente na doença coronária, redução da mortalidade total (20%), redução da mortalidade cardíaca (26%) e redução de reinternamentos hospitalares (25%)⁵⁻⁷. Tendo como base esta evidência, quer as *guidelines* da *American Heart Association/American College of Cardiology Foundation*, quer as da

European Society of Cardiology atribuíram à RC, na doença coronária, uma recomendação classe I⁸⁻¹². Nos últimos anos, a RC mereceu igual nível de recomendação na insuficiência cardíaca¹³.

Apesar dos benefícios bem documentados, a RC continua a ser subutilizada com poucos PRC implantados no nosso país. O Grupo de Estudo de Fisiopatologia do Esforço e Reabilitação Cardíaca da Sociedade Portuguesa de Cardiologia tem realizado periodicamente inquéritos nacionais para avaliação da RC em Portugal, iniciados em 1998, seguindo-se os de 2004 e de 2007¹⁴⁻¹⁶. Procurando dar continuidade a este trabalho, realizámos o presente inquérito com o objetivo de conhecer a realidade da RC em Portugal em 2013-14 e analisar a sua evolução, comparando com os resultados dos inquéritos anteriores.

Material e métodos

Em novembro de 2014, foi enviado aos centros com PRC um questionário que incluía:

- informação geral do centro (identificação, localização, público/privado, ano de início de atividade);
- constituição da equipa e coordenadores;
- fases do PRC e respetiva caracterização;
- componentes do programa;
- participantes, distribuição por patologias e movimento total de 2013;
- entidades pagadoras.

Tabela 1 Centros de reabilitação cardíaca em Portugal 2014

Centros públicos	Local	Ano de início de atividade	Coordenador	Especialidade
Hospital das Forças Armadas, Polo de Lisboa (H.M. de Belém /U.H. Estrela)	Lisboa	1988	Conceição Silveira	Cardiologista
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	Vila Nova de Gaia	1993	Madalena Teixeira Fátima Miranda	Cardiologista Fisiatra
Centro Hospitalar do Porto, EPE	Porto	2000	Preza Fernandes Sofia Viamonte	Cardiologista Fisiatra
Hospital de Santo António				
Vouga, EPE Unidade S.M. Feira	Santa Maria da Feira	2000	Tiago Sotto Mayor Catarina Aguiar Branco	Cardiologista Fisiatra
Hospital São Sebastião				
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Matosinhos	2001	Paula Almeida	Fisiatra
Hospital Pedro Hispano				
Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, Hospital de Santa Marta	Lisboa	2004	Ana Abreu	Cardiologista
Centro Hospitalar de São João, EPE	Porto	2008	Afonso Rocha	Fisiatra
Hospital de Vila Franca de Xira	Vila Franca de Xira	2009	Luís Nuno Batista Nuno Tavares	Cardiologista Especialista de Motricidade Humana
Centro Hospitalar do Algarve, EPE, Hospital de Faro	Faro	2012	Salomé Pereira	Cardiologista
Hospital Beatriz Ângelo	Loures	2013	Espregueira Mendes Miguel Almeida Ribeiro Ana Borges	Cardiologista Cardiologista Fisiatra
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, Hospital Pulido Valente	Lisboa	2014	António Arsénio (2014) Machado Rodrigues (2015)	Cardiologista Cardiologista
Hospital Garcia de Orta	Almada	2014	Maria Luísa Bento	Cardiologista
Centros privados	Local	Ano de início de atividade	Coordenador	Especialidade
Clínica Dr. Dídio de Aguiar	Lisboa	1982	Joaquim Pestana Aguiar	Medicina desportiva (fis. exercício)
Instituto do Coração	Lisboa	1988	Luís do Rosário	Cardiologista
Faculdade de Motricidade Humana – Cortis	Lisboa	1991	Miguel Mendes Helena Santa Clara	Cardiologista Fisiologista do exercício
Fisimaia	Maia	1992	Miguel Mendes José Paulo Fontes	Cardiologista Cardiologista
Diprofísio	Porto	1993	Eunice Vouga Madalena Teixeira Ana Ramalhão	Fisiatra Cardiologista Fisioterapeuta
SAMS	Lisboa	2004	Rui Conduto Cecília Vaz Pinto	Cardiologista Fisiatra
Clínica Fisioterapia MCCB Dr.ª Maria do Carmo Aguiar Branco	Gaia	2006	Marlene Fonseca Catarina Aguiar Branco	Cardiologista Fisiatra
Clínica das Conchas	Lisboa	2007	Jorge Arsénio Ruivo	Internista
Hospital da Luz	Lisboa	2010	Daniel Ferreira	Cardiologista
Instituto de Cardiologia Preventiva de Almada	Almada	2012	Manuel Carrageta	Cardiologista
Clínica da Cruz Vermelha – Sabrosa	Sabrosa	2012	Fátima Marques Helder Ribeiro	Enfermeira especialista em reabilitação Cardiologista

Efetuiu-se a análise das respostas e a sua comparação com os dados dos inquéritos anteriores. Utilizando os dados de morbilidade hospitalar da Direção Geral de Saúde (DGS)¹⁷ e o somatório do número de doentes com

enfarte admitidos em PRC identificado por cada centro, calculou-se a percentagem de doentes com alta após enfarte do miocárdio admitidos em PRC, fase 2, em 2013.

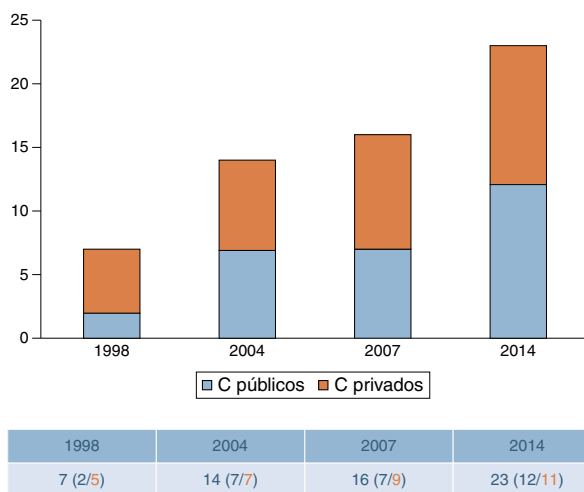


Figura 1 Evolução do n.º de centros de reabilitação cardíaca em Portugal.

Resultados

Centros de reabilitação cardíaca

Identificaram-se 23 centros com PRC em 2014, 12 públicos e 11 privados (Tabela 1). Comparando com os dados de 2007, surgiram nove centros novos, seis públicos (Hospital de São João, Hospital de Vila Franca de Xira, Hospital de Faro, Hospital Beatriz Ângelo, Hospital Pulido Valente e Hospital Garcia de Orta) e três privados (Hospital da Luz, Instituto de Cardiologia Preventiva de Almada e Clínica da Cruz Vermelha – Sabrosa). Por outro lado, três centros têm agora o programa de RC desativado (um público e dois privados). Com o processo de fusão dos hospitais militares, o PRC do Hospital Militar de Belém passou a funcionar na Unidade Hospitalar da Estrela no final de 2010 e aí se manteve até 2013. Em 2014, retomou atividade no Hospital das Forças Armadas no Lumiar.

Verifica-se, assim, um aumento significativo do número de centros públicos, que evoluíram de apenas dois em 1998 para sete em 2004 e 2007, e 12 em 2014 (Figura 1). Mantem-se a grande assimetria na distribuição geográfica dos centros de RC, com nove centros localizados na região norte, 13 na grande Lisboa e um na região sul. O interior do país, a região centro e o Alentejo permanecem sem centros de RC (Figura 2).

Constituição da equipa e coordenadores

À semelhança do verificado em inquéritos anteriores, todos os centros têm equipas multidisciplinares, estando o cardiologista sempre presente. O fisiatra está presente em 74% dos centros, fisioterapeuta em 87%, fisiologista do exercício em 22%, nutricionista/dietista em 87%, psicólogo em 61%, psiquiatra em 30%, técnico de cardiopneumologia em 57% e enfermeiro em 48%. Oito centros contam com outros profissionais, designadamente internista, pneumologista, cirurgião vascular, endocrinologista, assistente social (Tabela 2).

A coordenação do programa é exercida por cardiologista em oito centros (35%), fisiatra em dois (9%), em conjunto



Figura 2 Centros de reabilitação cardíaca em Portugal, 2014.

Tabela 2 Equipa de reabilitação cardíaca

Cardiologista	100%
Fisiatra	74%
Psiquiatra	30%
Psicólogo	61%
Nutricionista/dietista	87%
Fisioterapeuta	87%
Técnico cardiopneumologia	57%
Enfermeiro	48%
Esp. Mot. H./Fis. Exercício	22%
Outro	35%

Esp. Mot. H./Fis. Exercício: especialista de motricidade humana/fisiologista do exercício

por cardiologista e fisiatra em sete (30%), cardiologista e fisiologista do exercício em três (13%), cardiologista e fisioterapeuta em um (4%), cardiologista e enfermeiro especialista em reabilitação em um (4%), e internista em um (4%) (Tabela 1).

Fases e componentes do programa

Fases

Em 2013, a fase 1 (intra-hospitalar) existia em oito centros. A fase 2 (extra-hospitalar precoce) em 19 centros e a fase 3 (extra-hospitalar a longo prazo) com durações diferentes existia em 13 centros. Foi considerada a fase 3 apenas

nos centros com sessões de treino, mas é de referir que alguns centros mantêm avaliação clínica, consulta, exames complementares e orientação relativamente ao nível de atividade física aos seis e aos 12 meses. Em 2014, iniciaram atividade mais dois centros: o Hospital Pulido Valente em Lisboa e o Hospital Garcia de Orta em Almada; os dois têm fase 2 e o segundo tem também fase 1.

Componentes

O treino de exercício está presente em todos os centros mas com duração variável. Na grande maioria dos centros a fase 2 tem 24-36 sessões, duas a três sessões por semana, durante 8-12 semanas. Apenas dois centros, de grande volume, têm programas mais curtos de oito sessões. Os programas destinados a doentes com

Tabela 3 Duração da fase 2, n.º total de sessões de treino de exercício

Centros públicos	Local	Fase 2 Número de sessões de treino
Hospital das Forças Armadas, Polo de Lisboa (H.M. de Belém/U. H. Estrela)	Lisboa	3 x semana, 12 semanas 36 sessões
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	Vila Nova de Gaia	3 x semana 24 sessões DC, 8 semanas 48 sessões IC, 16 semanas
Centro Hospitalar do Porto, EPE	Porto	2 x semana 8-24 sessões
Hospital de Santo António		
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE Unidade S.M. Feira	Santa Maria da Feira	2-3 x semana, 12-24 semanas 24-72 sessões
Hospital São Sebastião		
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Matosinhos	2 x semana, 6-14 semanas (10) 12-28 sessões (20)
Hospital Pedro Hispano		
Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE Hospital de Santa Marta	Lisboa	2-3 x semana, 12 semanas 36 sessões
Centro Hospitalar de São João, EPE	Porto	2 x semana 16-24 sessões
Hospital de Vila Franca de Xira	Vila Franca de Xira	3 x semana
Centro Hospitalar do Algarve, EPE	Faro	3 x semana, 8 semanas 24 sessões
Hospital de Faro		
Hospital Beatriz Ângelo	Loures	2 x semana 8 sessões DC 24 sessões IC
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE Hospital Pulido Valente	Lisboa	3 x semana, 12 semanas 36 sessões
Hospital Garcia de Orta	Almada	3 x semana, 12 semanas 36 sessões
Centros privados	Local	Fase 2 Número de sessões de treino
Clínica Dr. Dídio de Aguiar	Lisboa	Não especificado
Instituto do Coração	Lisboa	3 x semana, 8-12 semanas
Faculdade de Motricidade Humana – Corlis	Lisboa	O centro só tem fase 3
Fisimaia	Maia	2 x semana, 12 semanas 24 sessões
Diprofísio	Porto	3 x semana, 12 semanas 36 sessões
SAMS	Lisboa	3 x semana, 12 semanas 36 sessões
Clínica Fisiatria MCCB Dr. ^a Maria do Carmo Aguiar Branco	Gaia	2-3 x semana 24-72 sessões
Clínica das Conchas	Lisboa	O centro só tem fase 3
Hospital da Luz	Lisboa	3 x semana 36 sessões
Instituto de Cardiologia Preventiva de Almada	Almada	3 x semana 36 sessões
Clínica da Cruz Vermelha – Sabrosa	Sabrosa	2 x semana Mínimo 22 sessões

DC: doença coronária, IC: insuficiência cardíaca.

Tabela 4 Componentes do programa de reabilitação cardíaca

Componentes	N.º centros	%
<i>Exercício</i>	23	100
<i>Controlo de fatores de risco, HTA, dislipidemia</i>	22	96
Não preencheu esta alínea	1	
<i>Aconselhamento nutricional e controlo do peso</i>	22	96
Não preencheu esta alínea	1	
Consulta de nutrição	20	87
<i>Cessaçãotabágica, aconselhamento</i>	22	96
Não preencheu esta alínea	1	
Consulta de cessaçãotabágica	15	65
<i>Avaliação psicossocial</i>	19	83
Não preencheu esta alínea	1	
Consulta de psicologia	14	61

insuficiência cardíaca são habitualmente mais prolongados (Tabela 3).

O controlo dos fatores de risco está atualmente presente na quase totalidade dos centros, tendo aumentado de 75% em 2007 para 96%. Os restantes componentes estão presentes em percentagens significativas, de acordo com a Tabela 4.

Participantes, distribuição por patologias e movimento total de 2013

Em 2013 participaram em PRC, fase 2, 1927 doentes, 1659 em centros públicos e 268 em centros privados. Verifica-se, assim, que o número de doentes reabilitados em Portugal triplicou entre 2007 (638) e 2013 (1927). Esta evolução deveu-se, essencialmente, ao aumento do número de doentes reabilitados em centros públicos (455 em 2007 e 1659 em 2013). Para este aumento contribuíram dois fatores: o início de atividade de novos centros, que no conjunto reabilitaram 427 doentes, e o aumento considerável do número de doentes reabilitados nos centros já em funcionamento que triplicou, evoluindo de 455 em 2007 para 1232 em 2013. Enquanto o número de doentes reabilitados em centros privados apresentou um aumento mais discreto (183 em 2007 e 268 em 2013) (Tabela 5).

A doença coronária constituiu o diagnóstico de referência mais frequente, responsável por mais de dois terços das admissões. Nomeadamente 51,8% após enfarte, 6,5% após cirurgia coronária, 2,9% após intervenção coronária percutânea eletiva e 7,9% por doença coronária estável. A insuficiência cardíaca foi responsável por 12,7% das admissões, seguida do controlo de fatores de risco com 8,2% e da doença arterial/cirurgia vascular com 3,3% (Tabela 6).

Comparando com o questionário de 2007, constata-se a manutenção do predomínio do enfarte do miocárdio como diagnóstico de admissão, com percentagens muito semelhantes, 50% em 2007 e 51,8% em 2013. Por outro lado a

insuficiência cardíaca, uma indicação mais recente para RC, apresentou um aumento passando de 5 para 12,7%.

Considerando os dados de morbilidade hospitalar da DGS, em 2013, 12 832 doentes tiveram alta hospitalar após enfarte agudo do miocárdio¹⁷. Segundo os resultados do presente inquérito, 999 doentes com enfarte foram admitidos em PRC, fase 2, nesse ano, o que corresponde a 8%.

Com base nestes dados verifica-se que entre 2007-2013 a percentagem de doentes com alta após enfarte admitidos em PRC, fase 2, em Portugal, evoluiu de 3 para 8%.

Entidades pagadoras

Atendendo a que a maioria dos doentes que frequentaram PRC, fase 2, em 2013, o fizeram em centros públicos, o Serviço Nacional de Saúde foi a entidade financiadora em 90% dos casos. Os próprios suportaram os respetivos custos em 4,6%, a ADSE em 1,7%, a ADM em 1%, outros subsistemas, como ADMG, SADPSP, SAMS, seguros ou outros, em < 1% cada (Tabela 7).

Discussão

O presente inquérito identificou 23 centros com PRC em Portugal em 2014, 12 públicos e 11 privados, o que constitui um aumento significativo do número de centros públicos, que evoluíram de apenas dois em 1998 (Hospital Militar de Belém, centro público pioneiro que iniciou atividade em 1988, e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, que iniciou atividade em 1993) para sete em 2004 e 2007 e 12 em 2014.

Verificou-se igualmente um aumento significativo do volume de doentes em PRC. Os doentes admitidos em PRC, fase 2, triplicaram entre 2007-2013, passando de 638 para 1927. Os centros públicos foram os grandes responsáveis por este aumento, reabilitando 86% dos doentes, enquanto os centros privados apenas reabilitaram 14%. Não é possível comparar a evolução do número de participantes nas outras fases pois não foram alvo de quantificação nos inquéritos anteriores.

À semelhança do verificado nos questionários anteriores, o enfarte do miocárdio continua a ser a patologia mais frequente em PRC. No entanto, quando consideramos os dados de morbilidade hospitalar da DGS constatamos que em Portugal, em 2013, apenas 8% dos doentes com enfarte frequentaram PRC, fase 2. Este valor, embora claramente superior aos 3% identificados no inquérito de 2007, continua a ser inferior à média europeia¹⁸. No inquérito europeu realizado em 2009 por Bjarnason-Wehrens, a percentagem média de doentes elegíveis admitidos em PRC na Europa era de 30%, sendo que no Reino Unido, Suécia, Luxemburgo e Alemanha essa percentagem era de cerca de 50%. Metade dos países envolvidos no inquérito tinha legislação sobre RC; refere-se que, por exemplo, na Alemanha a RC após enfarte é garantida por lei desde 1974, o que tornou possível o desenvolvimento de uma rede de 170 centros de RC¹⁸. No nosso país, as baixas percentagens de doentes admitidos em PRC têm múltiplas causas: número insuficiente de centros de RC, a sua deficiente distribuição geográfica, incompatibilidade entre os horários dos programas e os horários laborais, estrangimentos económicos (taxas moderadoras, transportes...) e o desconhecimento dos PRC por doentes e médicos, o que condiciona baixas taxas de referênciação.

Tabela 5 Participantes em programas de reabilitação cardíaca em Portugal, 2013, n.ºs totais

Centros	Fase 1 N.º doentes com EAM	Fase 2 N.º total de doentes/ (EAM)	Fase 3 N.º total de doentes
CENTROS PÚBLICOS			
<i>Norte</i>			
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	308	1314 (612)	NQ
Centro Hospitalar do Porto, EPE Hospital de Santo António	360	129 (100)	NA
Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, EPE U.S.M. Feira, Hospital São Sebastião	112	301 (182)	693
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE, Hospital Pedro Hispano	NA	636 (112)	NQ
Centro Hospitalar de São João, EPE	494 ^a	100 (82)	NQ
<i>Grande Lisboa e Sul</i>			
Hospital das Forças Armadas – Polo de Lisboa, H. M. Belém/U. H. Estrela	NA	148 (136)	NA
Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE Hospital de Santa Marta	70	345 (285)	NA
Hospital de Vila Franca de Xira	94	6 (3) ^b	36
Hospital Beatriz Ângelo	230	60 (40)	NA
Centro Hospitalar do Algarve, EPE, Hospital de Faro	536	20 (20)	NA
		228 (198)	NA
		31 (24)	NA
CENTROS PRIVADOS			
<i>Norte</i>			
Fisimaia	NA	149 (66)	32
Diprofísio	NA	34(14)	24
Clínica de Fisiatria MCCB Dr.ª M.ª Carmo Aguiar Branco	NA	6 (4)	67
Clínica da Cruz Vermelha – Sabrosa	NA	67 (26)	63
<i>Grande Lisboa</i>			
Clínica Dr. Dídio Aguiar	NA	42 (22)	63
Instituto do Coração	NA	119 (36)	NQ
Faculdade de Motricidade Humana – Corlis	NA	36 (16)	18
SAMS	NA	9 (6)	20
Clínica das Conchas	NA	NA	NA
Hospital da Luz	NA	4 (2)	4
Instituto de Cardiologia Preventiva de Almada, IPSS	NA	NA	NA
Número total		12 (4)	10
		58 (8)	10
		1927 (999)	

NA: não se aplica (não tem a referida fase); NQ: não quantificado.

^a Ensino, controlo de fatores de risco e orientação dietética.

^b No âmbito do processo de fusão dos hospitais militares, o serviço de urgência da Unidade Hospitalar da Estrela, onde à data funcionava o PRC, encerrou a 31 de março de 2013 o que condicionou a referência de novos doentes.

Tabela 6 Distribuição por patologias dos participantes em programas de reabilitação cardíaca, fase 2

Enfarte do miocárdio	51,8%
Cirurgia coronária	6,5%
Doença coronária estável	7,9%
Intervenção coronária eletiva	2,9%
Cirurgia valvular	2,5%
Insuficiência cardíaca	12,7%
Transplante cardíaco	0%
Controlo fatores de risco	8,2%
Doença arterial/cirurgia vascular	3,3%
CDI/CRT	1,1%
Outros	0,6
Não discriminado	2,4%

CDI: cardioversor desfibrilhador implantável; CRT: terapêutica de ressincronização cardíaca.

Tabela 7 Entidades pagadoras – programas de reabilitação cardíaca, fase 2

SNS	90%
ADSE	1,7%
ADM	1%
ADMG	<1%
SADPSP	<1%
Seguros	<1%
SAMS	<1%
Próprios	4,6%
Outros	<1%

Só dez centros responderam a este item, cinco públicos e cinco privados, mas no conjunto representam cerca de 60% dos doentes que frequentaram programas de reabilitação cardíaca, fase 2, em 2013.

Esperamos que a divulgação dos resultados do presente inquérito possa constituir um estímulo à criação de novos PRC, especialmente em centros fora do Porto e de Lisboa, contribuindo para a diminuição da grande assimetria geográfica existente. É fundamental o desenvolvimento de uma rede nacional de centros de RC. Todos os hospitais com serviço de cardiologia deveriam ter um programa de RC fase 1 e 2¹⁹, e colaborar ativamente na fase 3, eventualmente em articulação com centros na comunidade, nomeadamente centros de saúde. A maioria dos hospitais já dispõe dos diferentes profissionais de saúde necessários para formar as equipas multidisciplinares de RC, contudo estes estão usualmente ocupados em múltiplas tarefas assistenciais e poucos têm formação específica nesta área. A par com o investimento em formação, é necessário algum investimento em espaço físico, ergómetros, telemetria... pelo que o envolvimento e empenho das entidades decisoras em saúde é imprescindível.

Por outro lado, é desejável que os PRC já existentes continuem a crescer e que doentes elegíveis com outros diagnósticos para além de enfarte, designadamente doentes submetidos a cirurgia cardíaca ou a intervenção coronária percutânea eletiva, passem a ser admitidos num número superior, não esquecendo os doentes com insuficiência cardíaca e com implantação de CRT ou de CDI.

A melhoria do acesso a PRC poderá, em alguns casos, passar pela implementação de programas domiciliários inspirados no modelo *home-based*, grandemente utilizado no Reino Unido. Estes programas, destinados a doentes de baixo risco, são intervenções estruturadas com monitorização regular do doente, incluindo a deslocação de membros da equipa a casa do doente e recorrendo a contactos por telefone e internet. Recentemente, uma revisão demonstrou que os programas domiciliários parecem ser igualmente eficazes aos realizados em hospitais ou clínicas. Após um ano de *follow-up* não houve diferenças significativas nos resultados, sendo os custos igualmente semelhantes²⁰. Cada centro deve procurar desenvolver o modelo mais adequado à sua realidade e especificidade.

Outro aspeto facilitador do acesso e adesão a PRC seria a existência de leis específicas, promotoras de programas de prevenção secundária/RC contemplando a redução ou abolição de taxas moderadoras, comparticipação de transportes, conciliação com horários laborais...

As ações de divulgação e de formação na área da RC também podem desempenhar um papel muito importante, quer ao nível da população geral e dos doentes quer ao nível dos profissionais de saúde, particularmente dos médicos. A inclusão no programa de formação do internato médico de cardiologia de um período dedicado à RC permitiria acabar com receios infundados e algum ceticismo ainda existente, e contribuiria para colocar a RC como parte integrante do *continuum* do tratamento da doença cardiovascular.

Apesar do muito que ainda há para fazer, o presente inquérito identificou vários aspetos positivos que mostram que a RC em Portugal tem evoluído de forma sólida e de acordo com as recomendações internacionais. Os programas tornaram-se mais completos e para além do treino de exercício incluem também, praticamente na totalidade, o controlo dos fatores de risco. Outros componentes como aconselhamento nutricional e controlo do peso, avaliação psicossocial e consulta de cessação tabágica estão presentes em

percentagens muito elevadas. Doentes com patologias que constituem indicações mais recentes para RC, como portadores de CDI ou CRT, passaram a ser admitidos nos programas e a percentagem de doentes com insuficiência cardíaca, como diagnóstico de referência, subiu de 5 para 12,7%. A maioria dos programas fase 2 têm uma duração entre 8-12 semanas (duas a três sessões por semana, num total de 24-36 sessões), idêntico ao que se verifica na Europa¹⁸ e nos EUA²¹. Neste último país, a Medicare comparticipa desde 1982 três sessões por semana, durante 12 semanas após enfarte, cirurgia de revascularização ou doença coronária estável, tendo posteriormente aumentado as indicações abrangidas²¹. Programas mais curtos oferecem menos oportunidades para a realização de uma mudança sustentada do estilo de vida.

Não obstante a evolução positiva, o desafio persiste. É necessário investir na prevenção das doenças cardiovasculares e a RC tem neste contexto um papel crucial. As entidades decisoras devem ser sensibilizadas para a importância de implementar PRC que já mostraram ter uma boa relação custo-eficácia^{22,23}.

Conclusão

O número de centros com PRC e o volume de doentes reabilitados evoluiu consideravelmente em Portugal entre 2007 e 2013-14. A percentagem de doentes com enfarte e com acesso a PRC aumentou de 3 para 8%, e doentes com insuficiência cardíaca são cada vez mais admitidos nestes programas. O presente inquérito mostrou que a RC tem evoluído de forma sólida e de acordo com as recomendações internacionais. Contudo, continuamos muito abaixo da média europeia, pelo que é fundamental continuar a desenvolver estratégias de divulgação e implementação da RC no nosso país.

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declaram que para esta investigação não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Agradecimentos

O GEFERC agradece aos coordenadores dos programas de reabilitação cardíaca a colaboração no preenchimento do inquérito, sem a qual não teria sido possível realizar o presente trabalho:

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE – Dr.^a Madalena Teixeira;

Centro Hospitalar do Porto, EPE – H. S. António – Dr.^a Sofia Viamonte e Dr. Preza Fernandes;
 Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE – Unidade S.M. Feira – H. São Sebastião – Dr.^a Catarina Aguiar Branco;
 Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE – Hospital Pedro Hispano – Dr.^a Paula Almeida;
 Centro Hospitalar São João, EPE – Dr. Afonso Rocha;
 Hospital de Vila Franca de Xira – Dr. Luís Nuno Batista;
 Centro Hospitalar Algarve, EPE – Hospital de Faro – Dr.^a Salomé Pereira;
 Hospital Beatriz Ângelo – Dr. Miguel Almeida Ribeiro;
 Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – H. Pulido Valente – Dr. Machado Rodrigues;
 Hospital Garcia de Orta – Dr.^a Maria Luísa Bento;
 Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE – Hospital de Santa Marta – Dr.^a Ana Abreu;
 Hospital das Forças Armadas, Polo de Lisboa – Dr.^a Conceição Silveira;
 Clínica Dr. Dídio de Aguiar – Dr. Joaquim Pestana Aguiar;
 Instituto do Coração – Dr. Miguel Mendes;
 Faculdade de Motricidade Humana – Corlis – Professora Helena Santa-Clara;
 Fisimaia – Dr. Paulo Fontes;
 Diprofisio – Dr.^a Madalena Teixeira;
 SAMS – Dr.^a Ana Abreu, Dr.^a Cecília Vaz Pinto;
 Clínica Fisiatria MCCB Dr.^a Maria do Carmo Aguiar Branco – Dr.^a Catarina Aguiar Branco;
 Clínica das Conchas – Dr. Jorge Ruivo;
 Hospital da Luz – Dr. Daniel Ferreira;
 Instituto de Cardiologia Preventiva de Almada – Professor Manuel Carrageta;
 Clínica da Cruz Vermelha, Sabrosa – enfermeira Fátima Marques e Dr. Hélder Ribeiro;

Bibliografia

- Kostis WJ, Deng Y, Pantozopoulos JS, et al. Trends in mortality of acute myocardial infarction after discharge from the hospital. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010;3:581–9.
- Roger VL, Weston SA, Gerber Y, et al. Trends in incidence, severity, and outcome of hospitalized myocardial infarction. *Circulation*. 2010;121:863–9.
- Balady GJ, Williams MA, Ades PA, et al., Core Components of Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Programs: 2007 Update. A Scientific Statement From the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*. 2007;115:2675–82.
- Piepoli MF, Corrà U, Adamopoulos S, et al., Secondary prevention in the clinical management of patients with cardiovascular diseases. Core components, standards and outcome measures for referral and delivery. A Policy Statement from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. Endorsed by the Committee for Practice Guidelines of the European Society of Cardiology. *Eur J Prev Cardiol*. 2014;21:664–81.
- Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med*. 2004;116:682–92.
- Heran BS, Chen JM, Moxham T, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;CD001800. Jul 6.
- Dunlay SM, Quin RP, Thomas RJ, et al. Participation in cardiac rehabilitation, readmissions, and death after acute myocardial infarction. *Am J Med*. 2014;127:538–46.
- O’Gara PT, Kushner FG, Casey DE, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2013;127:e362–425.
- Anderson JL, Adams Cd Antman EM, et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction): developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, American College of Physicians, Society for Academic Emergency Medicine, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol*. 2007;50:1–157.
- Fraker TD, Fihn SD, 2002 Chronic Stable Angina Writing Committee. 2007 Chronic Angina Focused Update of the ACC/AHA 2002 guidelines for the Management of Patients With Chronic Stable Angina: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Writing Group to Develop The Focused Update of the 2002 Guidelines for the Management of Patients with Chronic Stable Angina. *J Am Coll Cardiol*. 2007;50:2264–74.
- Van de Werf F, Bax J, Betriu A, et al. Management of Acute Myocardial Infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2008;29:2909–45.
- Kulik A, Ruel M, Jneid H, et al. Secondary prevention after coronary artery bypass graft surgery: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2015;131:927–64.
- McMurray J, Adamopoulos S, Anker SD, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2012;33:1787–847.
- Mendes M. Inquérito aos Programas de Reabilitação Cardíaca em Portugal. Situação em 1999. *Rev Port Cardiol*. 2001;20:7–19.
- Teixeira M, Sampaio F, Brizida L, et al. Reabilitação Cardíaca em Portugal-evolução entre 1998-2004. *Rev Por Cardiol*. 2007;26:815–25.
- Abreu A, Bettencourt N, Fontes P. Panorama Nacional de Reabilitação Cardíaca em 2007-2009. *Rev Por Cardiol*. 2010;29:545–58.
- Cruz Ferreira R, César das Neves R. Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2015, Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Direção-Geral da Saúde, Lisboa. Fevereiro 2016.
- Bjarnason-Weherens B, McGee H, Zwisler AD, et al. Cardiac rehabilitation in Europe: results from the European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2010;17:410–8.
- Cruz Ferreira R, Abreu A. Reabilitação Cardíaca Realidade Nacional e Recomendações Clínicas. Publicação da Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares; 2010.

20. Taylor RS, Dalal H, Jolly K, et al. Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;8:CD007130 [Medline].
21. Suaya JA, Shepard DS, Normand SL, et al. Use of cardiac rehabilitation by Medicare beneficiaries after myocardial infarction or coronary bypass surgery. *Circulation.* 2007;116:1653–62.
22. Papadakis S, Oldridge NB, Coyle D, et al. Economic evaluation of cardiac rehabilitation: a systematic review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2005;12:513–20.
23. Wong W, Feng J, Pwee KH, et al. A systematic review of economic evaluations of cardiac rehabilitation. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:243.