



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**REABILITAÇÃO CARDÍACA EM PORTUGAL –
CONSTRANGIMENTOS E BARREIRAS NA ADESÃO E ESTRATÉGIAS
PARA SUPERAÇÃO**

XVI Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

Marisa Cristina Santos Lopes

Novembro de 2022



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

REABILITAÇÃO CARDÍACA EM PORTUGAL – CONSTRANGIMENTOS E BARREIRAS NA ADESÃO E ESTRATÉGIAS PARA SUPERAÇÃO

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, realizada sob a orientação científica de Prof^a.

Doutora Ana Rita Pedro e Prof^a. Doutora Teresa Magalhães

Novembro de 2022

DEDICATÓRIA

A Deus, por ser o meu suporte, o meu refúgio e me capacitar nesta caminhada, em
cada momento.

Aos meus pais, avós, marido e sogros pela família que somos e pelo amor
incondicional que nos une.

*“Não to mandei eu? Esforça-te e tem bom ânimo; não pasmes, nem te espantes,
porque o Senhor, teu Deus, é contigo, por onde quer que andares.”*

Josué 1:9

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste mestrado pessoas muito importantes suportaram-me e incentivaram-me, sem as quais a finalização desta dissertação não se teria tornado uma realidade. Serei eternamente grata pela vida de cada uma.

Em primeiro lugar quero dar os parabéns à Escola Nacional de Saúde Pública pela qualidade do ensino e pela excelência do corpo docente. Foi um privilégio ser aluna desta escola.

O meu agradecimento à Professora Doutora Teresa Magalhães por ter aceitado ser minha orientadora, que apesar de todos os contratempos durante a realização da dissertação, foi sempre um apoio e incentivo. Obrigada por cada momento de partilha de conhecimento e as valiosas contribuições para o desenrolar da dissertação.

O meu profundo e eterno agradecimento à Professora Doutora Ana Rita Pedro, por ter aceitado o desafio de me acompanhar já a meio do desenrolar da dissertação. Obrigada por não me deixar desistir e por ter sempre soluções para cada problema que surgiu. Obrigada pelo incansável suporte, pela paciência, pela motivação, por animar todo este processo e por ter disponibilizado cada momento da sua vida para as longas reuniões.

Agradeço às duas por toda a dedicação e profissionalismo, que muito honrosamente me contagiaram sob o ponto de vista académico, profissional e pessoal.

Aos participantes neste estudo, agradeço a disponibilidade e o seu contributo fundamental.

Aos meus pais, o amor incondicional manifestado e pela perseverança e esforço que desde sempre me inculcaram. Foram um alicerce familiar fulcral.

À estrelinha que agora mora no céu, a minha avó e madrinha pelo seu exemplo de vida e amor que sempre me dedicou.

Ao meu marido Pedro, pela paciência e amor comigo, durante os 2 anos de mestrado, pela aventura que foi organizar um casamento em plena escrita da dissertação. Obrigada por me ajudares a manter o equilíbrio.

Aos meus amigos mais próximos, pela compreensão e suporte em todos os momentos que se privaram da minha convivência.

Um especial obrigado ao meu Bruninho, pela amizade incondicional, pelo constante incentivo, pelas horas de conversa e ajuda em todos os momentos que ponderei desistir.

À minha equipa de trabalho da Joaquim Chaves Saúde, técnicos, médicos e diretores, obrigada pelo incentivo, pelo carinho e pela paciência comigo durante este percurso atribulado de trabalhar e estudar simultaneamente.

Às minhas amigas de mestrado, Ana, Diana, Joana e Yasmara, pelo companheirismo, partilha das dificuldades e apoio que tornaram esta aventura tão motivadora.

RESUMO

Introdução: Os programas de Reabilitação Cardíaca (RC) são essenciais na prevenção secundária das doenças cardiovasculares (DCV), para atenuar os efeitos da morbilidade, na melhoria da capacidade funcional e qualidade de vida do doente após evento agudo, na redução da mortalidade total cardiovascular, das hospitalizações e dos custos de saúde associados. Embora reconhecidos os benefícios da RC, em Portugal está francamente subtilizada, sendo que as taxas de admissão rondam apenas cerca de 9%, isto é muito abaixo do que seria desejável. Este dado, revela uma importante necessidade no incremento da referenciação, da adesão e da manutenção de doentes aos programas de RC.

Objetivos: Este trabalho propõe identificar os principais constrangimentos e barreiras, na perspetiva de um grupo de profissionais de saúde e as diversas intervenções recomendadas para uma adequada adesão aos programas de RC em Portugal.

Metodologia: Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, através do método Delphi, com recurso à realização de um inquérito por três rondas.

Resultados: Foram identificados pelo grupo de peritos 25 constrangimentos e barreiras na adesão aos programas de RC, obtendo-se no final um consenso em 17 itens. Relativamente às intervenções focadas nos cinco eixos considerados prioritários, (doentes, profissionais de saúde, instituições e políticas de saúde e ambiente social e comunitário), foram consensualizadas 8 intervenções, sendo que a maioria das barreiras e intervenções identificadas estão relacionadas com as instituições e políticas de saúde.

Conclusão: Os resultados obtidos contribuem para a construção de intervenções mais eficientes para promover adesão aos programas de RC. Na perspetiva do grupo de peritos os fatores culturais, organizacionais e financeiros são os principais responsáveis pela falta de adesão aos programas de RC. As implementações de estratégias nas políticas de saúde são consideradas pelo grupo de peritos, as intervenções mais relevantes para tornar os programas de RC acessíveis e eficazes.

Palavras-chave: doenças cardiovasculares, reabilitação cardíaca, barreiras na reabilitação cardíaca, telereabilitação cardíaca, Delphi

ABSTRACT

Introduction: Cardiac Rehabilitation (CR) programs are essential in the secondary prevention of cardiovascular diseases (CVD), to mitigate the effects of morbidity, to improve the patient's functional capacity and quality of life after an acute event, to reduce total cardiovascular mortality, hospitalizations, and associated health costs. Although the benefits of CR are recognized, in Portugal it is frankly underutilized, with admission rates only around 9%, which is far below what would be desirable. This data reveals an important need to increase referral, adherence, and maintenance of patients to CR programs.

Objectives: This work proposes to identify the main constraints, barriers from the perspective of a group of health professionals and the different interventions recommended for adequate adherence to CR programs in Portugal.

Methodology: Descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, using the Delphi method, using a three-round survey.

Results: The group of experts identified 25 constraints and barriers to adherence to CR programs, ultimately reaching a consensus on 17 items. About interventions focused on the five axes considered to be priorities (patients, health professionals, health institutions and policies, and the social and community environment), 8 interventions were agreed upon, with most of the barriers and interventions identified being related to institutions and policies of health.

Conclusion: The results obtained contribute to the construction of more efficient interventions to promote adherence to CR programs. From the perspective of the expert group, cultural, organizational, and financial factors are the main responsible for the lack of adherence to CR programs. The implementations of strategies in health policies are considered by the expert group, the most relevant interventions to make CR programs accessible and effective.

Keywords: cardiac rehabilitation, cardiovascular diseases, barriers in cardiac rehabilitation, telerehabilitation cardiac, Delphi

ÍNDICE

1. Introdução	1
2. Enquadramento teórico	3
2.1. Doenças Cardiovasculares	3
2.2. Reabilitação Cardíaca	5
2.2.1. Definição de Reabilitação Cardíaca	5
2.2.2. Benefícios da Reabilitação Cardíaca	7
2.2.3. Indicações e Contraindicações para Referenciação	8
2.2.4. Componentes da Reabilitação Cardíaca	9
2.2.5. Fases da Reabilitação Cardíaca	11
2.2.6. Barreiras para a Reabilitação Cardíaca	12
2.2.7. Panorama da Reabilitação Cardíaca em Portugal	15
2.2.8. Programas de Reabilitação Cardíaca no Domicílio	18
2.2.9. Utilização de Tecnologias em Saúde - Telessaúde na Reabilitação Cardíaca	19
3. Objetivos	21
4. Metodologia	23
4.1. Desenho do Estudo	23
4.1.1. A metodologia de Delphi	25
4.1.2. Seleção do painel de Peritos	26
4.1.3. Número de rondas e definição de consenso	27
4.1.4. Recolha de informação - Descrição do instrumento de colheita de dados e recolha de dados	28
4.2. Tratamento e análise da informação	30
4.3. Considerações Éticas	30
5. Resultados	33
5.1. Painel Delphi	33
5.1.1. Taxa de resposta entre rondas	34

5.1.2.	Caracterização dos participantes	34
5.1.3.	Constrangimentos e Barreiras	36
5.1.4.	Intervenções focadas nos Doentes	39
5.1.5.	Intervenções focadas nos Profissionais de Saúde	41
5.1.6.	Intervenções focadas nas Instituições e Políticas de Saúde	42
5.1.7.	Intervenções focadas no Ambiente Social e Comunitário	45
5.2.	Lista final de intervenções consensualizadas	47
6.	Discussão	49
6.1.	Constrangimentos e Barreiras	49
6.2.	Intervenções focadas nos cinco eixos prioritários	51
6.3.	Perspetivas futuras	57
7.	Conclusões	59
8.	Referências bibliográficas	61
9.	Apêndices	I
	Apêndice A – Aplicação Método Delphi	III
	Apêndice B – Documento Base	V
	Apêndice C – Primeira ronda	XI
	Apêndice D – Segunda ronda	XV
	Apêndice E – Terceira ronda	XXI

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Representação das fases aplicadas na metodologia de investigação.....	25
Figura 2 – Representação das rondas do método Delphi.	33

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Principais fatores para a subutilização da RC a nível internacional. Elaboração própria.	14
Tabela 2 - Variáveis associadas à caracterização dos peritos.	30
Tabela 3 - Taxa de resposta entre as rondas.	34
Tabela 4 - Caracterização do painel de peritos por rondas.	35
Tabela 5 – Distribuição das percentagens obtidas na segunda ronda com consenso.	36
Tabela 6 – Distribuição das percentagens nos constrangimentos e barreiras com concordância no final do inquérito.	37
Tabela 7 - Distribuição das percentagens nos constrangimentos e barreiras sem concordância no final do inquérito.	37
Tabela 8 – Síntese dos resultados relativamente aos constrangimentos e barreiras.	39
Tabela 9 – Intervenção focada nos doentes que obteve consenso no final do inquérito.	39
Tabela 10 - Intervenções focadas nos doentes que não obtiveram consenso no final do inquérito.	40
Tabela 11 - Intervenção focada nos profissionais de saúde que obteve consenso no final do inquérito.	41
Tabela 12 – Intervenções focadas nos profissionais de saúde que não obtiveram consenso no final do inquérito.	42
Tabela 13 - Intervenção focada nas instituições e políticas de saúde que obteve consenso na segunda ronda.	42
Tabela 14 - Intervenções focadas nas instituições e políticas de saúde que obtiveram consenso no final do inquérito.	43
Tabela 15 - Intervenções que não obtiveram consenso no final do inquérito.	44
Tabela 16 – Intervenção focada no ambiente social e comunitário que obteve consenso na segunda ronda.	45
Tabela 17 – Intervenções focadas no ambiente social e comunitário que não obtiveram consenso no final do inquérito.	46
Tabela 18 - Intervenções consideradas muito relevantes que obtiveram consenso no final do método Delphi.	47

LISTA DE ABREVIATURAS

AHA - American Heart Association

ACC - American College of Cardiology

DCV – Doenças cardiovasculares

DCI - Doença Cardíaca Isquémica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ESC - European Society of Cardiology

EACPR - European Association of Cardiac Prevention and Rehabilitation

IC – Insuficiência Cardíaca

INE – Instituto Nacional de Estatística

PNS - Plano Nacional de Saúde

RC – Reabilitação Cardíaca

SCA - Síndrome Coronária Aguda

SPC – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

OMS - Organização Mundial de Saúde

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte a nível mundial ¹. A cronicidade e gravidade das DCV tem como consequência um incremento nas taxas de morbilidade, invalidez, incapacidade e incluindo nalguns casos grave dificuldade na realização das atividades quotidianas. Naturalmente estas condições estão associadas a menor qualidade de vida e à premente necessidade de um apoio para gerir sintomas e melhorar o prognóstico do doente. A prevenção das DCV, é por todas estas razões, um grande desafio das políticas de saúde, cujo objetivo primordial é diminuir o seu impacto ².

Nas últimas décadas, tem-se registado uma evolução técnica e científica na área da medicina, nomeadamente a nível de meios de diagnóstico e tratamento de doenças. Mas apesar destes avanços no tratamento dos doentes, a prevenção secundária nas DCV continua ainda a ser imprescindível, numa abordagem multidimensional, onde se destaca o papel da reabilitação cardíaca (RC) ³. A RC é uma recomendação de Classe I da European Society of Cardiology (ESC), da *American Heart Association (AHA)* e do *American College of Cardiology (ACC)* e representa um modelo eficiente de prevenção secundária, baseado num programa multidisciplinar de tratamento ^{4,5}. A RC reduz significativamente a recorrência de eventos cardíacos, aumenta a qualidade de vida dos doentes, permitindo uma melhoria da capacidade funcional, os seus efeitos são benéficos sobre a morbilidade e mortalidade, o que infere uma redução dos custos gerais de saúde ^{4,5}.

Apesar dos seus benefícios bem conhecidos, a RC não tem uma taxa de utilização tão ampla como seria de se esperar. Portugal, tem reconhecidamente, uma das mais baixas taxas de doentes incluídos em programas de RC da Europa. A taxa média de participação europeia é superior a 30%, mas dados de 2014 e 2019 em Portugal revelam percentagens muito inferiores, cerca de 8% e 9,3%, respetivamente, dos doentes que participam nestes programas ^{5,7-9}.

A RC constitui assim uma fonte de interesse de investigação pela complexa gama de fatores e processos que influenciam a adesão aos programas de RC. Compreende-se, então, a necessidade de explorar quais os fatores que influenciam a não-adesão a programas de RC e as intervenções que podem contribuir para o delinear de uma estratégia para ultrapassar os constrangimentos associados às baixas taxas de adesão, a fim de expandir um planeamento de estratégias específicas e eficazes para otimização do acesso a programas de RC.

Existe uma premente necessidade de investigar esta problemática reforçando os benefícios a médio e longo prazo da RC para os doentes com DCV. Existe, assim uma necessidade crescente de implementação, de melhoria no encaminhamento, adoção e adesão a programas de RC. De referir, ainda, que além dos benefícios a nível individual do doente, existem ainda os benefícios ao nível de custo-efetividade.

A não participação num programa de RC é um forte indicador de problemas de dimensão multifatorial. A identificação dos fatores determinantes para a não participação e abandono da RC são úteis para médicos, gestores e decisores políticos na área da saúde no desenvolvimento de intervenções destinadas a melhorar a participação e a conclusão dos programas de RC. Esta identificação de constrangimentos e facilitadores nos programas de RC é de extrema importância para construir intervenções mais eficientes.

O desenvolvimento deste trabalho de investigação ambiciona contribuir para uma otimização na gestão do fluxo dos doentes elegíveis para a RC, através da identificação dos constrangimentos e barreiras na adesão à RC, assim como contribuir para o desenho de uma estratégia nacional de promoção da adesão aos programas de RC, orientado em cinco eixos fundamentais (doentes, profissionais de saúde, instituições de saúde, políticas de saúde e ambiente social e comunitário).

Estruturalmente, o presente trabalho de investigação encontra-se organizado em sete capítulos. Neste primeiro capítulo, da introdução, é feita uma breve contextualização do tema. Segue-se o enquadramento teórico do tema em estudo, que tem por base uma revisão de literatura e aborda os temas abrangentes como DCV, as particularidades da RC, o panorama da RC tanto a nível mundial como nacional e a utilização de tecnologias em saúde nos programas de RC no domicílio. Os dois seguintes capítulos delineiam os objetivos centrais e os objetivos específicos do trabalho bem como a metodologia de investigação adotada para os alcançar. Segue-se a apresentação dos resultados, e a sua discussão, assim como as perspetivas futuras no âmbito da investigação na RC. No último capítulo são apresentadas as conclusões do trabalho de investigação.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo são abordados os conceitos-chave para a contextualização do trabalho de investigação. Inicia-se com uma breve descrição epidemiológica das DCV, seguindo-se uma abordagem à temática RC, iniciando pela sua definição, a sua contextualização histórica, e a sua relevância no tratamento e acompanhamento dos doentes pós-evento cardiovascular. Termina-se o capítulo com uma breve alusão aos programas *home-based* e à utilização de tecnologias em saúde nos programas de RC, como uma das alternativas para superação dos constrangimentos e barreiras aos programas de RC.

2.1. DOENÇAS CARDIOVASCULARES

As DCV são uma causa significativa de mortalidade e morbilidade, a sua prevalência causa um enorme impacto a nível social, cultural e económico, contribuindo significativamente para o incremento dos custos relacionados com a saúde ^{10,11}. As DCV são as condições de saúde mais pesadas economicamente em termos de custos diretos e indiretos, estima-se, deste modo, um custo de 210 mil milhões de euros/ano na União Europeia ¹². As DCV são a causa de 31% de todas as mortes, em todo o mundo, e permanecem a principal causa de morte nos últimos 20 anos. O número de mortes por DCV aumentou de 12,1 milhões em 1990, para 18,6 milhões em 2019 ¹³. Dos 17 milhões de mortes prematuras (com idade inferior a 70 anos) devido a doenças não transmissíveis em 2019, 38% foram causadas por DCV. Com registo de 6,2 milhões de mortes, na faixa etária dos 30 aos 70 anos, em 2019 ¹³. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a doença cardíaca é responsável por cerca de 62587 milhões de anos de vida perdidos ajustados à qualidade (DALY), correspondendo a 4,1% do total mundial ¹.

As DCV abrangem um leque alargado de doenças relacionadas com o sistema circulatório, incluindo a Doença Cardíaca Isquémica (DCI) e as Doenças Cerebrovasculares ¹⁰. A DCI é responsável por 16% do total de mortes no mundo. Desde do ano 2000, esta é a entidade nosológica responsável pelo maior aumento nas mortes, atingindo um total de 8,9 milhões de mortes em 2019 ¹. Na Europa a DCI é responsável por quase 1,8 milhões de mortes anuais, cerca de 20% do total de mortes neste continente ¹⁴. De entre as mortes por causas cardiovasculares, 23% destas são devidas a DCI, com destaque evidente para a Síndrome Coronária Aguda (SCA), que inclui o EAM (enfarte agudo do miocárdio) e a angina instável ¹⁰. Entre as diferentes formas clínicas de apresentação da DCI assume assim particular relevância o EAM. Segundo dados do INE 2021, em Portugal, registaram-se 7151 óbitos por DCI,

representando 6,4% da mortalidade total, em 2019. Registaram-se 4275 mortes por EAM, representando 3,8% da mortalidade total e cerca de 60% das mortes por DCI ¹⁵. Registando-se nos últimos cinco anos um agravamento da mortalidade prematura, em idades inferiores a 70 anos ¹⁰.

Apesar do panorama global ser marcado por alta prevalência das DCV, a mortalidade associada às DCV em Portugal tem vindo a diminuir, é importante de referir que em 2015 atingiu-se uma proporção de mortes por DCV de 29,7% ¹⁰. Para esta evolução positiva pode destacar-se a conjugação de vários fatores, como o desenvolvimento técnico-científico na área de diagnóstico, adoção de políticas de saúde mais abrangentes e de medidas estratégicas preventivas.

Embora os resultados bastante promissores relativamente à mortalidade, o mesmo não acontece à morbilidade, em que se assiste à sua expansão, associada a um aumento da perda funcional da saúde, ao longo do tempo. As estimativas confirmam o aumento da esperança média de vida, numa tendência crescente de sobreviventes a longo prazo aos eventos agudos. Em 2019, as pessoas viveram mais seis anos do que em 2000, com uma média global de mais de 73 anos em 2019 em comparação com quase 67 no ano 2000. No EAM, os ganhos na redução da mortalidade (6,3%), são referentes nos doentes com idade superior a 70 anos ¹⁰.

A mortalidade por EAM é influenciada por muitos fatores, entre eles idade avançada, os fatores de risco associados, o número e a região de artérias coronárias afetadas, a fração de ejeção ventricular esquerda, o tempo de espera para início de tratamento e a estratégia de tratamento no pós-EAM. Estudos recentes revelam uma diminuição na mortalidade a longo prazo após EAM em paralelo com o uso de terapia de reperfusão, intervenção percutânea coronária primária, terapia antitrombótica e prevenção secundária, onde se destaca a RC ¹⁴. Embora se verifique uma diminuição da taxa de mortalidade esta não é acompanhada pela diminuição da taxa de prevalência, acarretando todas consequências a nível pessoal, social e económico. Apesar de todos os avanços tecnológicos, as DCV representam ainda uma carga socioeconómica significativa nos sistemas de saúde e nos orçamentos governamentais, dada a sua prevalência, ao perfil de utilização de recursos, resultado de um percurso clínico pautado por agudizações que implicam múltiplos contactos com os serviços de saúde ¹⁶⁻¹⁹.

Estes resultados são um sinal de alerta e evidenciam a necessidade de um foco intensificado na prevenção e no tratamento das DCV, mantendo esta patologia dentro das prioridades de atuação. O tratamento passa por uma combinação farmacológica com procedimentos de revascularização percutânea e com o controlo dos fatores de

risco cardiovascular, pela adoção de um estilo de vida saudável. As intervenções em situação aguda podem salvar a vida dos doentes, mas a estratégia fundamental assenta na prevenção, seja a primária atuando ao nível dos fatores de risco, como a prevenção secundária, para melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dos doentes com DCV ^{14,20,21}.

Uma das medidas de intervenção que é necessário estabelecer, junto dos doentes com DCV, desde a fase aguda até ao período de manutenção a longo prazo da doença, são os programas de RC, que atuando ao nível da promoção da autonomia e autocuidado do doente e na adaptação à nova condição de saúde, melhoram a qualidade de vida dos doentes ^{3,20}. De acordo com a meta da OMS em reduzir a mortalidade por doenças não transmissíveis em 25%, os esforços devem ser direcionados à prevenção secundária de DCV ²². Urge assim, a necessidade de investir na área da reabilitação, complementando todas as intervenções nas DCV. Na gestão da doença e a otimização da prevenção secundária evidencia-se um grande desafio no planeamento e investimento em ações que levem à diminuição da ocorrência de DCV, de reinternamentos e melhoria na qualidade de vida relacionada à saúde em doentes com DCV. Programas de prevenção integrados, como os programas de RC são essenciais para atenuar os efeitos da morbilidade, diminuir a mortalidade por DCV e reduzir os custos crescentes com as DCV.

2.2. REABILITAÇÃO CARDÍACA

A combinação do envelhecimento da população com a prevalência das DCV, têm forte impacto nas taxas de mortalidade e morbilidade, com uma necessidade de gestão a longo prazo das condições crónicas. Sendo necessário um programa abrangente, estruturado e monitorizado desde a alta hospitalar. Neste sentido, a reabilitação apresenta-se uma estratégia-chave de saúde dos século XXI ²³.

Apesar de um programa de RC admitir doentes com diversas patologias cardíacas, as doenças mais prevalente nos indivíduos que o integram é a DCI e Insuficiência Cardíaca (IC) ²⁰.

2.2.1. DEFINIÇÃO DE REABILITAÇÃO CARDÍACA

A reabilitação, no geral, visa minimizar e desacelerar os efeitos de incapacidade após a ocorrência de doença aguda, amenizar o impacto da redução de capacidade, minimizar

efeitos do problema de saúde inicial, pode também ajudar a reduzir, controlar ou prevenir complicações associadas a intervenções médicas ou cirúrgicas ²³.

A definição de RC remota a 1964, pela OMS: “*um conjunto de atividades necessárias para influenciar favoravelmente a causa subjacente à doença cardiovascular, assim como assegurar aos doentes as melhores condições físicas, mentais e sociais de modo que possam pelos seus próprios meios, preservar ou readquirir o seu lugar na comunidade o mais cedo possível*”. Esta definição veio sofrendo modificações ao longo dos anos, alterações estas promulgadas por várias organizações, que reforçam a importância da RC como um componente integral no tratamento dos doentes com DCV assente na prevenção secundária de eventos associados às DCV, em que o doente desempenha um papel significativo no resultado bem sucedido da RC ²⁴.

Inicialmente, a RC era recomendada para doentes com EAM ou cirurgia cardíaca e o foco eram programas com exercícios supervisionados. A intervenção pós-EAM foi evoluindo para uma intervenção mais abrangente onde se inclui o apoio psicológico, aconselhamento com intervenções no estilo de vida para controlo de fatores de risco, cessação tabágica, promoção de uma alimentação saudável, controlo de peso, da pressão arterial, glicose, colesterol, promoção da atividade física, como forma de reduzir o risco cardiovascular e a incapacidade ²⁵.

Remota aos anos 70, o desenvolvimento dos programas da RC, com base no reconhecimento dos benefícios dos exercícios a nível fisiológico. Surgem então as diretrizes para RC estabelecidas pela *American College of Sports Medicine* (ACSM) e pela *American Heart Association* (AHA) ⁴.

A *European Society of Cardiology* (ESC), o *The National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), a *American Heart Association* (AHA) e o *American College of Cardiology* (ACC), classificam a RC como um modelo de prevenção secundária, uma intervenção terapêutica com indicação de Classe I (nível de evidência A) e recomendam a RC como uma intervenção eficaz e segura na gestão da doença cardíaca ^{14,20,26–28}. Segundo a *European Association of Cardiac Prevention and Rehabilitation* (EACPR), atualmente *European Association of Preventive Cardiology* (EAPC), o programa de RC, tem o exercício físico como marco de uma intervenção abrangente, que inclui um programa educacional, controlo de fatores de risco e a adoção voluntária pelo doente de um estilo de vida saudável para ser mantido durante toda a vida ^{20,21}.

A RC define-se assim, como um processo de intervenção multifatorial, através do qual é mantida ou recuperada a condição física, psicológica do doente, após um evento agudo cardíaco. A RC baseia-se na prática de exercício físico adaptado e na mudança

de comportamentos, com o objetivo de gerar mudanças no estilo de vida, promovendo adesão a comportamentos saudáveis, promovendo um estilo de vida ativo, reduzindo e controlando os fatores de risco, para reverter ou retardar a progressão da DCV ^{4,20,29}.

Apesar do componente central ser o treino físico adaptado aos doentes cardíacos, a RC deve ser abrangente e basear-se numa abordagem holística, incluindo também apoio psicológico, educação sobre estilo de vida, promoção para mudança de comportamento, como modificação dos fatores de risco para DC, com adoção de um estilo de vida saudável ³⁰. A educação do doente é considerada um dos componentes principais da RC para promover compreensão do doente sobre a variedade de terapias recomendadas e as mudanças de comportamento, bem como sua adoção e manutenção ³¹.

2.2.2. BENEFÍCIOS DA REABILITAÇÃO CARDÍACA

Os programas de RC têm demonstrado nos últimos anos, através de várias revisões sistemáticas e meta-análises, um grande benefício para os doentes com DCV. A RC tem um papel protetor na fisiologia cardiovascular, com melhoria do tónus autonómico e remodelação cardíaca. A RC tem como objetivo reduzir o risco de morte súbita ou ocorrência de novos eventos cardíacos, limitar os efeitos fisiológicos e psicológicos após evento agudo, controlar os sintomas cardíacos, reverter ou estabilizar o processo aterosclerótico, reduzir a inflamação sistêmica, aumentar a aptidão cardiorrespiratória e melhorar o estado físico, mental e social dos doentes ^{21,26}. Essencialmente o objetivo é estabilizar, retardar ou mesmo inverter a progressão da DCV, reduzindo dessa forma o risco de doença cardíaca, outro evento cardíaco ou morte ^{20,21}. Os programas de RC têm como finalidade promover a independência funcional do doente, o autocuidado, o controlo dos fatores de risco, aumentando a sua motivação e colaboração para a aderir ao tratamento, melhorando assim a sua qualidade de vida. ^{20,21}.

A evidência científica, a nível mundial, demonstra que o risco de novos eventos cardiovasculares em doentes com história de DCI que realizam o adequado programa de RC é inferior ao risco dos que não realizam RC. Diversas revisões sistemáticas demonstram o efeito benéfico da RC, na diminuição no risco de EAM recorrente em 38%, redução dos internamentos hospitalares até 18%, uma melhoria na qualidade relacionada à saúde de vida e redução da mortalidade a longo prazo ^{4,5,20,32}. A evidência científica produzida sobre os benefícios da RC é ampla e revela que a RC reduz significativamente a mortalidade por todas as causas em 13%-26% e a mortalidade cardíaca em 20%-36% ³³.

A frequência em programas de RC, permite prevenir eventos cardiovasculares, conforme evidenciado num estudo publicado em 2017, direcionado à população dos Estados Unidos, foi possível concluir que um aumento na participação aos programas de RC de 20% para 70% iria salvar 25000 vidas e 180000 internamentos anuais ³⁴. A corroborar a evidência científica anteriormente citada, vários estudos e meta-análises citados no comentário editorial de Miguel Mendes, demonstram reduções de 25 a 30% da mortalidade global e da mortalidade cardiovascular ³⁵.

Relativamente aos fatores de risco, diversos estudos, documentam uma melhoria estatisticamente significativa em todos os fatores de risco cardiovascular nos doentes com DCI ^{30,32,36}. É relatado, também, um aumento na capacidade funcional, que é um importante indicador de risco de morte, quer em pessoas saudáveis, quer em doentes cardiovasculares ^{36,37}. Decorrente dos benefícios significativos na diminuição da mortalidade cardiovascular, do risco de admissão hospitalar, do aumento da qualidade de vida, da gestão de comorbilidades, advém uma diminuição significativa dos custos associados aos cuidados de saúde ^{30,32,38}.

A nível nacional também são reconhecidos pelo governo português os benefícios da RC, na redução das hospitalizações, das taxas de mortalidade, na melhoria da qualidade de vida dos doentes e na redução do risco de ocorrência de novos eventos cardiovasculares, situações estas, que não são observadas nos doentes não submetidos a este tipo de programas ⁵.

Face a toda esta evidencia científica, é claro que os efeitos benefícios da RC estão comprovados na redução da morbilidade e mortalidade. A RC é uma intervenção que tem um impacto custo-efetivo eficaz, na gestão das comorbilidades, minimizando o impacto da DCI, na redução do risco de hospitalizações sucessivas, no aumento da capacidade funcional e com consequente melhoria da qualidade de vida dos doentes. Tudo isto associado a uma redução dos custos associados aos cuidados de saúde. A RC é assim um componente fundamental, após eventos e intervenções cardiovasculares, no processo contínuo de gestão de doentes ^{4,6,20,29}.

2.2.3. INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES PARA REFERENCIAÇÃO

Para seleção e referenciação de doentes, de acordo com as diretrizes, a prevenção secundária abrangente deve ser considerada e / ou recomendada para todos os tipos de DCI (EAM com elevação segmento ST e EAM sem elevação segmento ST) e doentes com angina estável. Os principais candidatos elegíveis aos programas de RC são doentes após EAM, com doença coronária estável, IC compensada ou angina crónica,

todos os submetidos a cirurgia cardíaca, revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia coronária percutânea eletiva, transplante cardíaco e cirurgia valvular. Tendo sempre em consideração idade do doente e a estratificação de risco pré-EAM, o nível de atividade e as limitações físicas ^{3,5,14,24}. Ou seja, após a realização de exames complementares para a estratificação do risco do doente, um plano de exercício físico personalizado, é definido.

As recomendações clínicas da ESC sobre a gestão dos doentes pós-EAM com supradesnivelamento do segmento ST ou EAM sem supradesnivelamento do segmento ST, indicam adoção de um treino aeróbio de intensidade moderada, pelo menos cinco vezes por semana, com duração de 30 a 60 minutos ¹⁴. Os doentes são aconselhados a adotar um estilo de vida cardioprotetor, aumentando a atividade física, adquirindo uma melhor aptidão física, melhorando a sobrevivência e a qualidade de vida relacionada à saúde a um custo que representa uma boa relação custo-benefício para sistemas de saúde ¹⁸. As contraindicações para integração do doente num programa de RC são as seguintes: angina instável, hipertensão arterial não controlada (TAS >180 mmHg e/ou TAD >110 mmHg), hipotensão ortostática com queda de pressão sistólica superior a 20 mmHg sintomática, estenose aórtica grave, disritmias não controladas, IC descompensada, bloqueio auriculoventricular 3º grau (sem pacemaker), pericardite ou miocardite aguda, tromboembolismo pulmonar, trombose venosa profunda, tromboflebite aguda, diabetes mellitus não controlada (glicemia capilar >400 mg/dL), Sépsis ou febre, alterações do foro musculoesquelético ou neurológico que impeçam a realização do exercício na intensidade pretendida ^{14,20}.

2.2.4. COMPONENTES DA REABILITAÇÃO CARDÍACA

De acordo com AHA e a AACVPR os programas de RC devem abranger os componentes essenciais para otimizar a redução do risco cardiovascular, reduzir a incapacidade após eventos agudos, promover adesão a comportamentos saudáveis e de um estilo de vida ativo para doentes com DCV ^{24,39}.

Um programa *standard* de RC é baseado em planos de exercício físico, os programas abrangentes incluem as sessões educacionais com foco no controlo dos fatores de risco cardiovasculares, modificação do estilo de vida, aconselhamento nutricional, suporte psicológico, plano farmacológico otimizado e com adaptação de mecanismos para facilitar a manutenção do programa ^{4,20,35}.

Para a referenciação para um programa de RC, a avaliação inicial (avaliação física e psicológica) e determinação da capacidade funcional são essenciais para prescrição do

treino físico individualizado. Conforme anteriormente referido, a estratificação de risco cardiovascular é primordial. O recurso à anamnese, o exame físico e a realização de exames complementares de diagnóstico cardíacos são essenciais para estratificar o risco dos doentes, como sendo de baixo, moderado ou alto risco ^{20,24}.

Os programas de RC são multifacetados e para um correto planeamento e obtenção do máximo de benefícios dos programas de RC, mantendo a segurança dos doentes, é fundamental considerar todos os componentes para os programas de RC. Estes componentes requerem naturalmente a sinergia de uma equipa multidisciplinar e incluem um aconselhamento nutricional, cessação tabágica, controlo da pressão arterial, da glicémia, do perfil lipídico, a prescrição e aconselhamento sobre a prática de exercício físico e acompanhamento psicológico e social. É de salientar um dos mais importantes componentes na manutenção dos benefícios dos programas de RC a longo prazo, que é a literacia em saúde, a promoção para a mudança de comportamento do doente, englobando estratégias de educação e comunicação para se atingir a modificação comportamental, permitindo ao doente desenvolver aptidões importantes na gestão da sua saúde ^{14,20}.

Como referido anteriormente, a prescrição do exercício é realizada individualmente, contemplando as características do doente (idade, género, condição clínica, terapêutica, nível de atividade física e resultados dos exames complementares de diagnóstico) e de acordo com as *guidelines* ¹⁴. As avaliações têm como objetivo uma melhor prescrição e adequação do exercício, de forma a melhorar o prognóstico de cada doente.

A complexidade e multiplicidade das intervenções num programa de RC implicam, pelo menos numa abordagem inicial, da equipa multidisciplinar constituída pelo Cardiologista, Fisiatra, Fisioterapeuta, Fisiologista de Exercício, Enfermeiro de Reabilitação, Técnico de Cardiopneumologia, Dietista/Nutricionista, Psicólogo/Psiquiatra, Assistente Social, Coordenador do programa de RC, atuando de acordo com protocolos de referência ²¹. A equipa multidisciplinar tem tarefas específicas que devem estar bem estruturadas e organizadas para um acompanhamento efetivo dos doentes. A prescrição médica individualizada de exercícios por um especialista em medicina física, especificando o programa de treino estruturado para garantir eficácia e segurança. O aconselhamento médico sobre a atividade física extra-programa, incluindo atividades de lazer e atividade vocacional. A identificação e controlo de fatores de risco na consulta de cardiologia e em consultas específicas, juntamente com o aconselhamento nutricional. A avaliação psicológica de todos os doentes, através de consultas de psicologia e/ou psiquiatria, de acordo com a indicação clínica, para modificação do estilo de vida, controlo de fatores de risco

cardiovascular e adesão à terapia farmacológica e não farmacológica. O apoio de uma assistente social para adequação do suporte social. As estratégias de manutenção de longo prazo, como o acompanhamento presencial em consultas ou por telefone, incluindo técnicas de *coaching* e motivação. A avaliação clínica do doente durante o programa de RC, incluindo a realização de novos exames complementares de diagnóstico (provas de esforços, ecocardiograma, análises laboratoriais). A educação e informação, para aconselhamento para modificação do estilo de vida pela equipa multidisciplinar. A avaliação da qualidade do programa, do grau de satisfação dos doentes, das características e condições do programa, adesão à terapia farmacológica e não farmacológica, controlo do stress e da ansiedade através de programas educativos, terapia de grupo e diversas consultas especializadas incluídas no programa de RC ^{8,40}.

2.2.5. FASES DA REABILITAÇÃO CARDÍACA

Os programas de RC habitualmente são constituídos por três fases. A RC é iniciada durante o internamento hospitalar (Fase I), progride para a fase de ambulatório após a alta (Fase II) e culmina na fase de manutenção (Fase III) ^{6,24,26}.

A fase I é iniciada precocemente no hospital antes do doente ter alta e visa a adaptação do sistema cardiovascular do doente à atividade física. Esta fase tem um papel crucial em termos de adesão à RC, pois inclui os serviços preventivos e de explicação dos objetivos da RC e seus benefícios após um evento de DCV. É realizada uma avaliação do estado de saúde do doente, avaliação psicossocial e iniciado o processo de encaminhamento e referenciação para fase II da RC ^{6,24,26}.

A fase II, fase extra-hospitalar precoce, inclui os serviços preventivos e de reabilitação para doentes em ambulatório logo após um evento de DCV. Esta fase deve ter início o mais precocemente possível, logo após a alta hospitalar e com duração variável entre 6-12 semanas após alta. O tratamento é individualizado, onde existe uma abordagem tripla, prescrição de exercícios, sessões de educação para a saúde e modificação dos fatores de risco (alteração dos hábitos nocivos, aconselhamento nutricional, tratamento psicossocial). O desenvolvimento do programa de exercício físico é estruturado, individualizado, monitorizado e otimizado com base na avaliação clínica personalizada, existindo uma monitorização contínua para avaliação da estabilidade clínica, da tolerância individual ao exercício e uma avaliação eletrocardiográfica. Assim, consegue-se identificar precocemente sinais ou sintomas que indiquem a necessidade de mudança do plano de exercício. A fase II é considerada determinante, pois apesar da

prestação de cuidados de RC começar durante o internamento, o componente mais significativo ocorre no plano integrado na fase II, para as mudanças no estilo de vida, tanto na perspetiva da educação do doente como da família em termos de prevenção secundária. Os principais objetivos são aumentar a qualidade de vida, reduzir o risco de DCV, reverter a progressão da aterosclerose, reduzir a morbilidade cardiovascular, melhorar a endurance do músculo cardíaco, educar o doente sobre a sua doença, controlar os fatores de risco através da manutenção de hábitos de vida saudáveis, estimular a readaptação social com retorno à vida produtiva e ativa e fornecer o apoio psicológico ao doente ^{4,21,41}.

A fase III, manutenção no ambulatório, inclui os serviços preventivos e de reabilitação para doentes em ambulatório a longo prazo. O objetivo da fase III é estabilizar a saúde do doente, mantendo as mudanças no estilo de vida e o doente autónomo na gestão da sua doença. Esta fase é de extrema relevância para o controlo dos fatores de risco cardiovasculares e para manutenção da prática regular de exercício físico. Pode acontecer em contexto domiciliário ou comunitário e pode prolongar-se durante meses, anos ou ao longo de toda a vida do doente. Com esta fase os doentes continuam independentes focados na modificação dos fatores de risco e nos exercícios, tendo periodicamente uma avaliação médica ^{4,41}. Importa ressaltar o *continuum* da participação nestas três fases, para alcançar os potenciais benefícios de todo o ciclo para redução do risco de eventos coronários futuros, das comorbilidades e até a mortalidade.

2.2.6. BARREIRAS PARA A REABILITAÇÃO CARDÍACA

Apesar de todos os benefícios associados à RC, os programas de RC continuam a ser altamente subutilizados em todo o mundo. A inclusão de doentes em programas de RC é limitada por condicionalismos e barreiras ⁴. Essencialmente a RC não é prescrita rotineiramente após um evento agudo e quando prescrita, as taxas de adesão/participação do doente são baixas e as taxas de desistência elevadas ⁴².

De acordo com o estudo EUROASPIRE IV, realizado em 78 centros de 24 países europeus, cerca de 50% dos doentes são encaminhados e aderem a programas de RC, mas apenas 81% dos doentes encaminhados participam em pelo menos metade das sessões o que corresponde a 41% da população do estudo ⁴³. A percentagem média nos países do centro da Europa situa-se entre os 25% e os 60%. Na Holanda verifica-se a percentagem mais elevada (60%), na Bélgica e na Áustria têm taxa de 50%, na

Finlândia e Alemanha uma taxa de 25%, e Portugal apresenta taxas de participação entre 8% a 9,3% ^{6,9,12}.

A nível mundial, apenas 38,8% dos países têm programas de RC, 68% são países de rendimento alto, 28,2% são países de rendimento médio e 8,3% países de rendimento baixo ⁴⁴. De referir ainda dados coletados nos Estados Unidos, em que a taxa de participação dos doentes em programas de RC varia de entre os 20% e 30% ³⁴. Estudos recentes revelam que a taxa de aceitação de programas após a fase II da RC e adesão a exercícios de longa duração é extremamente baixa (cerca de 15%-30% de todos os doente referenciados participam num programa ambulatorial de fase II) ^{4,18}. O estudo de *Hortúa et al* de 2021, realizado na população Colombiana, revelou também que menos de 25% dos doentes referenciados para participar num programa de RC o iniciam e destes, 50% desistem precocemente ⁷.

A reduzida taxa de participação na RC, pode ser explicada por barreiras culturais, científicas e organizacionais. Fatores como a falta de conhecimento dos doentes sobre a sua condição de saúde, a falta de perceção de que a RC é necessária, o baixo nível socioeconómico, a motivação dos doentes, a presença de comorbilidades, a escassez de centros de RC e a distribuição geográfica assimétrica, os custos associados aos programas de RC, a falta de referenciação médica (associada também à burocracia administrativa), a escassez de profissionais de saúde disponíveis para a RC e as condições de acessibilidade e comparticipação oferecidas pelo do Sistema de Saúde ^{6,7,39,41,45}. Os programas de RC convencional enfrentam grandes desafios em termos de custo e acesso, em geral, pois não atendem às necessidades dos doentes em que a prevenção secundária é exigida, ou daqueles grupos de doentes que mais precisam de atuação na redução dos fatores de risco, como os idosos, mulheres, grupos étnicos e populações de baixo rendimento ^{39,46}.

Num estudo de *Peters and Keeley*, é referido que apenas um terço dos doentes participa em programas de RC após EAM, sendo os doentes do sexo feminino, os doentes de raça negra e os doentes com menor grau de escolaridade são os menos propensos a participar em programas de RC ⁴².

Diversos autores identificaram como uma importante barreira para a baixa participação em programas de RC a falta de encaminhamento ⁴⁷. Este dado reforça a importância do processo de educação sobre a RC para os profissionais de saúde, que por vezes não têm conhecimento dos benefícios dos programas ou não orientam adequadamente os doentes ⁴⁸. De referir as conclusões de uma revisão sistemática, que envolveu países de baixo e médio rendimento, onde é a barreira com maior prevalência foi a falta de

encaminhamento médico. Nestes casos em particular é extremamente preocupante esta falta de encaminhamento onde a carga de DCI é elevada e crescente ⁴⁹.

Abreu *et al* num estudo para avaliar os programas de RC na Europa concluíram que existia apenas um centro RC para sete doentes com DIC e que são necessários mais de três milhões de vagas/ano para o tratamento de doentes com cardiopatia isquémica (sem incluir outras indicações para RC, como a IC) ¹². De salientar ainda, que as taxas de participação nos programas de RC são <50% na maioria dos países, com taxas de desistência documentadas de até 56% e 82% em países de alto e médio rendimento, respetivamente ³³.

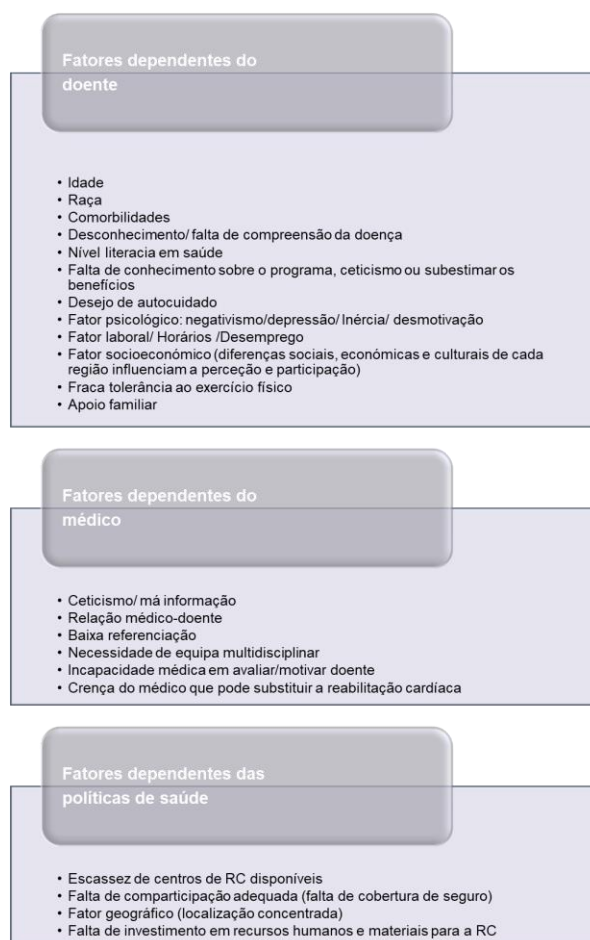


Tabela 1 – Principais fatores para a subutilização da RC a nível internacional. Elaboração própria.

Estes fatores ^{7,39,42,45,47,48}, constantes na tabela 1, necessitam de ser minimizados e ultrapassados, para se atingir o potencial máximo da reabilitação. O fortalecimento da reabilitação nos sistemas de saúde é primordial como parte da cobertura universal de saúde.

Em 2017, no âmbito das metas da Reabilitação 2030, a OMS enfatizou a necessidade de fortalecimento do sistema de saúde, melhorar a liderança e a governança, desenvolver uma forte força de trabalho de reabilitação multidisciplinar, ampliar o financiamento para reabilitação e melhorar a investigação sobre reabilitação. O modelo proposto pela OMS evidencia que estas contribuições são necessárias (governança, financiamento, recursos humanos) para obter o resultado desejado (acessibilidade, disponibilidade, aceitabilidade e acessibilidade dos serviços de reabilitação). É necessário avaliar o funcionamento do sistema e como se pode atingir os resultados planeados e o impacto desejado, para uma maior cobertura de intervenções de reabilitação, melhores resultados funcionais, para se atingir níveis superiores de saúde nas populações ^{40,50,51}.

2.2.7. PANORAMA DA REABILITAÇÃO CARDÍACA EM PORTUGAL

A nível nacional, várias iniciativas têm sido instituídas para garantir uma abordagem transversal da saúde dos cidadãos na prevenção da doença, no diagnóstico precoce, no tratamento adequado e também na área da reabilitação ². Mas apesar destas iniciativas os programas de RC em Portugal, são ainda muito escassos em toda a extensão do território nacional, sendo que a implementação da RC está a ser realizada a um ritmo mais lento do que noutros países da União Europeia, apesar de serem bem reconhecidos os seus benefícios ^{8,9}.

Neste panorama português, existe ainda um défice de literatura aglutinadora e investigação sobre a RC, sobre os efeitos a longo prazo dos programas, sobre a manutenção das medidas preventivas instituídas nas fases iniciais. Na tentativa de colmatar esta escassez de informação e avaliar o crescimento da RC em Portugal, surgem estudos pelo Grupo de Estudo de Fisiopatologia do Esforço e Reabilitação Cardíaca da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC), que têm vindo a desenvolver desde 1998 ^{6,9,35,52,53}. Os estudos avaliam informações gerais sobre os centros, incluindo nome, localização, tipo (instituição pública ou privada), ano de início do programa de RC, composição da equipa multidisciplinar e os seus coordenadores, descrição das fases de RC que contemplam, componentes do programa, o número total de participantes e a distribuição por diagnóstico, a taxa de desistência e alguns dos motivos conhecidos associados à falta de adesão ^{6,9,53}. Decorrente destes estudos verifica-se um aumento de 5 centros (1998) para 18 centros (2008), para 23 em (2014) e mais recentemente para 25 centros (2019) ^{9,52,53}. Regista-se uma ausência total de centros públicos no Minho, Beiras (nomeadamente nos hospitais universitários de

Coimbra), Ribatejo e Alentejo. Na região Norte situam-se 11 centros, 1 centro na região Centro, 12 centros na região da Grande Lisboa e 1 centro na região Sul ⁹.

Conforme já referido, a taxa de participação em Portugal em programas de RC dos potenciais candidatos é muito inferior (dados de 2014, cerca de 8% e cerca 9,3% para doentes cardíacos em 2019) quando comparada ao centro de Europa, em que as taxas são superiores a 30% na maioria dos países. O panorama da RC em Portugal não é claramente o desejável ^{6,8,35}.

Decorrente dos inquéritos realizados entre 1998 e 2007, os doentes elegíveis referenciados para programas de RC passaram de 126 em 1998 para 638 em 2007 ⁵². Dados revelados pela SPC em 2018, mostram que a percentagem de doentes que receberam alta hospitalar após EAM e que participaram num programa de RC quase triplicou nos últimos anos, passando de 3% em 2007 para 8% em 2014 ⁸.

O mais recente artigo publicado pela SPC, reporta os resultados de um inquérito nacional aos centros de RC refletindo o estado atual da RC em Portugal. Resultados estes demonstram que, apesar de se verificar um aumento no número de centros de RC e de doentes a participarem em programas na fase II (aumento de 1927 doentes em 2013 para 2182 doentes em 2019), ainda existe um número reduzido de doentes que não frequentam um programa de RC, assim como uma percentagem elevada de doentes que desistem dos programas de RC, mantendo a taxa de participação e adesão em níveis abaixo do ideal ^{9,53}. Dados ainda referentes a 2019, estimam uma participação de 9,3% de doentes após uma SCA e uma redução do número de doentes inscritos em programas de RC de fase III (diminuição de 37%), ou seja, apenas 606 doentes participam nos programas de fase III. Dados que revelam claramente um número insuficiente para atender às necessidades do país ⁹.

O número reduzido de centros de RC e a sua distribuição geográfica muito assimétrica, impede que seja alcançado todo o potencial de melhoria de capacidade funcional em grande maioria da população do nosso país. Além da acessibilidade ser um fator fundamental para a adesão dos doentes aos programas de RC, torna-se importante a referenciação para os programas de RC e que os profissionais de saúde sejam os impulsionadores e fomentem uma cultura de atividade física, motivando e incentivando os doentes a serem os principais agentes na gestão da sua doença e promotores do seu bem-estar físico e psicológico. Não obstante à baixa adesão à RC, as interrupções prematuras dos programas de RC, são outro fator influenciador da subutilização da RC. Outra dificuldade, está nos centros de RC, pela sua capacidade limitada em receber doentes, pelas limitações em termos de instalações e de profissionais de saúde que

integram a equipa multidisciplinar de acompanhamento aos doentes. O financiamento apropriado desta área é também outra barreira mencionada na literatura nacional ^{6,9,52,53}.

A nível nacional, a RC já está inserida nas metas prioritárias do Plano Nacional de Saúde (PNS), onde a prevenção, o controlo da doença e a capacitação dos cidadãos são as prioridades de atuação, onde se pretende a redução da carga de doença, da morbilidade, da incapacidade e da morte prematura. Decorrente do PNS de 2004 a 2010, uma das prioridades até 2010, focava a necessidade do aumento da referenciação dos doentes após um episódio de DCI com percentagem de 3% para 30%. Em 2017, surgiu em Portugal, a iniciativa da criação de um grupo de trabalho para a RC, com foco na redução da mortalidade, no risco de ocorrência de novas situações cardiovasculares, nos reinternamentos e na melhoria da qualidade de vida dos doentes que sofriam EAM ou outras doenças coronárias. O Governo apostava, assim, num programa nacional de RC, para a definição e o acompanhamento de programas de RC, através do desenvolvimento de projetos-piloto. O objetivo era atingir em 2020, uma meta de participação nos programas de RC de 30% dos doentes elegíveis ^{2,5}.

Embora estas intervenções sejam significativas, não se atingiram as metas propostas, existindo ainda existe uma importante necessidade não atendida na prossecução dos objetivos dos programas de RC, refletida nos constantes resultados de baixa referenciação, adesão e participação dos doentes. A RC apresenta-se assim como área de difícil desenvolvimento em vários países, mesmo em países que apresentam um maior investimento em saúde. As barreiras à adesão a programas de RC diferem de país para país, tendo em conta o nível de saúde da população, os cuidados médicos e *status* socioeconómico de cada região.

São estes resultados que serviram de motivação para a realização deste estudo. Neste sentido torna-se relevante investigar e ter uma perceção aprofundada das opiniões, crenças e vivências dos profissionais de saúde, face aos constrangimentos e barreiras para a adesão aos programas de RC direcionado para o contexto português que expliquem o fraco desempenho da RC ao nível nacional ⁹.

De ressaltar ainda que nos últimos 2 anos, o desenvolvimento da RC em todo o mundo e em Portugal, foi impactado com a pandemia. Apesar do cenário bastante negativo para a saúde, destaca-se o desenvolvimento de outro tipo de programas, com a RC no domicílio / telemonitorização / programas híbridos de RC, que se mostram promissores na superação das barreiras à adesão aos programas de RC ^{54,55}.

Uma integração mais ampla da RC nos sistemas de saúde que vá de encontro aos grandes avanços da medicina é imperativa. A prevenção secundária cardiovascular

requer programas modernos, que ofereçam melhorias no estado geral do doente e no *continuum* da intervenção cardiovascular ^{9,56}.

2.2.8. PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO CARDÍACA NO DOMICÍLIO

Face a todos os constrangimentos acima referenciados, os programas domiciliários, os *home-based* têm sido desenvolvidos como uma alternativa para uma prestação de prevenção secundária segura e acessível. Estes programas de RC constituem um recurso terapêutico com efeitos, transversalmente positivos, dos doentes propostos para RC ^{26,57,58}. Face aos constrangimentos dos programas de RC convencional, estes programas têm sido desenvolvidos em vários países, sendo que os seus efeitos variam em concordância com as especificidades e objetivos de cada programa. A RC realizada no domicílio é uma alternativa viável superação de barreiras à adesão aos programas de RC convencional, barreiras de acesso, transporte ou distância para o centro de RC. Além disso, estes programas contribuem ainda para ultrapassar os constrangimentos pessoais que também podem dificultar a deslocação ao centro de reabilitação, como sejam a idade, rendimento, questões familiares, questões laborais ou mesmo hábitos de vida ²⁶.

Os programas *home-based* apresentam uma heterogeneidade na sua constituição, são programas multidimensionais com combinações variáveis de aconselhamento psicológico e nutricional, prescrição de treino individualizado. Os doentes cardíacos são incentivados a participar, independentemente do seu risco cardiovascular e das comorbilidades associadas, tendo um acompanhamento individualizado na prática de exercício físico ^{26,58}. Neste tipo de acompanhamento o doente realiza um programa de RC no seu domicílio, existindo uma monitorização remota por parte dos profissionais de saúde. Vários estudos demonstram que é uma opção viável, segura e com resultados semelhantes quando comparado com o programa de RC convencional ²⁶.

Uma revisão sistemática da literatura com meta-análise de ensaios clínicos randomizados, avaliaram a eficácia da RC *home-based* em doentes com IC em comparação com a RC convencional, basearam a sua pesquisa na redução da mortalidade, morbilidade, no aumento da capacidade funcional, da qualidade de vida relacionada com a saúde, nas taxas de adesão e desistências ao programa de RC e nos custos. Como resultados, observou-se que os programas RC *home-based* melhoram a razão custo-benefício, possibilitando a diminuição dos custos decorrentes de uma intervenção com supervisão presencial e são, de facto, uma alternativa que

ajuda a combater algumas causas de subutilização dos programas de RC convencional²⁶.

A RC *home-based* pode melhorar significativamente a tolerância ao exercício, o pico de consumo de oxigénio (pico VO₂) e a qualidade de vida dos doentes com DCI. Na linha deste estudo, que avaliou os benefícios da RC *home-based* em doentes com DCI crónica, *Chen et al.* obtiveram uma redução da taxa de readmissão hospitalar em 90 dias para 5% após a RC *home-based*, e melhores resultados ao nível da capacidade funcional e qualidade de vida⁵⁷.

A reforçar a evidência, estão as recomendações da ESC de 2021, em que os programas domiciliários melhoram os resultados da RC e são recomendados para reduzir o risco de hospitalização por IC e mortalidade⁵⁹.

2.2.9. UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE - TELESSAÚDE NA REABILITAÇÃO CARDÍACA

A tecnologia digital promete revolucionar em termos de gestão a maneira como o tratamento e a prevenção da doença têm vindo a ser orientados. A telemedicina é considerada uma das grandes inovações nos serviços de saúde, ao nível tecnológico, do ponto de vista cultural e social. Permite ultrapassar as barreiras geográficas e temporais no acesso aos cuidados de saúde, pois os seus benefícios vão desde da acessibilidade à efetiva prestação de cuidados de saúde, com melhoria da qualidade da assistência médica e consequentemente uma maior eficiência organizacional⁶⁰.

Da evidência existente que aponta como barreiras aos programas de RC as dificuldades de transporte, as restrições nas disponibilidades dos centros de RC, os custos diretos e indiretos associados, todos eles podem ser superados como o uso das tecnologias em saúde focando os programas de RC na era digital. As intervenções de telessaúde têm potencial na superação destas barreiras e são um modelo inovador para RC⁶¹⁻⁶⁴.

Os programas de RC com o uso de novas tecnologias, têm vindo a ser desenvolvidos e têm existido apelos para tornar as intervenções de RC mais centradas no doente, com políticas que apoiem iniciativas que ofereçam alternativas à RC baseada em centros¹⁸. O uso de dispositivos móveis vem reforçar o potencial destes programas, pois permitem ampliar ainda mais a participação para os doentes elegíveis, possibilitando uma monitorização individualizada e um maior suporte comportamental, permitindo que os doentes estejam em constante contacto com a equipa multidisciplinar⁶⁵.

O uso destas tecnologias de informação, as comunicações eletrônicas, o atendimento clínico remoto individualizado, o acesso à internet, os dispositivos de monitorização remota e uso de smartphones, têm a vantagem de influenciar comportamentos de saúde em tempo real, permitindo uma educação mais personalizada e um suporte psicossocial ^{61,62,66,67}. A personalização do tratamento, tornam o doente ativo no seu processo de tratamento, sendo um motivador da sua permanência no processo de RC.

Vários estudos, mostraram que os programas de RC no domicílio com uso de smartphone têm resultados eficazes, na melhoria na adesão e conclusão do programa, sendo uma opção viável para otimizar o uso de serviços de RC para doentes incapazes de aceder ao programa convencional ^{61,62,68}. Recentemente, uma revisão sistemática, demonstrou que a RC que usou métodos de tele saúde, foi eficaz relativamente aos vários fatores de risco (de acordo com as diretrizes clínicas) ⁴⁶. Além disso, os programas de telemonitorização reduzem a necessidade de deslocação dos doentes aos centros de RC, o que inevitavelmente reduz os custos para o doente ⁶². Duas revisões sistemáticas relataram que, em comparação com a RC convencional, a telereabilitação foi mais eficaz na adesão ao exercício, aumentando os níveis de atividade física, melhorando a capacidade para o exercício aeróbio e os níveis de colesterol LDL, da pressão arterial diastólica e diminuindo a ocorrência de eventos adversos e reinternamentos ^{28,67}. Outro estudo, *PATHway*, evidencia a telereabilitação como alternativa aos doentes que não podem concluir programas de RC de fase II devido a um conjunto de constrangimentos. Foram oferecidos serviços de telereabilitação baseados em sensores que otimizam os efeitos de exercícios para doentes com DCV. Os doentes com DCV mostraram grande interesse na RC baseada na tecnologia, dando um bom feedback e uma indicação clara para o desenvolvimento de tais intervenções ¹⁸.

3. OBJETIVOS

Face ao prévio enquadramento teórico e com base nos pressupostos anteriormente apresentados sobre a RC em Portugal, surge a importância e pertinência de apostar na investigação desta problemática.

A RC constitui uma fonte de interesse de investigação e compreende-se a necessidade de aprofundar quais os fatores que mais influenciam a adesão aos programas de RC na perspetiva de um grupo de profissionais de saúde, permitindo assim uma melhor compreensão das necessidades e das intervenções passíveis de serem implementadas em eixos prioritários de atuação em Portugal: doentes, profissionais de saúde, instituições de saúde, políticas de saúde, ambiente social e comunitário.

Tendo em conta a problemática em estudo, dada a experiência portuguesa e sendo a RC uma realidade ainda sub-representada em Portugal, a investigação a ser desenvolvida terá assim como questões centrais:

- Quais os principais constrangimentos e barreiras para uma adequada adesão a programas de reabilitação cardíaca?
- Quais as principais intervenções percecionadas pelos profissionais de saúde para uma adequada resposta aos constrangimentos e barreiras na adesão a programas de reabilitação cardíaca?

Para dar resposta às questões de investigação formuladas foram delineados os seguintes objetivos gerais:

- Identificar os principais constrangimentos e barreiras para uma adequada adesão a programas de reabilitação cardíaca.
- Contribuir para o desenho de uma estratégia nacional de promoção da adesão aos programas de reabilitação cardíaca, orientado em cinco eixos fundamentais: doentes, profissionais de saúde, instituições de saúde, políticas de saúde, ambiente social e comunitário.

Este estudo tem como objetivos específicos:

- Identificar e descrever os principais constrangimentos e barreiras percecionados pelos profissionais de saúde;
- Identificar quais as principais intervenções, focadas nos doentes, que os profissionais de saúde acreditam que podem contribuir para o sucesso dos programas de RC;

- Identificar quais as principais intervenções, focadas nos profissionais de saúde, que os profissionais de saúde acreditam que podem contribuir para o sucesso dos programas de RC;
- Identificar quais as principais intervenções, focadas nas políticas de saúde e instituições de saúde, que os profissionais de saúde acreditam que podem contribuir para o sucesso dos programas de RC;
- Identificar quais as principais intervenções, focadas no ambiente social e comunitário, que os profissionais de saúde acreditam que podem contribuir para o sucesso dos programas de RC;
- Identificar os níveis de consenso em torno dos tópicos com maior grau de concordância e relevância;
- Recomendar estratégias de ação para atenuar as barreiras e os constrangimentos identificados (através das intervenções mais relevantes obtidos pelo método de consenso).

No final desta investigação é expectável que se contribua, com base nas opiniões do grupo de profissionais de saúde, para o desenho de uma estratégia de intervenção nos cinco eixos prioritários referidos, por forma a melhorar os resultados na prestação de cuidados de saúde em Portugal ao nível do desenvolvimento da RC (adesão e participação em programas de RC).

4. METODOLOGIA

A escolha adequada da metodologia reveste-se de particular importância, cujo efeito, determinará o percurso de investigação e a relevância dos resultados obtidos ⁶⁹.

De acordo com os objetivos estabelecidos, o capítulo da metodologia irá apresentar os métodos utilizados para a prossecução dos objetivos propostos.

4.1. DESENHO DO ESTUDO

O conhecimento sobre este tema e a evidência científica produzida em Portugal sobre a RC é ainda muito residual. Neste sentido é importante explorar a realidade portuguesa e perceber as especificidades dos principais constrangimentos e das barreiras na adesão a programas de RC, face à evidência encontrada noutros países, tendo em conta a perceção de um grupo de profissionais de saúde em Portugal. Nesta linha de investigação além da importância em identificar os constrangimentos e barreiras, através da avaliação do consenso entre o painel de peritos, é de extrema importância identificar também as intervenções que possam contribuir para o desenho de uma estratégia nacional de promoção aos programas de RC, orientado em cinco eixos prioritários, doentes, profissionais de saúde, instituições de saúde, políticas de saúde e ambiente social e comunitário, de forma a aumentar a adesão e participação aos programas de RC.

Deste modo, para a concretização dos objetivos, o presente estudo descritivo e exploratório utiliza uma abordagem qualitativa, uma vez que se pretendeu explorar as opiniões, crenças de um grupo de especialistas sobre a RC em Portugal ^{69,70}. Esta abordagem permite explorar comportamentos, as perspetivas e as experiências de pessoas com a finalidade de criar ou rever intervenções para desenvolvimento de novos pressupostos ⁶⁹.

O método de Delphi adotado neste trabalho de investigação consistiu na aplicação de um inquérito em três rondas aos membros de um painel de peritos, para avaliação do consenso sobre constrangimentos, barreiras e intervenções para promoção da adesão aos programas de RC em Portugal.

Segundo *Diamond et al*, para garantir a qualidade metodológica do método Delphi e obtenção de dados fiáveis, é necessário definir rigorosamente um conjunto de critérios específicos para que o desenho metodológico seja adequado à investigação em curso. Deste modo definiu-se e seguiu-se um conjunto de etapas para o desenvolvimento do Delphi ^{71,72}. Após a definição da problemática de investigação, o método Delphi foi

desenvolvido, com a seleção do painel de peritos, desenvolvimento do inquérito base, definição de consenso e os critérios de avaliação para o seu atingimento, a definição do número de rondas a efetuar e a apresentação da metodologia à seleção dos peritos. Terminando, este processo, na análise e apresentação dos resultados ⁷².

Neste estudo foram realizadas três rondas entre os meses de maio a julho, a calendarização encontra-se disponível no apêndice A. Na primeira fase de seleção do grupo de peritos, foi estabelecido contacto via e-mail, para o convite à participação no estudo. Foi enviado um documento de apoio, explanando as condições e os objetivos do estudo, a metodologia usada e as instruções referentes ao preenchimento do inquérito (apêndice B).

A primeira ronda consistiu num inquérito de perguntas abertas (apêndice C), com objetivo de obter um conjunto de constrangimentos e barreiras para uma adequada adesão a programas de RC e também identificar as intervenções, na perspetiva dos peritos, para promover uma maior adesão a programas de RC. De acordo com alguns investigadores, o uso de um foco amplo na primeira ronda, é aconselhada para quem pretende capturar uma gama mais ampla de respostas ⁷². De salientar que nesta ronda os resultados serviram de base à construção das perguntas do inquérito para a segunda ronda.

Após análise das respostas da primeira ronda e com base nessas respostas, foram construídas as perguntas relacionadas com os constrangimentos e barreiras e as perguntas relacionadas com as intervenções focadas nos cinco eixos prioritários definidos para promoção da adesão aos programas de RC. Nesta ronda procurou-se aprofundar os pontos e problemáticas que foram alvo de maior abordagem na primeira ronda. Foi disponibilizado o inquérito aos peritos, que foi constituído por um total de 25 perguntas para constrangimentos e barreiras, 8 perguntas para intervenções focadas nos doentes, 9 perguntas para intervenções focadas nos profissionais de saúde, 16 perguntas para intervenções focadas nas políticas de saúde e instituições de saúde e 7 perguntas para intervenções focadas no ambiente social e comunitário. Com recurso a uma escala ordinal (tipo Likert), foi solicitado aos peritos que identificassem o seu nível de concordância face aos constrangimentos e barreiras reportados na ronda anterior e o seu nível de relevância face às intervenções focadas nos cinco eixos prioritários para promoção da adesão aos programas de RC (apêndice D). Nesta ronda foi ainda adicionado um campo de resposta aberta para comentários adicionais para quem pretendesse enriquecer a posterior análise de dados. Conforme evidência científica que aponta o uso de comentários adicionais como uma componente importante na construção de consenso dentro do painel de peritos ⁷².

Na terceira ronda pretendeu-se que os peritos revissem as suas respostas, confrontando com o resultado coletivo da segunda ronda para cada um dos tópicos de investigação. Nesta última ronda, os resultados das votações da ronda anterior foram devolvidos aos peritos, com a possibilidade de manter ou alterar o nível de concordância nas respostas que não obtiveram consenso na ronda anterior (apêndice E).

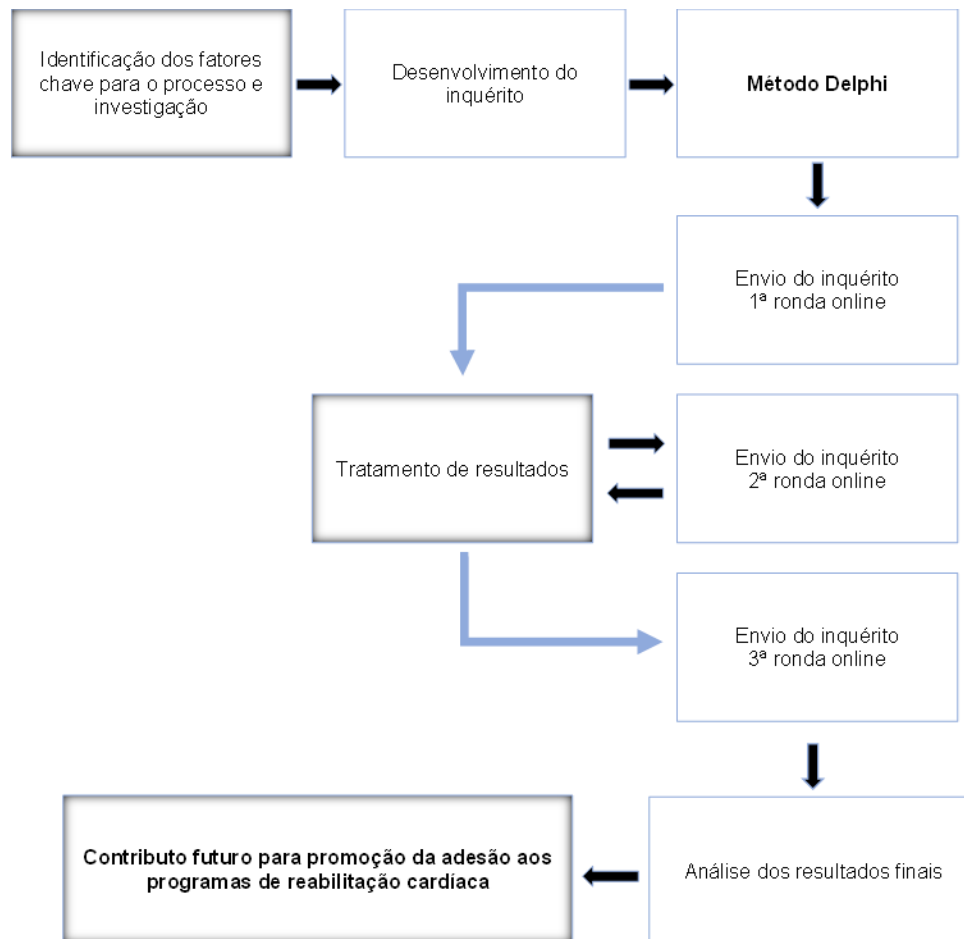


Figura 1 - Representação das fases aplicadas na metodologia de investigação.

4.1.1. A METODOLOGIA DE DELPHI

O método Delphi é uma técnica exploratória, constituída por um grupo de especialistas no domínio de determinado assunto, designado como painel Delphi. É um método qualitativo, estruturado através de um conjunto sequencial de rondas de inquéritos para obtenção de consenso ^{71,73,74}. É um processo iterativo para estruturar e analisar as opiniões de especialistas, que permite aprimorar as opiniões ao longo das rondas face à informação, por meio da busca de um consenso confiável entre o conjunto de especialistas ^{72,74,75}.

Remota a 1948 a origem deste método, durante a guerra fria, que foi desenvolvido através dos militares americanos que questionaram um grupo de *experts* sobre a probabilidade de um ataque inimigo ocorrer ⁷¹.

O método Delphi é bastante apropriado quando o objetivo é melhorar a compreensão de problemas, de oportunidades, soluções ou desenvolver previsões ^{72,74}. Uma das principais características e grande vantagem deste método, em relação aos métodos tradicionais de dinâmicas de grupo, é o anonimato das respostas fornecidas, uma vez que permite ao conjunto de especialistas transmitir a sua opinião pessoal sem que existam julgamentos de opiniões dos restantes especialistas do painel ^{73,74,76,77}. Outra vantagem da aplicação deste método envolve os custos reduzidos e a forma rápida e eficaz na aquisição dos dados de pesquisa através de inquéritos aos especialistas que integram o painel, podendo estes estar em zonas geograficamente dispersas, sem necessidade de se deslocarem ^{74,77}.

Como características fundamentais deste método destacam-se o feedback controlado aos longo das rondas, que permite a revisão da opinião inicial do especialista, face à divulgação das perspetivas dos restantes especialistas do grupo ao longo das rondas, assim como a flexibilidade de análise, que proporciona na resposta às questões de pesquisa qualitativa e também análise quantitativa e interpretação dos dados ^{74,76,77}.

De salientar que o objetivo neste estudo do uso método Delphi é atingir consenso sustentado pelas opiniões dos peritos quanto à concordância relativamente às barreiras e constrangimentos para uma adequada adesão à RC, assim como atingir consenso quanto à relevância para cada intervenção focada em cada um dos cinco eixos prioritários.

4.1.2. SELEÇÃO DO PAINEL DE PERITOS

A escolha dos peritos é de fundamental importância para o sucesso de um estudo. De acordo com a literatura é importante que a escolha de peritos que integra o painel seja equilibrada entre a imparcialidade e o interesse no assunto e que seja variada em termos de experiência, áreas de especialidade e perspetivas em relação ao problema. A experiência do painel de peritos deve ser congruente com o tema de estudo em questão ⁷⁸.

De acordo com estudos realizados sobre o método Delphi, o seu sucesso além de depender as qualificações dos peritos, também é influenciado pela dimensão do painel e pelos diferentes backgrounds e diferentes localizações geográficas ⁷⁹. Embora não

exista na literatura uma definição formal do número de peritos que devem participar no estudo, a bibliografia consultada refere um número de participantes entre 8 a 15, para a robustez desta técnica de consenso ⁷⁴. Essencialmente quanto ao número de participantes, deve-se considerar a heterogeneidade da amostra, a gestão do processo e a verificação interna/externa ⁷⁴. O investigador tem o papel de equilibrar o número de peritos, o seu grau de *expertise* com os objetivos e os condicionantes do estudo.

O painel de peritos identificados incluiu inicialmente 43 peritos e foi concebido visando a multidisciplinaridade tendo em consideração a contribuição de cada perito no tema, a sua formação académica e atuação profissional. Tendo em conta que é expectável existirem desistências entre rondas, foi selecionado um grupo com maior número de peritos pois pretendia-se chegar à última ronda com um número consistente de peritos. O painel foi constituído por médicos de cardiologia, médicos de medicina interna, médicos de medicina geral e familiar, enfermeiros de reabilitação, fisioterapeutas, cardiopneumologistas, gestores de saúde, decisores políticos, especialistas e investigadores em saúde pública.

Conforme referido anteriormente, o contato inicial com o grupo de peritos selecionado foi estabelecido através de correio eletrónico. Todos os peritos que foram convidados a integrarem o painel e que responderam positivamente ao convite foram incluídos no estudo.

4.1.3. NÚMERO DE RONDAS E DEFINIÇÃO DE CONSENSO

Na fase de elaboração do estudo, foi definida a realização de três rondas para a participação do painel de peritos escolhido. Decisão esta apoiada pela literatura, em que é referido que três rondas são suficientes para atingir o consenso ⁸⁰. De acordo com a literatura, o número de rondas está dependente do tempo, do objetivo e da natureza do estudo, embora na maioria dos estudos se realizem duas a três rondas ⁸⁰.

A definição do número máximo de rondas *à priori* é essencial para evitar redundâncias e ciclos de saturação de resultados e estabelecer um prazo para a metodologia. O que facilita também a adesão à participação no estudo, evitando a indecisão associada ao desenrolar do estudo por um longo período, evitando um aumento na percentagem de desistências ⁸⁰. Na decisão de realizar três rondas assumiu-se o risco de desistência de alguns peritos.

Tal como o número de rondas, a definição de consenso, deve ser definida *à priori*, o que confere maior transparência a toda a investigação.

Da revisão bibliográfica efetuada, verificou-se que as definições de consenso são pouco relatadas e variam muito, dependendo da metodologia Delphi aplicada e do objetivo. É referido também, que a definição de uma percentagem de concordância numa determinada classificação seja definida antes da distribuição dos inquéritos e que os peritos conheçam essa parametrização ⁷¹. Num estudo, *Grisham*, destacou que 80% de consenso é um bom indicador, mas, segundo o autor, há quem defenda que mais importante que o consenso é a estabilidade das respostas, a qual deve sinalizar o final do processo ⁸¹.

Neste estudo foi definido que, finalizada a terceira ronda, as respostas que atingirem um nível de consenso igual ou superior a 75% serão consideradas respostas consensuais do painel de peritos às perguntas colocadas.

4.1.4. RECOLHA DE INFORMAÇÃO - DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS E RECOLHA DE DADOS

Um instrumento de recolha de dados é um recurso que o investigador recorre para conhecer os fenómenos e extrair informação, para obter dados da realidade ⁶⁹.

A recolha dos dados foi realizada entre os meses de maio a julho. Para facilitar a participação e a recolha de dados em todas as rondas foram realizados inquéritos online através da plataforma “Microsoft Forms®”. Em cada ronda foi desenvolvido o inquérito, pré-formatado para a tipologia de resposta (texto livre e escala de Likert, de acordo com o pretendido em cada ronda). O inquérito foi desenvolvido com base em fatores chave do tema em estudo em Portugal e foi gerado um link de acesso, após a sua conclusão. O link de acesso ao inquérito foi enviado por correio eletrónico ao painel de peritos, estimando-se um tempo de reposta de aproximadamente 10 minutos, em cada ronda.

Foram selecionados três especialistas na área da saúde independentes ao estudo, a quem foi solicitada resposta ao inquérito num formato de pré-teste, para ensaio ao instrumento de recolha de dados e uso da plataforma online, antes da sua distribuição final pelos peritos. Este teste permitiu verificar adequação tanto a nível de conteúdo e de vocabulário, como a nível estrutural.

O inquérito da primeira ronda, foi elaborado contemplado dois grupos de perguntas, um de carácter sociodemográfico e o outro contemplando as perguntas de resposta aberta de forma a identificar os principais constrangimentos e barreiras para uma adequada adesão a programas de RC e as intervenções para promover uma maior adesão aos programas de RC na perspetiva de cada perito, baseado nos cinco eixos prioritários

definidos (doentes, profissionais de saúde, instituições de saúde, políticas de saúde, ambiente social e comunitário).

Na segunda e terceira ronda o inquérito desenvolvido assentou em respostas segundo a escala de Likert. Para avaliar o nível de concordância relativamente aos principais constrangimentos e barreiras para uma adequada adesão a programas RC, foram realizadas 25 perguntas. Em relação às intervenções recomendadas pelos peritos para promover uma maior adesão a programas de RC, foi usada a escala de Likert para avaliar o nível de relevância para cada intervenção. Foram realizadas 8 perguntas para identificar quais as intervenções focadas nos doentes, 9 perguntas para identificar quais as intervenções focadas nos profissionais de saúde, 16 perguntas para identificar quais as intervenções focadas nas políticas de saúde e instituições de saúde e 7 perguntas para identificar quais as intervenções focadas no ambiente social e comunitário.

A escala de Likert foi usada em três patamares (Discordo, Não concordo nem discordo e Concordo) para a primeira parte do inquérito referente às principais barreiras e constrangimentos percecionadas pelos profissionais de saúde e em quatro patamares (Nada relevante, Pouco relevante, Relevante e Muito relevante) para o grau de relevância de cada uma das intervenções dos cinco eixos de prioritários definidos. Sendo estas respostas sempre de carácter obrigatório. Na primeira ronda e segunda ronda existiu uma caixa de texto aberta para comentários, dando a possibilidade aos peritos de descreverem as suas opiniões, críticas ou acrescentar algum comentário pertinente que completasse as suas respostas (resposta facultativa). Na segunda e terceira rondas o formato do inquérito manteve-se inalterado, quanto ao uso da escala de Likert.

O prazo estabelecido para a resposta aos inquéritos de cada ronda, foi cerca de oito dias. Para os peritos que não deram o seu contributo até ao penúltimo dia do prazo final, foi enviado um *Reminder*. Todos os que não responderam ao inquérito, mesmo após o *Reminder* foram excluídos do estudo.

A cada perito foi atribuído um código de identificação único de quatro dígitos, para facilitar rastreabilidade e follow-up das respostas e excluir os peritos que não responderam dentro do prazo estipulado. A chave de decodificação ficou apenas na posse da investigadora responsável pelo estudo e toda a informação foi tratada de forma confidencial e anónima.

Os resultados foram agrupados num ficheiro Excel para ser trabalhado externamente à plataforma Forms.

4.2. TRATAMENTO E ANÁLISE DA INFORMAÇÃO

Na primeira ronda, para a análise de dados relativos à caracterização dos peritos e das instituições onde exercem funções foi realizada análise descritiva (cálculo de frequências absolutas e relativas). Foi usado o Microsoft Excel® para Microsoft 365 MSO para análise da informação recolhida.

Na tabela 2 é apresentada a classificação das variáveis referentes à caracterização dos peritos.

Variável	Tipo de Variável
Género	Qualitativa Nominal
Idade	Qualitativa Ordinal
Formação académica	Qualitativa Nominal
Categoria Profissional	Qualitativa Nominal
Instituição de Origem	Qualitativa Nominal
Região do País	Qualitativa Nominal

Tabela 2 - Variáveis associadas à caracterização dos peritos.

Os dados referentes à avaliação do consenso obtido em cada resposta, através da classificação em escala de Likert, foram avaliados pela distribuição de frequências relativas.

A análise às respostas individuais apresentadas nos diferentes inquéritos, permitem assim obter uma resposta estatística de grupo. Para a análise de conteúdo das respostas às perguntas abertas dos peritos, a investigadora realizou a análise tendo em conta o contexto, mantendo a sua neutralidade, para evitar a introdução de qualquer viés de interpretação.

4.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi conduzido de acordo com os princípios estabelecidos na Declaração de Helsínquia, da OMS e da Comunidade Europeia.

Aos peritos que foram incluídos no estudo foi enviado um consentimento informado, onde se referiu que a sua participação seria completamente voluntária, informando da possibilidade de desistirem em qualquer momento do estudo, sem existir algum tipo de prejuízo para os peritos. Foram explicitamente informados e esclarecidos sobre os objetivos do estudo e a finalidade do tratamento dos dados.

Foi garantido o respeito pelos princípios éticos decorrentes do estudo, com preocupação pela privacidade, dignidade e bem-estar dos peritos. A confidencialidade dos dados recolhidos e o anonimato dos peritos foi garantida em todos os momentos.

Nem a investigadora, nem os peritos tiveram qualquer proveito económico deste estudo.

A investigadora compromete-se a comunicar os resultados do estudo a todos os peritos, por forma a divulgar as estratégias consideradas relevantes para dar continuidade ao desenvolvimento e crescimento da RC em Portugal.

5. RESULTADOS

A informação processada tem um valor inestimável, dela depende a resolução ou não das perguntas iniciais que foram formuladas pelo investigador ⁶⁹.

Neste capítulo são apresentados os resultados de acordo com os objetivos do estudo e serão descritos os dados recolhidos das respostas após as rondas.

5.1. PAINEL DELPHI

Foram convidados 43 especialistas a participar no estudo, 19 responderam ao inquérito da primeira ronda que decorreu entre 23 de maio a 30 de maio. Os peritos que não deram o seu contributo, mesmo após o envio do *Reminder*, foram excluídos do estudo.

A segunda ronda Delphi decorreu no período entre 07 de junho a 16 de junho de 2022. Dos 19 peritos que responderam ao inquérito da primeira ronda, 18 participaram na segunda ronda.

Na última ronda foi solicitado aos 18 peritos, que responderam à segunda ronda, para reavaliarem as suas respostas tendo em consideração os resultados sem consenso obtidos na ronda anterior. A implementação da terceira ronda decorreu no período entre 06 de julho a 13 de julho de 2022. Destes 18 peritos, 17 peritos enviaram as respostas completas.

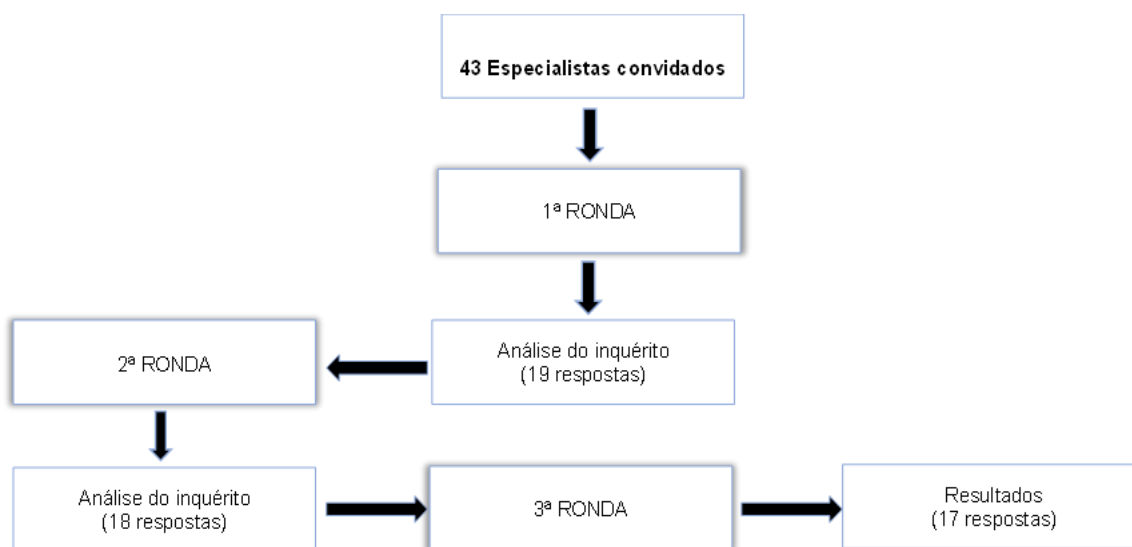


Figura 2 – Representação das rondas do método Delphi.

5.1.1. TAXA DE RESPOSTA ENTRE RONDAS

Na primeira ronda, obteve-se um total de 19 respostas completas. Na segunda ronda obtiveram-se 18 respostas completas, perfazendo uma taxa de resposta de 94,7%. Na terceira ronda, a taxa de resposta foi de 94,4% (total de 17 inquéritos respondidos). A taxa de resposta recomendada para que se verifique um rigor metodológico é de pelo menos 70% ^{72,75}.

Nº Ronda	N.º peritos com acesso ao inquérito	Respostas obtidas	Taxa de resposta
2ª Ronda	19	18	94,7%
3ª Ronda	18	17	94,4%

Tabela 3 - Taxa de resposta entre as rondas.

5.1.2. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Na primeira ronda, os peritos responderam a questões que permitiram caracterizar a amostra, como o género, idade, formação académica, categoria profissional, instituição e região do país onde exercem funções.

No que respeita à categoria do género prevalece o sexo masculino, correspondendo a percentagens entre os 55,6% e 58,8%. Na categoria da idade, a distribuição de peritos foi maior na faixa etária dos 30 aos 45 anos (percentagens entre 52,6% e 55,6%).

Em relação à formação académica, a distribuição é homogénea para o grau de mestrado e doutoramento, contudo, verifica-se uma percentagem mais elevada nos peritos com grau académico de licenciatura. Destaca-se ainda a participação neste estudo da categoria profissional de médico com 63,2%-64,7%.

Em todas as rondas, os peritos estão ligados a 19 instituições diferentes, a maior parte desempenha funções em hospitais distritais ou equivalentes, variando esta percentagem entre os 41,2%-44,45%.

Em relação à região do país, a área metropolitana de Lisboa esteve sempre em maioria ao longo das três rondas, correspondendo às percentagens de 47,1%-52,6% do total dos peritos.

Todos os dados referentes à caracterização dos peritos estão explanados na tabela 4.

	1º Ronda n=19	2º Ronda n=18	3º Ronda n=17
Género			
Masculino	11 (57,9%)	10 (55,6%)	10 (58,8%)
Feminino	8 (42,1%)	8 (44,4%)	7 (41,2%)
Idade			
[30-45]	10 (52,6%)	10 (55,6%)	9 (52,9%)
[46-60]	6 (31,6%)	5 (27,8%)	5 (29,4%)
> 61	3 (15,8%)	3 (16,7%)	3 (17,7%)
Formação académica			
Licenciatura	10 (52,6%)	10 (55,6%)	9 (52,9%)
Mestrado	4 (21,1%)	4 (22,2%)	4 (23,5%)
Doutoramento	5 (26,3%)	4 (22,2%)	4 (23,5%)
Categoria Profissional			
Professor Universitário	3 (15,8%)	3 (16,7%)	3 (17,7%)
Médico	12 (63,2%)	12 (66,7%)	11 (64,7%)
Administrador Hospitalar	1 (5,3%)	0 (0%)	0 (0%)
Fisioterapeuta	1 (5,3%)	1 (5,6%)	1 (5,9%)
Enfermeiro	1 (5,3%)	1 (5,6%)	1 (5,9%)
Técnico de Cardiopneumologia	1 (5,3%)	1 (5,6%)	1 (5,9%)
Instituição de Origem			
Instituição Pública – Universidade	3 (15,8%)	3 (16,7%)	3 (17,7%)
Instituição Privada – Hospital ou Clínica	4 (21,1%)	4 (22,2%)	4 (23,5%)
Instituição Pública – Hospital Distrital ou equiparada	8 (42,1%)	8 (44,45%)	7 (41,2%)
Instituição Pública – Centro Hospitalar ou Centro Hospitalar Universitário	4 (21,1%)	3 (16,7%)	3 (17,7%)
Região do País			
Região Norte	3 (15,8%)	3 (16,7%)	3 (15,8%)
Região Centro	4 (21,1%)	4 (22,2%)	4 (23,5%)
Área Metropolitana de Lisboa	10 (52,6%)	9 (50%)	8 (47,1%)
Região Alentejo	2 (10,5%)	2 (11,1%)	2 (11,8%)

Tabela 4 - Caracterização do painel de peritos por rondas.

5.1.3. CONSTRANGIMENTOS E BARREIRAS

O inquérito apresentado ao painel de peritos foi constituído por um total de 25 perguntas para constrangimentos e barreiras, onde se obteve na segunda ronda um total de 14 respostas com consenso e 11 respostas sem consenso. Das 11 respostas sem consenso, que foram a reavaliação na terceira ronda, 3 obtiveram consenso e 8 mantiverem sem consenso (tabelas 5, 6 e 7).

2ª Ronda	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo
Iliteracia dos profissionais de saúde quanto à reabilitação cardíaca	6%	6%	89%
Inércia médica	6%	11%	83%
Escassez na formação específica dos profissionais de saúde para a reabilitação cardíaca, em Portugal	6%	11%	83%
Foco na prevenção secundária demasiado farmacológica	6%	11%	83%
Falta de conhecimento dos benefícios por parte dos doentes e baixa perceção da importância da modificação de estilos de vida e do exercício físico na gestão e controlo da doença	0%	6%	94%
Ausência de cultura de atividade física em determinadas faixas etárias	17%	0%	83%
Condições sociais do doente, como o baixo status económico, as responsabilidades profissionais, a falta de acessibilidade, a falta de um cuidador	11%	0%	89%
Pouca oferta de programas de reabilitação cardíaca	6%	0%	94%
Falta de condições físicas e a distribuição assimétrica dos centros reabilitação cardíaca	6%	6%	89%
Apesar de aumento gradual do número de centros, ainda existe uma escassez de espaços dedicados a reabilitação cardíaca	0%	6%	94%
A ausência de trabalho integrado entre os diferentes grupos profissionais	6%	17%	78%
Falta de conhecimento dos programas de reabilitação cardíaca, assim como de centros de referência, por parte de muitas instituições em Portugal	11%	6%	83%
Ausência de modelos de financiamento, de comparticipação pelos subsistemas e seguradoras	0%	11%	89%
Insuficiente alocação de recursos humanos	0%	11%	89%

Tabela 5 – Distribuição das percentagens obtidas na segunda ronda com consenso.

Constrangimentos e Barreiras	2ª ronda			3ª ronda		
	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo
Falta de organização nos cuidados de saúde assente no processo assistencial integrado	6%	28%	67%	0%	18%	82%
Escassez de protocolos e normas claras para o ingresso em programas de reabilitação	22%	11%	67%	18%	6%	76%
Desvalorização dos benefícios da reabilitação cardíaca	22%	22%	56%	6%	12%	82%

Tabela 6 – Distribuição das percentagens nos constrangimentos e barreiras com concordância no final do Delphi.

Constrangimentos e Barreiras	2ª ronda			3ª ronda		
	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo
Escassez de informação, entre os diversos profissionais de saúde, nos diferentes níveis dos cuidados de saúde, da necessidade, da eficácia e custo-efetividade dos programas de reabilitação cardíaca	0%	28%	72%	18%	12%	71%
Ausência de perceção dos benefícios dos programas de reabilitação cardíaca, por parte dos profissionais de saúde	28%	6%	67%	44%	6%	50%
Desconfiança, por parte dos profissionais de saúde, relativamente à da segurança da reabilitação cardíaca	67%	11%	22%	69%	19%	13%
Falta de relação empática entre doentes e profissionais de saúde	50%	22%	28%	44%	19%	38%
Falta de comunicação do médico responsável pela reabilitação como o médico que encaminhou	22%	22%	56%	31%	6%	63%
Falta de empoderamento do doente	28%	17%	56%	44%	19%	38%
Perceção negativa que doente tem do exercício após um evento agudo	22%	11%	67%	25%	19%	56%
Atitude "passiva" por parte do doente no seu processo de tratamento	6%	22%	72%	19%	19%	63%

Tabela 7 - Distribuição das percentagens nos constrangimentos e barreiras sem concordância no final do Delphi.

A tabela seguinte apresenta uma síntese dos resultados obtidos na segunda e terceira ronda, para os constrangimentos e barreiras.

Constrangimentos e Barreiras	Consenso atingido/Ronda	Concordância
Falta de conhecimento dos benefícios por parte dos doentes e baixa perceção da importância da modificação de estilos de vida e do exercício físico na gestão e controlo da doença	Sim/ 2ªronda	94%
Iliteracia dos profissionais de saúde quanto à reabilitação cardíaca	Sim/ 2ªronda	89%
Inércia médica	Sim/ 2ªronda	83%
Escassez na formação específica dos profissionais de saúde para a reabilitação cardíaca, em Portugal	Sim/ 2ªronda	83%
Insuficiente alocação de recursos humanos	Sim/ 2ªronda	89%
Foco na prevenção secundária demasiado farmacológica	Sim/ 2ªronda	83%
Ausência de cultura de atividade física em determinadas faixas etárias	Sim/ 2ªronda	83%
Condições sociais do doente, como o baixo status económico, as responsabilidades profissionais, a falta de acessibilidade, a falta de um cuidador	Sim/ 2ªronda	89%
Pouca oferta de programas de reabilitação cardíaca	Sim/ 2ªronda	94%
Falta de condições físicas e a distribuição assimétrica dos centros reabilitação cardíaca	Sim/ 2ªronda	89%
Apesar de aumento gradual do número de centros, ainda existe uma escassez de espaços dedicados a reabilitação cardíaca	Sim/ 2ªronda	94%
A ausência de trabalho integrado entre os diferentes grupos profissionais	Sim/ 2ªronda	78%
Falta de conhecimento dos programas de reabilitação cardíaca, assim como de centros de referência, por parte de muitas instituições em Portugal	Sim/ 2ªronda	83%
Ausência de modelos de financiamento, de comparticipação pelos subsistemas e seguradoras	Sim/ 2ªronda	89%
Escassez de protocolos e normas claras para o ingresso em programas de reabilitação	Sim / 3ªronda	76%
Falta de organização nos cuidados de saúde assente no processo assistencial integrado	Sim / 3ªronda	82%
Desvalorização dos benefícios da reabilitação cardíaca	Sim / 3ªronda	82%
Escassez de informação, entre os diversos profissionais de saúde, nos diferentes níveis dos cuidados de saúde, da necessidade, da eficácia e	Não	-

custo-efetividade dos programas de reabilitação cardíaca		
Ausência de percepção dos benefícios dos programas de reabilitação cardíaca, por parte dos profissionais de saúde	Não	-
Desconfiança, por parte dos profissionais de saúde, relativamente à da segurança da reabilitação cardíaca	Não	-
Falta de relação empática entre doentes e profissionais de saúde	Não	-
Falta de comunicação do médico responsável pela reabilitação como o médico que encaminhou	Não	-
Falta de empoderamento do doente	Não	-
Percepção negativa que doente tem do exercício após um evento agudo	Não	-
Atitude "passiva" por parte do doente no seu processo de tratamento	Não	-

Tabela 8 – Síntese dos resultados relativamente aos constrangimentos e barreiras.

5.1.4. INTERVENÇÕES FOCADAS NOS DOENTES

Na perspetiva dos peritos, para as intervenções focadas nos doentes, apenas se obteve concordância na segunda ronda, na escala do muito relevante com uma percentagem de 89%, a fase de internamento e pós-alta são momentos de maior fragilidade do doente. Nesta fase o doente deve ser imediatamente acompanhado por uma equipa multidisciplinar devidamente qualificada para esclarecimento do que é um programa de reabilitação e os seus benefícios, motivando o doente a aderir.

Intervenções focadas nos doentes	Muito relevante	Relevante	Pouco relevante	Nada relevante
A fase de internamento e pós-alta são momentos de maior fragilidade do doente. Nesta fase o doente deve ser imediatamente acompanhado por uma equipa multidisciplinar devidamente qualificada para esclarecimento do que é um programa de reabilitação e os seus benefícios, motivando o doente a aderir.	89%	11%	0%	0%

Tabela 9 – Intervenção focada nos doentes que obteve consenso no final do Delphi.

Na tabela seguinte são apresentadas as percentagens, obtidas no final do Delphi, quanto às intervenções focadas nos doentes que não obtiveram consenso.

Intervenções focadas nos doentes	2ª ronda				3ª ronda			
	Muito relevante	Relevante	Pouco relevante	Nada relevante	Muito relevante	Relevante	Pouco relevante	Nada relevante
Os doentes devem ter um papel ativo e ser parte integrante na gestão dos programas de reabilitação	72%	17%	6%	6%	71%	24%	0%	6%
Devem existir inquéritos para avaliar a opiniões e experiências dos doentes, relativamente à participação em programas de reabilitação cardíaca	33%	39%	22%	6%	18%	65%	12%	6%
O envolvimento dos familiares pode ter um impacto positivo e por vezes até decisivo na adesão a programas de reabilitação. A inclusão do familiar no processo de referenciação à reabilitação cardíaca	44%	39%	17%	0%	41%	53%	0%	6%
Promoção de estratégias de educação em saúde para o doente	61%	33%	6%	0%	59%	35%	6%	0%
Promoção da comunicação, do acesso a informação escrita, digital para doentes e familiares que expliquem a importância da reabilitação cardíaca	61%	28%	11%	0%	65%	35%	0%	0%
Criação de benefícios legais e laborais, que facilitem a integração do doente em programas de reabilitação cardíaca	72%	17%	6%	6%	65%	29%	6%	0%
Criação de incentivos para que os doentes participem nos programas de reabilitação	44%	28%	22%	6%	59%	18%	12%	12%

Tabela 10 - Intervenções focadas nos doentes que não obtiveram consenso no final do Delphi.

5.1.5. INTERVENÇÕES FOCADAS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Na segunda ronda não se obteve consenso em nenhuma das intervenções apresentadas e na terceira ronda apenas se obteve consenso de 82% na intervenção que diz respeito ao incentivo à alocação dos profissionais de saúde aos programas de RC.

Intervenções focadas nos profissionais de saúde	2ª ronda				3ª ronda			
	Muito relevante	Relevante	Pouco relevante	Nada relevante	Muito relevante	Relevante	Pouco relevante	Nada relevante
Incentivo à alocação dos profissionais de saúde aos programas de reabilitação cardíaca	67%	33%	0%	0%	82%	18%	0%	0%

Tabela 11 - Intervenção focada nos profissionais de saúde que obteve consenso no final do Delphi.

Na tabela seguinte são apresentadas as restantes intervenções sem consenso, focadas nos profissionais de saúde, com as respetivas percentagens de relevância.

Intervenções focadas nos profissionais de saúde	2ª ronda				3ª ronda			
	Muito relevante	Relevante	Pouco relevante	Nada relevante	Muito relevante	Relevante	Pouco relevante	Nada relevante
Criação de um programa curricular de reabilitação cardíaca	56%	44%	0%	0%	59%	41%	0%	0%
Promoção de ações de formação sobre a reabilitação cardíaca para os profissionais de saúde	56%	44%	0%	0%	47%	41%	12%	0%
Criação de protocolos conjuntos de atuação coordenada, na definição do plano de cuidados e na prestação de cuidados	72%	17%	6%	6%	59%	29%	6%	6%

Promoção da interoperabilidade entre as especialidades médicas e os grupos profissionais	61%	28%	11%	0%	53%	35%	12%	0%
Criação de modelos de decisão partilhada	44%	28%	28%	0%	47%	29%	24%	0%
Criação de um modelo de financiamento baseado em incentivos, com definição de objetivos por doentes referenciados e doentes que se mantêm nos programas	56%	22%	17%	6%	41%	41%	18%	0%
Incentivos na implementação e construção interdisciplinar e multidisciplinar dos planos de cuidados de cada doente	44%	44%	11%	0%	59%	29%	12%	0%
Incentivos à inclusão de doentes em programas de reabilitação cardíaca	61%	28%	11%	0%	53%	35%	12%	0%

Tabela 12 – Intervenções focadas nos profissionais de saúde que não obtiveram consenso no final do Delphi.

5.1.6. INTERVENÇÕES FOCADAS NAS INSTITUIÇÕES E POLÍTICAS DE SAÚDE

Do total das 16 intervenções focadas nas instituições e políticas de saúde, apenas se obteve consenso em 5 intervenções (um consenso obtido na segunda ronda e quatro consensos obtidos na terceira ronda).

As tabelas 13 e 14 apresentam as intervenções focadas nas instituições e políticas de saúde em que se obteve consenso, na segunda ronda e terceira ronda.

	Muito relevante	Relevante	Pouco relevante	Nada relevante
2ª ronda				
Criação de condições para uma referenciação mais fácil	78%	22%	0%	0%

Tabela 13 - Intervenção focada nas instituições e políticas de saúde que obteve consenso na segunda ronda.

Intervenções focadas nas instituições e políticas de saúde	2ª ronda				3ª ronda			
	Muito relevante	Relevante	Pouco relevante	Nada relevante	Muito relevante	Relevante	Pouco relevante	Nada relevante
Criação de unidades de reabilitação cardíacas com uma hierarquização e certificação	44%	33%	11%	11%	76%	12%	12%	0%
Aumento dos recursos financeiros alocados à reabilitação cardíaca	72%	22%	6%	0%	76%	18%	6%	0%
Criação de leis específicas que promovam a comparticipação dos programas de reabilitação cardíaca, com subsistemas e seguradoras	72%	28%	0%	0%	76%	18%	0%	6%
Criação de um programa nacional para a Reabilitação Cardíaca	72%	11%	17%	0%	76%	24%	0%	0%

Tabela 14 - Intervenções focadas nas instituições e políticas de saúde que obtiveram consenso no final do Delphi.

De seguida são apresentados os resultados das intervenções que não obtiveram consenso após a terceira ronda.

Intervenções focadas nas instituições e políticas de saúde	2ªronda				3ª ronda			
	Muito relevante	Relevante	Pouco relevante	Nada relevante	Muito relevante	Relevante	Pouco relevante	Nada relevante
Priorização da reabilitação cardíaca, como prevenção secundária em Portugal	61%	39%	0%	0%	65%	29%	6%	0%
Introdução de protocolos de tratamento das doenças cardíacas conjuntamente com as técnicas de reabilitação, com grau de obrigatoriedade	28%	44%	28%	0%	41%	41%	12%	6%

Criação de condições para uma formação qualificada a atualização constante de conhecimento prático e teórico, através de formações credenciadas	50%	39%	6%	6%	59%	41%	0%	0%
Diversificação e alargamento à participação de profissionais de saúde diferenciados na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades das políticas de saúde na área de reabilitação cardíaca	56%	33%	11%	0%	53%	35%	12%	0%
Criação de modelo de financiamento e modalidade de pagamento, dedicados à reabilitação cardíaca	67%	28%	6%	0%	59%	35%	6%	0%
Desenvolvimento racional de centros de reabilitação cardíaca para maior dispersão geográfica	67%	33%	0%	0%	71%	29%	0%	0%
Criação de programas de gestão integrada, incluindo cuidados de saúde primários, secundários, centros hospitalares, clínicas, ginásios, que efetuem os programas de reabilitação nas suas diferentes fases	44%	44%	6%	6%	71%	24%	6%	0%
Envolvimento dos cuidados de saúde primários para uma maior referenciação a programas de reabilitação cardíaca	72%	22%	0%	6%	71%	18%	12%	0%
Aposta na área de investigação, focando em indicadores de contratualização na área da reabilitação cardíaca	44%	44%	6%	6%	29%	59%	6%	6%
Desenvolvimento de programas domiciliários e híbridos aliados às novas tecnologias – a telemonitorização	50%	39%	6%	6%	59%	41%	0%	0%
Criação de indicadores de desempenho e contratualização	56%	39%	6%	0%	41%	47%	6%	6%

Tabela 15 - Intervenções que não obtiveram consenso no final do Delphi.

5.1.7. INTERVENÇÕES FOCADAS NO AMBIENTE SOCIAL E COMUNITÁRIO

Nas intervenções focadas no ambiente social e comunitário apenas se obteve consenso na segunda ronda, com 78% de consenso na intervenção: maior divulgação da prevenção secundária, com enfoque na reabilitação cardíaca, na comunidade.

Intervenções focadas no ambiente social e comunitário	Muito relevante	Relevante	Pouco relevante	Nada relevante
Maior divulgação da prevenção secundária, com enfoque na reabilitação cardíaca, na comunidade	78%	17%	6%	0%

Tabela 16 – Intervenção focada no ambiente social e comunitário que obteve consenso na segunda ronda.

A seguinte tabela apresenta os resultados obtidos na segunda e terceira ronda, nas intervenções em que não se obteve consenso.

Intervenções focadas no ambiente social e comunitário	2ª ronda				3ªronda			
	Muito relevante	Relevante	Pouco relevante	Nada relevante	Muito relevante	Relevante	Pouco relevante	Nada relevante
Sensibilização da população para a necessidade de participação em programas de reabilitação cardíaca	50%	33%	17%	0%	65%	29%	6%	0%
Aposta numa gestão integrada a nível local e regional na realização de ações de informação comunitárias, especialmente em zonas do país com maior incidência de população idosa	39%	44%	17%	0%	53%	29%	18%	0%
Desenvolvimento de ações de promoção da saúde ao nível dos cuidados primários	67%	22%	11%	0%	53%	41%	6%	0%
Mais envolvimento do poder local na disponibilização de transportes e infraestruturas	61%	28%	6%	6%	65%	35%	0%	0%

Envolvimento e apoio das autarquias na criação de programas de reabilitação cardíaca na comunidade (fase III), com a criação de estruturas comunitárias	72%	17%	6%	6%	65%	29%	6%	0%
Desenvolvimento de ações de socialização de doentes após evento agudo cardíaco, pelas autarquias com fóruns e reuniões acerca dos benefícios da reabilitação cardíaca	44%	39%	6%	11%	41%	47%	12%	0%

Tabela 17 – Intervenções focadas no ambiente social e comunitário que não obtiveram consenso no final do Delphi.

5.2. LISTA FINAL DE INTERVENÇÕES CONSENSUALIZADAS

De todas as intervenções apresentadas ao grupo de peritos, obteve-se a seguinte listagem de intervenções consensualizadas consideradas muito relevantes.

	Muito relevante
Intervenções focadas nos doentes	
A fase de internamento e pós-alta são momentos de maior fragilidade do doente. Nesta fase o doente deve ser imediatamente acompanhado por uma equipa multidisciplinar devidamente qualificada para esclarecimento do que é um programa de reabilitação e os seus benefícios, motivando o doente a aderir	89%
Intervenções focadas nos profissionais de saúde	
Incentivo à alocação dos profissionais de saúde aos programas de reabilitação cardíaca	82%
Intervenções focadas nas instituições e políticas de saúde	
Criação de condições para uma referenciação mais fácil	78%
Criação de unidades de reabilitação cardíacas com uma hierarquização e certificação	76%
Aumento dos recursos financeiros alocados à reabilitação cardíaca	76%
Criação de leis específicas que promovam a comparticipação dos programas de reabilitação cardíaca, com subsistemas e seguradoras	76%
Criação de um programa nacional para a reabilitação cardíaca	76%
Intervenções focadas no ambiente social e comunitário	
Maior divulgação da prevenção secundária, com enfoque na reabilitação cardíaca, na comunidade	78%

Tabela 18 - Intervenções consideradas muito relevantes que obtiveram consenso no final do Delphi.

No total, o método Delphi permitiu a análise de 25 constrangimentos e barreiras e 40 intervenções focadas nos cinco eixos prioritários, no final obteve-se uma classificação consensual em 17 constrangimentos e barreiras e 8 intervenções focadas nos cinco eixos prioritários.

De forma sumária, os resultados deste estudo, no que respeita à adesão a programas de RC, sugerem que todo o processo desde o encaminhamento até à adesão e manutenção em programas de RC é complexo, heterogéneo e está condicionado por vários fatores que carecem de intervenções específicas em diversos setores. A análise dos resultados deste estudo revela uma divergência de perspetivas quanto às intervenções consideradas relevantes para superar os constrangimentos e barreiras, tipicamente nas intervenções focadas nos doentes, nos profissionais de saúde e no ambiente social e comunitário.

6. DISCUSSÃO

As evidências sobre a RC são, sem dúvida, mais estudadas a nível internacional, embora na pesquisa realizada tenham surgido alguns dados sobre a realidade portuguesa mas que continuam a ser insuficientes para promover uma efetiva adesão aos programas de RC, mantendo a RC subutilizada em Portugal e o seu acesso desigual ^{20,56}.

A pertinência deste estudo assentou na necessidade de contribuir para o desenvolvimento de estratégias efetivas que permitam transformar o panorama português na RC para divulgação e implementação da RC a nível nacional. Este objetivo vem de encontro à ambição da SPC e Grupo de Estudo de Fisiologia de Esforço e Reabilitação Cardíaca ^{5,8,53}.

A fase de seleção dos peritos envolveu um grupo de profissionais de saúde com diferentes *backgrounds* e dispersão geográfica com o objetivo de capturar questões específicas do seu contexto e âmbito profissional. Condições estas que são de extrema relevância para este estudo face à perceção dos profissionais de saúde sobre os constrangimentos e barreiras para adesão a programas de RC. A caracterização dos peritos deste estudo relativamente à sua dispersão geográfica é um bom indicador para avaliar as perceções em diferentes zonas do país, tendo em conta as assimetrias existentes entre as regiões na localização de centros de RC. Relativamente às instituições onde exercem funções, a maioria pertence a instituições públicas, com especial destaque para os hospitais distritais. O que se revela uma mais-valia na recolha das opiniões e experiências sobre a RC, fora dos grandes centros de referência, permitindo deste modo aferir a sua realidade e as dificuldades no encaminhamento para programas de RC. De referir o contributo dos peritos da zona Centro, Norte e Alentejo, onde atualmente ainda são escassos os centros de referência para RC. De acordo com Fontes, dados referentes a 2019 existem onze centros na região Norte, um na região Centro, doze na região da Grande Lisboa e um na região Sul ⁹.

6.1. CONSTRANGIMENTOS E BARREIRAS

Em comparação com a evidência internacional sobre os constrangimentos e barreiras na adesão a programas de RC, verificam-se semelhanças às evidências encontradas neste estudo, no que concerne às características particulares dos sistemas de saúde ^{42,47,82,83}. Na perspetiva dos profissionais de saúde que integraram este estudo, os principais constrangimentos e barreiras identificados focam-se na pouca oferta de

programas de RC em Portugal (94%), a distribuição assimétrica e a escassez de centros para RC (89%), assim como a insuficiente alocação de recursos humanos (89%). Resultados estes concordantes com as conclusões obtidas por Mendes e Abreu ^{52,56}. Ainda em relação aos constrangimentos e barreiras, destaca-se a intervenção dos profissionais de saúde na referenciação para os programas de RC, decorrente da iliteracia e da inércia dos profissionais de saúde que obtiveram uma percentagem bastante consensual (89% e 83% respetivamente). A desvalorização dos benefícios por parte dos profissionais de saúde da RC enquanto intervenção secundária na doença cardíaca também teve uma percentagem elevada de consenso (82%), assim como a falta de formação específica dos profissionais de saúde para a RC (83%), ausência de trabalho integrado entre os diferentes grupos profissionais (78%) e falta de organização nos cuidados de saúde assente no processo assistencial integrado (82%). Estes resultados vêm em linha com alguns dados já reportados em antigos artigos de revisão sobre a situação da RC em Portugal, em que é referido um condicionamento na referenciação aos programas de RC assim como, a falta de organização e ausência de uma rede nacional de centros de RC ^{6,52,53,56}. Na literatura estudada, tanto a nível nacional como internacional, a formação específica da equipa multidisciplinar que compõe os programas de RC é também apontada como uma área de extrema relevância para se conseguir formar equipas consistentes e operacionais no sucesso dos programas de RC ^{47,56}. Do mesmo modo, são relevantes, as dificuldades burocráticas no processo de referenciação médica dos doentes elegíveis para os programas de RC, sendo uma das principais barreiras referenciada em diversos estudos internacionais ^{42,47,82,83}.

Os constrangimentos relacionados com o doente também foram identificados pelo grupo de peritos com uma percentagem consensual, pela falta de conhecimento dos benefícios da RC por parte dos doentes e a sua baixa perceção da importância da modificação de estilos de vida e do exercício físico na gestão e controlo da doença (94%). Resultados estes que estão em concordância com os achados em estudos realizados para avaliar as baixas taxas de adesão e os motivos de abandono aos programas de RC ^{4,42,82,83}. Constrangimentos estes, associados também à ausência de cultura de atividade física em determinadas faixas etárias (83%), dado corroborado pela literatura estudada ^{83,84}. Onde Portugal é apontado como um dos países europeus com os níveis mais baixos de atividade física e, conseqüentemente, apresentando os níveis mais elevados de sedentarismo ⁸⁴. Outro constrangimento que apresentou uma percentagem consensual reporta às condições sociais do doente como o baixo *status* económico, as responsabilidades profissionais, a falta de acessibilidade e a falta de um

cuidador (89%). Resultado este, corroborado também pela literatura internacional que é reportado em alguns estudos o constrangimento económico e as condições sociais do doente ^{4,42,48,83,85}.

Importa referir que apenas sete dos constrangimentos e barreiras identificados pelo painel de peritos não obtiveram consenso, destacando-se a importância do papel do profissional de saúde na relação com o doente (relação empática), a ausência de perceção dos benefícios da RC por parte dos profissionais de saúde e a falta de informação entre os profissionais de saúde, da necessidade do doente frequentar os programas de RC, resultados estes que vão numa direção oposta ao encontrado na literatura. Onde podemos encontrar estudos que reforçam a importância do papel do profissional de saúde na comunicação com doente, no esclarecimento de dúvidas e na motivação do doente para iniciar e manter o seu tratamento nos programas de RC ^{4,33,47,82,86}. Constrangimentos relacionados com o doente também não obtiveram consenso, destacando-se a falta de empoderamento do doente e a sua atitude passiva no seu processo de tratamento. Conforme mencionado anteriormente e de acordo com os inquéritos EUROASPIRE que têm sido realizados, os doentes consideram mais difícil mudar os seus hábitos, que adotar um tratamento terapêutico. Sem dúvida, que as crenças do doente sobre o seu estado de saúde influenciam a sua adesão e manutenção nos programas de RC ^{4,33,82,83,85-87}. Estes resultados não consensuais podem explicar a baixa perceção dos profissionais de saúde sobre a sua própria atuação ao nível da prevenção secundária, decorrente da sua inércia e do seu foco estar num tratamento demasiado farmacológico (consenso obtido de 83% nesta barreira). Assim, como considerarem que o doente tem um papel mais ativo na gestão da sua saúde, que na realidade não acontece ⁸⁶.

6.2. INTERVENÇÕES FOCADAS NOS CINCO EIXOS PRIORITÁRIOS

No que diz respeito à análise dos resultados das intervenções que foram recomendadas para promover uma maior adesão a programas de RC, destaca-se uma maioria dos consensos que foi obtida nas intervenções focadas nas políticas e instituições de saúde. Nas restantes intervenções, o consenso atingido foi apenas numa intervenção focada nos doentes, numa intervenção focada nos profissionais de saúde e numa intervenção focada no ambiente social e comunitário.

Relativamente às intervenções focadas nos doentes é consensual, pelo grupo de peritos, que a fase de internamento e o pós-alta, são os momentos fulcrais para promover uma maior adesão e motivação do doente ao programa de RC (89% de

consenso no muito relevante). Resultados corroborados pela literatura, onde o *timing* de referenciação para adesão do doente ao programa é de extrema importância para aumentar as taxas de adesão ⁴⁷. Abreu refere que para dar continuidade ao programa de RC, logo após a fase I, os doentes devem ser encaminhados diretamente para a fase II ⁸. As diretrizes europeias também referem que a equipa de RC em ambulatório deve observar o doente o mais cedo possível para dar início ao programa de RC ²⁰. Os programas de RC que começaram uma semana após a alta hospitalar relataram níveis de participação até 90% ⁸⁶. Assim o envolvimento precoce do médico prescriptor com o doente e toda equipa multidisciplinar é primordial para a manutenção do doente no programa ⁸.

No que diz respeito às intervenções focadas nos profissionais de saúde foi consensual que a existência de incentivos à alocação dos profissionais de saúde aos programas de RC (82%) é uma intervenção muito relevante para superação das barreiras à adesão aos programas de RC. No âmbito social e comunitário, a maior divulgação na prevenção secundária é considerada uma intervenção muito relevante (78%). Ambos os resultados são corroborados pela literatura estudada, onde a divulgação dos benefícios da RC na comunidade e a disponibilização de mais recursos humanos alocados à RC, são elementos-chave para um eficaz encaminhamento e acompanhamento dos doentes elegíveis e na promoção da sua adesão aos programas ^{40,53,86}.

Da análise de consenso face à relevância das intervenções focadas nas instituições e políticas de saúde, destaca-se o consenso em cinco intervenções que passam pela criação de condições para uma referenciação mais fácil (78%), criação de unidades de RC com uma hierarquização e certificação (76%), criação de leis específicas que promovam a comparticipação dos programas de RC (76%), com subsistemas e seguradoras e um aumento dos recursos financeiros alocados à RC (76%) e criação de um programa nacional para a RC (76%). Na realidade portuguesa, apesar de todos os esforços e todas as iniciativas que têm sido desenvolvidas, continua a verificar-se uma ausência de políticas públicas que apoiem e promovam a sustentabilidade dos programas de RC em Portugal ^{6,8,52,53}. A nível internacional também se verifica, que as políticas de saúde são de extrema importância para a prossecução de programas de RC com altas taxas de adesão. A falta de suporte e apoio financeiro insuficiente para os programas de RC e questões intrínsecas aos sistemas de saúde são barreiras consensuais referidas na literatura, que são alvo de constante avaliação com o objetivo de ampliar a RC como parte efetiva da prevenção secundária ^{40,82,86}. Estas barreiras revelam-se como um importante alvo de atuação no panorama da RC, pelo que as intervenções no eixo das políticas de saúde são primordiais na superação das barreiras

para a RC. O desenvolvimento de estratégias de forma integrada e coordenada, em concertação com os objetivos e prioridades nacionais são a chave na conceção, desenvolvimento e implementação da RC em Portugal.

Ao longo da segunda e terceira ronda pode verificar-se uma divergência em relação à maioria das outras intervenções recomendadas pelo grupo de peritos, embora não se tenham obtido valores consideráveis nas escalas do nada relevante e pouco relevante, verifica-se uma grande diferença de consenso entre as escalas do relevante e muito relevante. A análise das respostas permite concluir que uma percentagem considerável de intervenções foi passível de dúvidas, quanto à sua relevância enquanto intervenções que promovam uma maior adesão à RC.

Em relação às intervenções focadas nos doentes, destaca-se a falta de consenso entre a segunda e a terceira ronda na necessidade de existirem inquéritos para avaliar as opiniões e experiências dos doentes (consenso de 33% na segunda ronda diminui para 18% na terceira ronda), o que leva à interpretação que o grupo de peritos não considera esta intervenção muito relevante na promoção da adesão aos programas de RC. Resultado este controverso com a literatura estudada, que atribui extrema importância à satisfação do doente para a sua permanência nos programas de RC. *Resurrección e Turk-Adawi* concluíram nos seus estudos que existe uma associação positiva entre a satisfação do doente a sua adesão à RC ^{33,82}. A relação profissional de saúde com o doente, o conhecimento das suas atitudes, das crenças e dos valores revela-se de extrema importância para modificar os seus comportamentos.

Os resultados foram controversos também em relação às intervenções focadas nos profissionais de saúde. Nem metade dos peritos considera muito relevante a criação de um modelo de financiamento baseado em incentivos com definição de objetivos por doentes referenciados e doentes que se mantêm nos programas (41%) e a promoção de ações de formação sobre a RC para os profissionais de saúde (47%). Estes resultados demonstram, que na perspetiva do grupo de peritos, a criação de incentivos por doentes referenciados e a formação dos profissionais de saúde não são prioridades de atuação para aumentar a referenciação aos programas de RC. Estes resultados vão numa direção oposta às respostas encontradas no inquérito das barreiras, em que a iliteracia e inércia dos profissionais de saúde tiveram uma percentagem elevada de concordância (>83%). Pode-se interpretar esta falta de consenso nestas intervenções em consonância com a barreira que, da mesma maneira, também não obteve consenso, isto é, a ausência da perceção dos benefícios dos programas de RC, por parte dos profissionais de saúde (50%). Os resultados obtidos de não consenso, são também

controversos relativamente ao verificado na literatura estudada, que evidencia que uma maior formação dos profissionais de saúde, leva a uma maior referenciação ^{47,48,88}.

Relativamente às intervenções no eixo das instituições e políticas de saúde, se consideramos o global de percentagens, aglutinando a percentagem de relevante e muito relevante, pode-se concluir que todas as intervenções apresentadas foram consideradas passíveis de contribuir para superação dos constrangimentos e barreiras para adesão aos programas de RC. Dados estes, que alertam para a necessidade de os sistemas de saúde reestruturarem as suas políticas, para delinearem estratégias de intervenção que cooperem para superação das barreiras e constrangimentos ao nível das políticas de saúde.

Destaca-se de seguida a intervenção que se considerou mais pertinente de análise, de acordo com a maior evidência produzida, que apesar de não ser consensual entre o grupo de peritos, é de extrema importância a modernização digital, conforme abordado no enquadramento teórico. Neste estudo, segundo a perspetiva do grupo de peritos em causa, não se obteve um consenso em termos de intervenção muito relevante, mesmo após o envio das respostas na segunda ronda, manteve-se a falta de consenso. Foi obtida uma percentagem final na terceira ronda de apenas 59% para intervenção muito relevante no desenvolvimento de programas domiciliários e híbridos aliados às novas tecnologias. A telereabilitação foi referenciada em diversos estudos como um grande potencial para superar barreiras à RC convencional, com a criação de novos programas inovadores, fornecendo serviços de saúde personalizados. A incorporação de tecnologias móveis na RC no domicílio são alternativas que contribuem para ampliar a participação em programas de RC ^{6,31,58,63,66,89}.

Das intervenções no âmbito social e comunitário, destacam-se as intervenções ao nível dos cuidados de saúde primários e das autarquias, que apesar de não ser consensual a relevância destas intervenções no grupo de peritos, considera-se essencial a gestão integrada de cuidados com parceria dos vários níveis de cuidados em Portugal. As intervenções propostas do desenvolvimento de ações de promoção da saúde ao nível dos cuidados primários, o envolvimento e apoio das autarquias na criação de programas de RC na comunidade (fase III) e envolvimento do poder local na disponibilização de transportes infraestruturas com a criação de estruturas comunitárias obtiveram uma percentagem de 53%, 65% e 65% respetivamente após a terceira ronda. De acordo com a literatura estudada, esta articulação entre os cuidados de saúde primários e secundários, as parcerias de índole social no contexto comunitário, o envolvimento do poder local na disponibilização de infraestruturas para otimização dos espaços para

realização de programas de RC, são promissores para dar continuidade à manutenção dos doentes nos programas, reduzindo a elevada taxa de desistência ^{8,88}.

Depois de analisados os resultados obtidos no Delphi referentes aos constrangimentos, barreiras e intervenções focadas nos cinco eixos definidos é chegado o momento de estabelecer ordem de prioridade nas intervenções propostas baseadas nos consensos obtidos. Os resultados com consenso direcionam-se para questões que interagem entre si e influenciam-se de forma dinâmica, na superação dos constrangimentos e barreiras para uma adequada adesão aos programas de RC.

Um planeamento estratégico adaptado à realidade nacional que envolva os diferentes *stakeholders* na área da saúde, é essencial para melhorar a eficácia da divulgação e da comunicação, criar orientações claras, eficazes e contextualizadas, otimizar os recursos para facilitar a implementação da RC em Portugal. É primordial desenvolver e implementar na prática clínica dos médicos portugueses modelos para uma referência mais simples e encaminhamento dos doentes elegíveis para os programas de RC, promovendo uma consciencialização sobre a RC, entre as equipas multidisciplinares. Assim, para difundir os programas de RC é essencial criar condições em que a RC seja divulgada e evolua consoante as necessidades crescentes dos doentes tendo em conta também as suas necessidades locais. Neste sentido é necessário rever as formas de financiamento para a RC, a necessidade de convenções com o SNS, subsistemas de saúde e seguradoras, de forma a suprir as necessidades dos doentes em zonas do país onde a resposta dos centros é insuficiente, assegurando uma equidade no acesso aos programas de RC. Expandir o número de centros de RC a nível nacional com hierarquização e certificação de forma a aumentar a eficácia, segurança e qualidade dos programas. Criar métodos de referência automática, aumentar os recursos financeiros e humanos afetos aos programas de RC, criar condições para a sua alocação aos programas de RC, atribuindo incentivos de alocação. Além destas intervenções serem de extrema importância para a implementação efetiva de programas de RC, é importante não descurar o papel do doente na gestão da sua saúde, em que é imperativo um maior esclarecimento e maior divulgação dos programas de RC para aumentar literacia dos doentes e desmistificar as dúvidas que impedem os doentes de aderir e se manter nos programas. Desenvolver programas educativos, após evento cardiovascular, sobre a importância e os objetivos da RC. Estes programas são modeladores de prognóstico de grande valor para adesão à RC.

Estas estratégias de intervenção de forma integrada e coordenada criam valor em saúde, ajudam a reduzir as hospitalizações, a melhorar a qualidade de vida dos doentes com DCV e salvar vidas.

O presente estudo permitiu, deste modo, identificar constrangimentos, barreiras na adesão a programas de RC e intervenções para superação da baixa adesão, através da aplicação do método Delphi, para se obter consenso num grupo de peritos. O uso deste método tendo em conta os objetivos do presente estudo, foi o método mais apropriado para estruturar e analisar as perspetivas, de forma sistemática, rápida e eficaz, do grupo de peritos na investigação do tema da RC em Portugal ^{71,72,74}.

A obtenção de consenso pelo método Delphi, embora este conceito possa não ser linear, a determinação do nível de concordância e relevância *à priori* foi um dos pontos chave na realização deste estudo para maior transparência do estudo ⁷¹. Na segunda ronda ao ser atingido o consenso definido a questão deixou de ser avaliada na terceira ronda, pois o objetivo era gerar consenso e não avaliar a sua estabilidade ^{71,72,74}.

Foi dada a possibilidade aos peritos de colocarem comentários que considerassem pertinentes e sugerirem outros constrangimentos, barreiras e intervenções em campos de resposta aberta na segunda e terceira ronda. Desta forma, os peritos tiveram um papel ativo na definição direta das barreiras, constrangimentos e intervenções sugeridas para promoção da adesão a programas de RC.

Em todas as rondas foi mantido o anonimato dos peritos, através da atribuição de um código único. Este método permitiu o anonimato dos peritos, garantindo uma participação mais sincera, sem julgamentos de opiniões, além de permitir uma revisão das respostas perante as outras perspetivas do grupo ⁷⁴.

Inerentes ao presente estudo, como em qualquer investigação, as limitações encontram-se associadas à abordagem qualitativa. Embora de extrema utilidade para explorar fenómenos e assuntos complexos, não permite uma generalização de resultados.

Outra limitação prende-se com o grupo de peritos selecionado. O painel Delphi foi composto por peritos, que embora selecionados devido à sua experiência na área da saúde, podem não ser totalmente representativos da prática clínica portuguesa. Dado que os programas de RC são compostos equipas multidisciplinares, seria uma mais-valia o grupo de peritos contemplar outros profissionais de saúde (como fisiatras, fisiologistas do exercício, pneumologistas, cirurgiões, nutricionistas e assistentes sociais). Seria, também, de extrema relevância ter contemplado um grupo de doentes neste estudo, pois a perspetiva dos doentes face à sua participação, organização nos programas de RC contribuiria com fatores individuais que podem não ser perceptíveis ou relevantes na perspetiva dos profissionais de saúde. Deixa-se a sugestão de num estudo subsequente, inquirir grupos de doentes sobre as principais barreiras sentidas e

na sua perspetiva de que forma poderiam ser atenuadas, para aumentar a adesão aos programas de RC.

O número de peritos esteve dentro dos valores recomendados embora neste método, e de acordo com os objetivos definidos, um maior número de peritos beneficiaria os resultados ⁷⁷.

Apesar das limitações referidas, considera-se um estudo cumpridor dos objetivos propostos e potenciador de estudos futuros.

6.3. PERSPETIVAS FUTURAS

A RC em Portugal é uma área necessitada de investigação clínica devido à escassez de estudos em Portugal. Seria de extrema importância realizar estudos a nível nacional envolvendo todos os centros de RC para uma efetiva contabilização da atividade da RC de forma periódica e permanente, para avaliação dos resultados na qualidade de vida dos doentes e também em termos de mortalidade.

Recomenda-se em futuras investigações inquirir doentes elegíveis para programas de RC para se identificar qual a sua perceção sobre os programas, assim como, acompanhar o seu processo de adesão aos programas nas diferentes fases. Para avaliar as principais mudanças, no estado de saúde dos doentes, ocorridas desde a inclusão no programa de RC, assim como as suas opiniões sobre todo envolvimento e acompanhamento da equipa multidisciplinar. Tendo em conta que os recursos psicológicos dos doentes, as suas crenças, o conhecimento sobre o seu estado de saúde, a perceção, a atitude e a expectativa perante o tratamento são fatores influenciadores na adesão a programas de RC.

Relativamente às implicações práticas, seria importante apostar de forma efetiva na implementação de programas modernos de cardiologia preventiva que englobem uma efetiva abordagem multidisciplinar (modificação de estilos de vida, controlo dos fatores de risco e gestão terapêutica aliada a uma cultura de exercício físico), implementação de projetos inovadores que envolvam a saúde digital, criando e desenvolvendo programas de telereabilitação cardíaca. De encontro às assimetrias geográficas e à desigualdade no acesso a programas de RC, o investimento em programas de telereabilitação cardíaca seria uma mais-valia para promover o aumento da adesão.

Reforça-se, novamente, a importância na aposta na linha de investigação nacional para se mensurar o impacto dos programas de RC convencional, o seu custo-efetividade, avaliar a adesão dos doentes, bem como a eficácia e o sucesso da introdução das

tecnologias em programas de RC (programas de telereabilitação). Estudos que incidam sobre as práticas de referência dos médicos após eventos agudos cardiovasculares seriam uma mais-valia para identificar concretamente as dificuldades de cada departamento e os ganhos em saúde obtidos em cada centro de RC. Através do conhecimento do desempenho dos centros de RC, seja a nível de organização, como em termos de resposta, será possível promover as mudanças necessárias ao nível das políticas de saúde.

7. CONCLUSÕES

Ao longo dos anos tem-se verificado um enorme progresso no controlo das DCV e uma progressão mais lenta em alcançar o pleno potencial da prevenção no sentido mais amplo. A redução do impacto das DCV depende da sinergia entre o controlo e a prevenção e na intervenção diferenciada multidisciplinar. Foi na área da prevenção secundária cardiovascular que este estudo se debruçou, com objetivo de conhecer as perspetivas de um grupo de profissionais de saúde sobre os programas de RC em Portugal.

Este estudo, no âmbito da gestão da saúde, teve como ambição identificar um conjunto de intervenções que contribuíssem para estabelecer estratégias transversais de saúde pública, que permitissem ultrapassar as principais barreiras geográficas, temporais e institucionais no acesso à RC em Portugal. Como contributo deste estudo pretendeu-se proporcionar uma base para o desenvolvimento futuro de indicadores para reestruturação de políticas de saúde na área da RC com fim de melhorar a acessibilidade, a qualidade da assistência médica e a eficiência organizacional na prevenção secundária para limitar aos efeitos da doença coronária.

A subutilização da RC em Portugal, na perspetiva do grupo de peritos deste estudo, vem na consequência de constrangimentos relacionados com doentes, profissionais de saúde e barreiras associadas ao sistema de saúde. A iliteracia, a inércia dos profissionais de saúde, o foco numa prevenção mais farmacológica, a escassez na formação específica para a RC em Portugal e a ausência de trabalho integrado entre os diferentes grupos profissionais foram consensuais entre o grupo de peritos como os fatores mais influenciadores para a subutilização da RC em Portugal. Relativamente aos doentes, o desconhecimento e o ceticismo da importância dos programas de RC na recuperação após um evento agudo, assim como, o fator socioeconómico, laboral, educacional e familiar são constrangimentos consensuais, pelo grupo de peritos, na fraca adesão registada em Portugal pelos doentes aos programas de RC. No que concerne às barreiras associadas ao nível das políticas de saúde, a precariedade de recursos financeiros, a ausência de modelos de financiamento e de participação pelos subsistemas e seguradoras, a escassez de recursos humanos alocados a programas de RC, a assimetria geográfica dos centros de RC, foram as principais barreiras identificadas pelo grupo de peritos.

Dados estes resultados, pode concluir-se que, as principais estratégias que podem contribuir para melhorar a referenciação, a admissão e a adesão a programas de RC são, essencialmente, dependentes das políticas de saúde. O reajuste das políticas de

saúde com a criação de leis específicas que promovam a comparticipação dos programas de RC, que permitam uma referenciação mais fácil, o aumento do número de centros, assim como, a sua descentralização e o respetivo aumento dos recursos financeiros e humanos alocados à RC foram as principais intervenções indicadas pelo grupo de peritos. Um desenho adequado da implementação dos programas de RC desde a fase de internamento com uniformização do procedimento de referenciação e com garantia de acompanhamento personalizado que direcione o doente, são uma das estratégias encontradas, decorrente deste estudo, para o sucesso da RC em Portugal.

Na perspetiva do grupo de peritos, as intervenções identificadas nos eixos dos profissionais de saúde e doentes recaem também na promoção do nível de literacia em saúde, na educação precoce para promoção da saúde e na prevenção secundária. Aumentando a disponibilidade de informação, apostando na componente informativa/educativa para aumento da consciencialização das vantagens da RC, capacitando assim os doentes, os profissionais de saúde e a comunidade no geral.

Este estudo reforça, especialmente, a importância da necessidade de investir no nosso país na prevenção secundária cardiovascular, quer pelos próprios doentes, quer pelos profissionais de saúde, quer pelas instituições de saúde e na visão global da sociedade, reajustando as políticas de saúde por forma a gerir a enorme carga que as DCV e as suas consequências têm sobre o sistema de saúde.

É essencial um empreendimento positivo, orientado nos eixos prioritários nacionais, planeando a mudança dos padrões de saúde para o crescimento da RC de forma sólida. Na verdade, sabemos bem, a saúde não depende só dos profissionais de saúde, mas de forte empenhamento político – como foi bem evidente durante a pandemia.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global health estimates: leading causes of death [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2021 Sep 18]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>
2. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015.
3. Frederix I, Dendale P, Schmid JP. Who needs secondary prevention? Eur J Prev Cardiol [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2021 Oct 23];24(3_suppl):8–13. Available from: https://academic.oup.com/eurjpc/article/24/3_suppl/8/5926944
4. Winnige P, Vysoky R, Dosbaba F, Batalik L. Cardiac rehabilitation and its essential role in the secondary prevention of cardiovascular diseases. World J Clin Cases. 2021;9(8):1761.
5. Despacho 8597/2017. Diário da República. n.º 189/2017. Série II (2017-09-29): 21827 - 21828. Constitui um Grupo de Trabalho para a definição dos critérios a observar nos Programas de Reabilitação Cardíaca.
6. Mendes M. Reabilitação cardíaca em Portugal: ponto da situação em 2013-2014. Rev Port Cardiol. 2016;35(12):669–71.
7. Jácome Hortúa AM, Angarita-Fonseca A, Villamizar Jaimes CJ, Martínez Marín R del P, Dutra de Souza HC, de Paula Facioli T, et al. Reliability of the Scale of Barriers for Cardiac Rehabilitation in the Colombian Population. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(8):e4351.
8. Abreu A, Mendes M, Dores H, Silveira C, Fontes P, Teixeira M, et al. Mandatory criteria for cardiac rehabilitation programs: 2018 guidelines from the Portuguese Society of Cardiology. Rev Port Cardiol. 2018;37(5):363–73.
9. Fontes JP, Vilela EM, Durazzo A, Teixeira M. Current state of cardiac rehabilitation in Portugal: results of the 2019 national survey. Rev Port Cardiol. 2021;40(11):877–87.
10. Ferreira R, Macedo M, Pinto F, Neves R, Andrade C, Santos G. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017.
11. Timmis A, Townsend N, Gale CP, Torbica A, Lettino M, Petersen SE, et al. European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2019. Eur

- Heart J [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2021 Oct 17];41(1):12–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31820000/>
12. Abreu A, Pesah E, Supervia M, Turk-Adawi K, Bjarnason-Wehrens B, Lopez-Jimenez F, et al. Cardiac rehabilitation availability and delivery in Europe: how does it differ by region and compare with other high-income countries? *Eur J Prev Cardiol.* 2019;26(11):1131–46.
 13. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990–2019: update from the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol.* 2020;76(25):2982–3021.
 14. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J.* 2018;39(2):119–77.
 15. Instituto Nacional de Estatística. Causas de morte [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2021 [cited 2021 Sep 20]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=458514604&DESTAQUESmodo=2
 16. Ribeiro S, Furtado C, Pereira J. Associação entre as doenças cardiovasculares e o nível socioeconómico em Portugal. *Rev Port Cardiol.* 2013;32(11):847–54.
 17. Sousa P. Desigualdades socioeconómicas e doenças cardiovasculares. *Rev Port Cardiol.* 2013;32(11):855–6.
 18. Claes J, Buys R, Woods C, Briggs A, Geue C, Aitken M, et al. PATHway I: design and rationale for the investigation of the feasibility, clinical effectiveness and cost-effectiveness of a technology-enabled cardiac rehabilitation platform. *BMJ Open.* 2017;7(6):e016781.
 19. Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart disease and stroke statistics: 2020 update: a report from the American Heart Association. *Circulation.* 2020;141(9):E139–596.
 20. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J.* 2016;37(29):2315–81.
 21. Ambrosetti M, Abreu A, Corrà U, Davos CH, Hansen D, Frederix I, et al. update: a position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology. *Eur J Prev Cardiol.* 2021;28(5):460–95.

22. World Health Organization. Cardiovascular diseases (DCVs) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2021 Oct 2]. Available from: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
23. Stucki G, Bickenbach J, Gutenbrunner C, Melvin J. Rehabilitation: the health strategy of the 21st century. *J Rehabil Med*. 2018;50(4):309–16.
24. King ML, Thomas RJ, Cannon CP. AACVPR/ACC/AHA 2007 performance measures on cardiac rehabilitation for referral to and delivery of cardiac rehabilitation/secondary prevention services. *J Am Coll Cardiol*. 2007;50(14):1400–33.
25. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D. Determinants of participation and risk factor control according to attendance in cardiac rehabilitation programmes in coronary patients in Europe: EUROASPIRE IV survey. *Eur J Prev Cardiol*. 2018;25(12):1242–51.
26. Buckingham SA, Taylor RS, Jolly K, Zawada A, Dean SG, Cowie A, et al. Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *Open Hear*. 2016;3(2):e000463.
27. Kabboul N, Tomlinson G, Francis T, Grace S, Chaves G, Rac V, et al. Comparative effectiveness of the core components of cardiac rehabilitation on mortality and morbidity: a systematic review and network meta-analysis. *J Clin Med*. 2018;7(12):514.
28. Frederix I, Vanhees L, Dendale P, Goetschalckx K. A review of telerehabilitation for cardiac patients. *J Telemed Telecare*. 2015;21(1):45–53.
29. Humphrey R, Guazzi M, Niebauer J. Cardiac rehabilitation in Europe. *Prog Cardiovasc Dis*. 2014;56(5):551–6.
30. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, Zwisler AD, Rees K, Martin N, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *J Am Coll Cardiol*. 2016;67(1):1–12.
31. Yang L, Luo S, Yang S, de Melo Ghisi GL, Yan X, Tian M, et al. Validation of the Chinese version of the Coronary Artery Disease Education Questionnaire: short version: a tool to evaluate knowledge of cardiac rehabilitation components. *Glob Heart*. 2021;16(1):17.
32. Anderson L, Taylor RS, Group CH. Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst*

Rev. 2014;2014(12).

33. Turk-Adawi KI, Grace SL. Narrative review comparing the benefits of and participation in cardiac rehabilitation in high-, middle- and low-income countries. *Heart Lung Circ.* 2015;24(5):510–20.
34. Ades PA, Keteyian SJ, Wright JS, Hamm LF, Lui K, Newlin K, et al. Increasing cardiac rehabilitation participation from 20% to 70%: a road map from the Million Hearts Cardiac Rehabilitation Collaborative. *Mayo Clin Proc.* 2017;92(2):234–42.
35. Mendes M. Reabilitação cardíaca após enfarte do miocárdio: Uma intervenção fundamental, pouco praticada em Portugal. *Rev Port Cardiol.* 2013;32(3):201–3.
36. Magalhães S, Viamonte S, Miguel Ribeiro M, Barreira A, Fernandes P, Torres S, et al. Efeitos a longo prazo de um programa de reabilitação cardíaca no controlo dos fatores de risco cardiovasculares. *Rev Port Cardiol.* 2013;32(3):191–9.
37. Magalhães S, Magalhães S, Macedo J, Ribeiro MM, Barreira A, Fernandes P, et al. Avaliação da capacidade funcional após programa de reabilitação cardíaca: efeitos a longo prazo. *Rev da Soc Port Med Física e Reabil.* 2013;24(2):18–24.
38. J S, SL G, P D. Predictors of Cardiac Rehabilitation Utilization in England: Results From the National Audit. *J Am Heart Assoc [Internet].* 2016 Oct 1 [cited 2021 Oct 2];5(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27792657/>
39. Balady GJ, Ades PA, Bittner VA, Franklin BA, Gordon NF, Thomas RJ, et al. Referral, enrollment, and delivery of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs at clinical centers and beyond: a Presidential Advisory from the American Heart Association. *Circulation.* 2011;124(25):2951–60.
40. Mehra VM, Gaalema DE, Pakosh M, Grace SL. Systematic review of cardiac rehabilitation guidelines: quality and scope HHS Public Access. *Eur J Prev Cardiol.* 2020;27(9):912–28.
41. Simon M, Korn K, Cho L, Blackburn GG, Raymond C. Cardiac rehabilitation: a class 1 recommendation. *Cleve Clin J Med.* 2018;85(7):551–8.
42. Peters AE, Keeley EC. Trends and predictors of participation in cardiac rehabilitation following acute myocardial infarction: data from the behavioral risk factor surveillance system. *J Am Heart Assoc.* 2018;7(1):e007664.
43. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, De Backer G, Rydén L, Jennings C, et al. EUROASPIRE IV: a European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European

- countries. *Eur J Prev Cardiol.* 2016;23(6):636–48.
44. Turk-Adawi K, Sarrafzadegan N, Grace SL. Global availability of cardiac rehabilitation. *Nat Rev Cardiol.* 2014;11(10):586–96.
 45. Ghisi GLM, Santos RZ, Schweitzer V, Barros AL, Recchia TL, Oh P, et al. Development and validation of the Brazilian Portuguese version of the Cardiac Rehabilitation Barriers Scale. *Arq Bras Cardiol.* 2012;98(4):344–52.
 46. Clark RA, Conway A, Poulsen V, Keech W, Tirimacco R, Tideman P. Alternative models of cardiac rehabilitation: a systematic review. *Eur J Prev Cardiol.* 2015;22(1):35–74.
 47. Ghisi GLM, Polyzotis P, Oh P, Pakosh M, Grace SL. Physician factors affecting cardiac rehabilitation referral and patient enrollment: a systematic review. *Clin Cardiol.* 2013;36(6):323.
 48. Clark AM, King-Shier KM, Duncan A, Spaling M, Stone JA, Jaglal S, et al. Factors influencing referral to cardiac rehabilitation and secondary prevention programs: a systematic review. *Eur J Prev Cardiol.* 2013;20(4):692–700.
 49. Ragupathi L, Stribling J, Yakunina Y, Fuster V, McLaughlin MA, Vedanthan R. Availability, Use, and Barriers to Cardiac Rehabilitation in LMIC. *Glob Heart* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2022 Feb 12];12(4):323-334.e10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28302548/>
 50. Sabariego C, Bickenbach J, Stucki G. Supporting evidence-informed policy making in rehabilitation: a logic framework for continuous improvement of rehabilitation programs. *Health Policy (New York).* 2022;126(3):152–7.
 51. World Health Organization. Rehabilitation in health systems. Geneva: World Health Organization; 2017.
 52. Mendes M. Reabilitação cardíaca em Portugal: a intervenção que falta! *Saúde Tecnol.* 2009;0(3):5–9.
 53. Silveira C, Abreu A. Reabilitação cardíaca em Portugal: inquérito 2013-2014. *Rev Port Cardiol.* 2016;35(12):659–68.
 54. O'Doherty AF, Humphreys H, Dawkes S, Cowie A, Hinton S, Brubaker PH, et al. How has technology been used to deliver cardiac rehabilitation during the COVID-19 pandemic? An international cross-sectional survey of healthcare professionals conducted by the BACPR. *BMJ Open.* 2021;11(4):e046051.
 55. Ghisi GL de M, Xu Z, Liu X, Mola A, Gallagher R, Babu AS, et al. Impacts of the

- COVID-19 pandemic on cardiac rehabilitation delivery around the world. *Glob Heart*. 2021;16(1):43.
56. Abreu A, Mendes M, Dores H, Silveira C, Fontes P, Teixeira M, et al. Mandatory criteria for cardiac rehabilitation programs: 2018 guidelines from the Portuguese Society of Cardiology. *Rev Port Cardiol*. 2018;37(5):363–73.
 57. Chen YW, Wang CY, Lai YH, Liao YC, Wen YK, Chang ST, et al. Home-based cardiac rehabilitation improves quality of life, aerobic capacity, and readmission rates in patients with chronic heart failure. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(4):1–5.
 58. Lopes I, Delgado B, Mendes M, Preto L, Novo A. Impact of a home-based exercise program on the functional capacity of the person with coronary artery disease. *Rev Enferm Ref*. 2018;IV Série(19):71–80.
 59. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021;42(36):3599–726.
 60. Pan American Health Organization. Framework for the implementation of a telemedicine service. Washington, DC: Pan American Organization; 2016. 67 p.
 61. Nabutovsky I, Nachshon A, Klempfner R, Shapiro Y, Tesler R. Digital cardiac rehabilitation programs: the future of patient-centered medicine. *Telemed e-Health*. 2020;26(1):34–41.
 62. Nabutovsky I, Ashri S, Nachshon A, Tesler R, Shapiro Y, Wright E, et al. Feasibility, safety, and effectiveness of a mobile application in cardiac rehabilitation. *Isr Med Assoc J*. 2020;22(6):357–63.
 63. Jin K, Khonsari S, Gallagher R, Gallagher P, Clark AM, Freedman B, et al. Telehealth interventions for the secondary prevention of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2019;18(4):260–71.
 64. Huang K, Liu W, He D, Huang B, Xiao D, Peng Y, et al. Telehealth interventions versus center-based cardiac rehabilitation of coronary artery disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol*. 2015;22(8):959–71.
 65. Silva E. *MOVIDA.eros: prescrição individualizada de exercício físico para pacientes em programas de reabilitação cardíaca* [Dissertação de Mestrado]. Leiria: Escola Superior de Tecnologia e Gestão. Instituto Politécnico de Leiria; 2018.

66. Brouwers RWM, Kraal JJ, Traa SCJ, Spee RF, Oostveen LMLC, Kemps HMC. Effects of cardiac telerehabilitation in patients with coronary artery disease using a personalised patient-centred web application: protocol for the SmartCare-CAD randomised controlled trial. *BMC Cardiovasc Disord*. 2017;17(1):46.
67. Rawstorn JC, Gant N, Direito A, Beckmann C, Maddison R. Telehealth exercise-based cardiac rehabilitation: a systematic review and meta-analysis. *Heart*. 2016;102(15):1183–92.
68. M V, M K, CK L, E H, D A, H D, et al. Smartphone-based home care model improved use of cardiac rehabilitation in postmyocardial infarction patients: results from a randomised controlled trial. *Heart* [Internet]. 2014 Nov 1 [cited 2021 Oct 30];100(22):1770–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24973083/>
69. Vilelas J. *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. 3ª ed. Robalo M, editor. Lisboa: Sílabo; 2017.
70. Hallberg L. Quality criteria and generalization of results from qualitative studies. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2013;8(1):e20647.
71. Diamond IR, Grant RC, Feldman BM, Pencharz PB, Ling SC, Moore AM, et al. Defining consensus: a systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *J Clin Epidemiol*. 2014;67(4):401–9.
72. Wilkes L. Using the Delphi technique in nursing research. *Nurs Stand*. 2015;29(39):43–9.
73. Hanafin S. *Review of literature on the Delphi technique*. Ohio: Kenyon College Gambier; 2004.
74. Skulmoski GJ, Hartman FT, Krahn J. The Delphi method for graduate research. *J Inf Technol Educ*. 2007;6(1):1–21.
75. Keeney S, Hasson F, McKenna H. *The Delphi technique in nursing and health research*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2011.
76. Landeta J. Current validity of the Delphi method in social sciences. *Technol Forecast Soc Change*. 2006;73(5):467–82.
77. Skinner R, Ryan Nelson R, Chin WW, Land L, Ryan R, Skinner Bauer RC. The Delphi method research strategy in studies of information systems. *Commun Assoc Inf Syst*. 2015;37(2):31–63.
78. Brás J, Marques V, Freitas D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em educação. *Pro-Posições*. 2018;29(2):389–415.

79. McPherson S, Reese C, Wendler MC. Methodology update: Delphi studies. *Nurs Res.* 2018;67(5):404–10.
80. Njuangang S, Liyanage C, Akintoye A. Application of the Delphi technique in healthcare maintenance. *Int J Health Care Qual Assur.* 2017;30(8):737–54.
81. Grisham T. The Delphi technique: a method for testing complex and multifaceted topics. *Int J Manag Proj Bus.* 2009;2(1):112–30.
82. Resurrección DM, Moreno-Peral P, Gómez-Herranz M, Rubio-Valera M, Pastor L, Caldas de Almeida JM, et al. Factors associated with non-participation in and dropout from cardiac rehabilitation programmes: a systematic review of prospective cohort studies. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2019;18(1):38–47.
83. Khanum M, Sikander T, Shaikh A, Ovais B. Factors affecting the adherence of post CABG patients in cardiac rehabilitation: a cross-sectional study in Karachi. *Baqai J Heal Sci.* 2019;22(1):1–51.
84. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2019.
85. Cooper AF, Weinman J, Hankins M, Jackson G, Horne R. Assessing patients' beliefs about cardiac rehabilitation as a basis for predicting attendance after acute myocardial infarction. *Heart.* 2007;93(1):53–8.
86. Clark AM, King-Shier KM, Thompson DR, Spaling MA, Duncan AS, Stone JA, et al. A qualitative systematic review of influences on attendance at cardiac rehabilitation programs after referral. *Am Heart J.* 2012;164(6):835-845.e2.
87. Kotseva K, De Backer G, De Bacquer D, Rydén L, Hoes A, Grobbee D, et al. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *Eur J Prev Cardiol.* 2019;26(8):824–35.
88. Sérvio TC, Britto RR, De Melo Ghisi GL, Da Silva LP, Silva LDN, Lima MMO, 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 Serv Res.* 2019;19(1):1–10.
89. Clark RA, Conway A, Poulsen V, Keech W, Tirimacco R, Tideman P. Alternative models of cardiac rehabilitation: a systematic review. *Eur J Prev Cardiol.* 2015;22(1):35–74.

9. APÊNDICES

APÊNDICE A – APLICAÇÃO MÉTODO DELPHI

		Maio				Junho				Julho			
Semanas desde início do método		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1ª RONDA	Disponibilização do 1º inquérito aos peritos;			23 a 30 maio									
	Tratamento resposta do 1º inquérito;					31 maio a 6 junho							
	Elaboração do 2º inquérito;												
2ª RONDA	Disponibilização do 2º inquérito aos peritos;						7 a 16 junho						
	Tratamento resposta do 2º inquérito;							17 junho a 5 julho					
	Elaboração do 3º inquérito;												
3ª RONDA	Disponibilização do 3º inquérito aos peritos;									6 a 13 julho			
	Tratamento resposta do 3º inquérito.											14 a 31 julho	
Peritos		Investigadora		Fim do método de Delphi									

APÊNDICE B – DOCUMENTO BASE

REABILITAÇÃO CARDÍACA EM PORTUGAL – CONSTRANGIMENTOS E BARREIRAS NA ADEÇÃO E ESTRATÉGIAS PARA SUPERAÇÃO

1. Objetivos

- Identificar os principais constrangimentos e barreiras para uma adequada adesão a programas de reabilitação cardíaca;
- Contribuir para o desenho de uma estratégia nacional de promoção da adesão aos programas de reabilitação cardíaca, orientado em cinco eixos fundamentais:
 - ✓ Doentes
 - ✓ Profissionais de Saúde
 - ✓ Instituições de Saúde
 - ✓ Políticas de Saúde
 - ✓ Ambiente Social e Comunitário

2. Método

Neste estudo, com o propósito de alcançar os objetivos, a constituição e implementação de um Painel de peritos, seguindo a abordagem Delphi, surge como a técnica de recolha de informação mais adequada, tendo em consideração a complexidade do assunto em discussão.

O processo de implementação do Delphi, bem como a respetiva análise, passam por várias etapas: escolha dos peritos, construção do primeiro questionário, análise das respostas, construção do segundo questionário, com base nas respostas obtidas no questionário anterior, análise das respostas, envio das rondas seguintes, até se obter consenso necessário para elaboração do relatório final. Pretende-se perceber como o grupo de peritos escolhido interpreta, no seu contexto as suas próprias experiências, opiniões e crenças sobre a Reabilitação Cardíaca em Portugal.

Esta técnica permite a total anonimização das respostas de todos os participantes, evitando qualquer constrangimento causado pelo julgamento dos pares.

Este Painel será concebido visando a multidisciplinaridade, reunindo médicos, enfermeiros de reabilitação, fisioterapeutas, cardiopneumologistas, fisiologistas do exercício, gestores de saúde, decisores políticos, especialistas em saúde pública.

Por questões de gestão do painel (saber quem respondeu/ não respondeu em cada ronda e envio de recordatórias) será criado um código único para cada Perito, passível de ser

descodificado através de chave de código, apenas do conhecimento da Investigadora Responsável pelo estudo.

O Painel Delphi decorrerá de acordo com:

a) Primeira ronda

Consiste num inquérito de perguntas abertas. Esta fase visa identificar os principais constrangimentos, barreiras para uma adequada adesão a programas de reabilitação cardíaca e as intervenções para promover uma maior adesão a programas de reabilitação cardíaca. Seguidamente, será realizada uma análise de conteúdo das respostas ao inquérito para efeitos de sistematização e organização.

b) Segunda ronda

Serão devolvidos aos Peritos os resultados obtidos na ronda anterior, de forma que estes possam identificar o seu nível de concordância quanto àquele indicador ser uma resposta à questão colocada. Nesta ronda procura-se aprofundar os pontos e problemáticas que foram alvo de maior abordagem.

c) Terceira ronda:

Esta será a última ronda do painel e através da qual se pretenderá atingir consenso nos indicadores passíveis de isso acontecer. Os resultados das votações da ronda anterior serão devolvidos ao Painel e terão a possibilidade de manter ou alterar o seu nível de concordância nos indicadores que não tenham obtido consenso na ronda anterior.

Finda a terceira e última ronda, as respostas que atingirem um nível de consenso igual ou superior a 75% serão consideradas respostas consensuais do Painel de Peritos às perguntas colocadas.

No sentido de orientar a discussão, o ponto 3 deste documento sintetiza alguma da evidência científica disponível que enquadra a temática e os objetivos do estudo, pelo que seria importante que cada Perito o lesse.

3. Enquadramento teórico de suporte ao Painel

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem um enorme desafio aos sistemas de saúde atendendo à sua expressiva prevalência e aos recursos que mobilizam no seu tratamento. Embora se verifique uma diminuição da taxa de mortalidade ao longo dos anos as DCV mantêm-se como principal causa de morte em Portugal. A cronicidade das DCV traz como consequência um aumento nas taxas de morbilidade, invalidez, um aumento de pessoas que vivem com incapacidade e dificuldade na realização das

atividades quotidianas, sendo estas condições associadas a menor qualidade de vida e à necessidade de um apoio para gerir sintomas e melhorar o prognóstico do doente (1). De acordo com evidência científica, os programas de prevenção integrados, como os programas de Reabilitação Cardíaca (RC) são essenciais para atenuar os efeitos da morbilidade, redução da mortalidade total cardiovascular, das hospitalizações e dos custos de saúde associados. A adesão a programas de RC minimiza a maior parte das complicações durante o internamento e após a alta clínica para o domicílio, assim como melhora da capacidade funcional (2–4).

A RC define-se assim, como um processo de intervenção multifatorial, através do qual é mantida ou recuperada a condição física, psicológica do doente, após um evento agudo cardíaco, baseando-se na prática de exercício físico adaptado e na mudança de comportamentos, promovendo um estilo de vida ativo, reduzindo e controlando os fatores de risco, com o objetivo de reverter ou retardar a progressão da DCV (5).

Apesar de todas as iniciativas que têm sido desenvolvidas para a RC evoluir de forma sólida, o número de doentes admitidos e que permanecem nos programas de RC continua a ser inferior ao desejável. A RC em Portugal ainda é uma realidade sub-representada, tendo das taxas mais baixas de doentes incluídos em Programas de RC da Europa. Em 2014 apenas 8% dos doentes com enfarte acediam a programas de RC e em 2019 o número de doentes cardíacos incluídos era apenas de 9,3% (1,6,7).

A baixa aderência a estes programas atenua os benefícios clínicos ótimos e, portanto, reduz a eficácia geral dos sistemas de saúde. Neste sentido, o presente estudo visa contribuir com um conjunto de indicadores que auxiliem no delinear de uma estratégia para ultrapassar os constrangimentos associados às baixas taxas de adesão, com o fim de expandir um planeamento de estratégias específicas e eficazes para otimização do acesso a programas de RC.

4. Questões da Primeira Ronda

1. Da sua experiência, quais os principais constrangimentos e barreiras que se destacam para a adesão a programas de reabilitação cardíaca?
2. Quais as intervenções, focadas nos doentes, que recomenda para promover uma maior adesão a programas de reabilitação cardíaca?
3. Quais as intervenções, focadas nos profissionais de saúde, que recomenda para promover uma maior adesão a programas de reabilitação cardíaca?
4. Quais as intervenções, focadas nas instituições de saúde, que recomenda para promover uma maior adesão a programas de reabilitação cardíaca?



5. Quais as intervenções, focadas nas políticas de saúde, que recomenda para promover uma maior adesão a programas de reabilitação cardíaca?
6. Quais as intervenções, focadas no ambiente social e comunitário, que recomenda para promover uma maior adesão a programas de reabilitação cardíaca?

5. Referências Bibliográficas

1. Ferreira, R., Macedo, M., Pinto, F., Neves, R., Andrade, C., & Santos G. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017 Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Programa Nac para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017 Lisboa Direção-Geral Saúde [Internet]. 2017 [cited 2021 Oct 2]; Available from: www.dgs.pt
2. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J [Internet]. 2016 Aug 1 [cited 2021 Oct 19];37(29):2315–81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/>
3. Ambrosetti M, Abreu A, Corrà U, Davos CH, Hansen D, Frederix I, et al. Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: From knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology. <https://doi.org/10.1177/2047487320913379> [Internet]. 2020 Mar 30 [cited 2021 Oct 29]; Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2047487320913379>
4. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Buocciarelli-Duod C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J [Internet]. 2018 Jan 7 [cited 2021 Sep 18];39(2):119–77. Available from: www.spc.pt
5. Winnige P, Vysoky R, Dosbaba F, Batalik L. Cardiac rehabilitation and its essential role in the secondary prevention of cardiovascular diseases. World J Clin Cases [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 17];9(8):1761. Available from: <https://pmc/articles/PMC7953385/>
6. Abreu A, Pesah E, Supervia M, Turk-Adawi K, Bjarnason-Wehrens B, Lopez-Jimenez F, et al. Cardiac rehabilitation availability and delivery in Europe: How does it differ by region and compare with other high-income countries? Endorsed by the European Association of Preventive Cardiology. Eur J Prev Cardiol. 2019;26(11):1131–46.
7. Mendes M. Reabilitação cardíaca em Portugal. Ponto da situação em 2013-2014. Rev Port Cardiol [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2021 Sep 26];35(12):669–71. Available from: www.revportcardiol.org

APÊNDICE C – PRIMEIRA RONDA



REABILITAÇÃO CARDÍACA EM PORTUGAL

A pesquisa irá demorar aproximadamente 7 minutos a ser concluída.
CONSTRANGIMENTOS E BARREIRAS NA ADESÃO E ESTRATÉGIAS PARA SUPERAÇÃO

* Obrigatória

Consentimento Informado Livre e Esclarecido

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se tiver alguma(s) dúvida(s) não hesite em solicitar mais informações, junto da equipa de investigação através do e-mail, telemóvel que consta no presente documento.

1. Este estudo insere-se no âmbito da elaboração da dissertação da Dra. Marisa Lopes, aluna do Mestrado de Gestão da Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa.
Trata-se de um estudo qualitativo, que recorre ao Método de Consenso Delphi, que tem como objetivos fundamentais (i) Identificar os principais constrangimentos e barreiras para uma adequada adesão a programas de reabilitação cardíaca e (ii) Contribuir para o desenho de uma estratégia nacional de promoção da adesão aos programas de reabilitação cardíaca, orientado em cinco eixos fundamentais: Doentes, Profissionais de Saúde, Instituições de Saúde, Políticas de Saúde, Ambiente Social e Comunitário.
A participação neste estudo é confidencial e voluntária e da não participação não resultará qualquer prejuízo, assistenciais ou outros, nem dela decorrerá qualquer tipo de contrapartida financeira ou material. Ainda que a metodologia usada no estudo (Painel de Delphi) não pressuponha o anonimato dos participantes, dado que é necessário o follow-up de respostas toda a informação é tratada de forma confidencial e anonimizada através da atribuição do código de perito (número de identificação) ficando a chave de descodificação apenas na posse do investigador responsável pelo estudo. De acordo com os limites legais, os participantes têm o direito de retirar o consentimento a qualquer momento do estudo, sem prejuízo para os mesmos.
Para qualquer dúvida, sugestão ou esclarecimento não hesite em contactar a equipa de investigação através do seguinte e-mail: mcs.lopes@ensp.unl.pt; telemóvel 967245089.

Declara que foi informado quanto ao estudo e que aceita participar no mesmo. *

☐ Sim

☐ Não

⌚ Tempo estimado para a conclusão: 7 mins.

Para aumentar a taxa de respostas às pessoas uma estimativa do tempo necessário para preencher o formulário. Sugerimos que adicione esta informação no seu subtítulo.

OK

1ª Ronda Painei de Delphi

2. Por favor, insira o seu código de identificação de perito, disponibilizado no email de convite.

*

3. Da sua experiência, quais os **principais constrangimentos e barreiras** que se destacam para a adesão a programas de reabilitação cardíaca? *

4. Quais as intervenções, **focadas nos doentes**, que recomenda para promover uma maior adesão a programas de reabilitação cardíaca? *

*

5. Quais as intervenções, **focadas nos profissionais de saúde**, que recomenda para promover uma maior adesão a programas de reabilitação cardíaca? *

*

6. Quais as intervenções, **focadas nas instituições de saúde**, que recomenda para promover uma maior adesão a programas de reabilitação cardíaca? *

*

7. Quais as intervenções, **focadas nas políticas de saúde**, que recomenda para promover uma maior adesão a programas de reabilitação cardíaca? *

*

 Tempo estimado para a conclusão: 10 mins.

Para aumentar a taxa de respostas às pessoas uma estimativa do tempo necessário para preencher o formulário. Sugerimos que adicione esta informação no seu subtítulo.

OK

8. Quais as intervenções, **focadas no ambiente social e comunitário**, que recomenda para promover uma maior adesão a programas de reabilitação cardíaca? *

Dados de Caracterização do Perito

9. Género *

- ☐ Feminino
☐ Masculino

10. Idade (em anos completos) *

11. Formação Académica (especifique aquela que considera fundamental para o estudo) *

12. Cargo profissional que exerce *

13. Instituição onde exerce a sua atividade profissional *

14. Atualmente está envolvido na área Reabilitação Cardíaca *

- ☐ Sim
☐ Não

15. Região do país - Localidade *

APÊNDICE D – SEGUNDA RONDA

(versão reduzida em Word)

Constrangimentos e Barreiras para uma adequada adesão a programas de reabilitação cardíaca.

Qual o seu nível de concordância quanto a cada uma das seguintes afirmações se constituir uma barreira para uma adequada adesão a programas de reabilitação cardíaca?

	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo
Iliteracia dos profissionais de saúde quanto à reabilitação cardíaca.			
Inércia médica.			
Escassez de informação, entre os diversos profissionais de saúde nos diferentes níveis dos cuidados de saúde da necessidade, da eficácia e custo-efetividade dos programas de reabilitação cardíaca.			
Ausência de perceção dos benefícios dos programas de reabilitação cardíaca, por parte dos profissionais de saúde.			
Desconfiança, por parte dos profissionais de saúde, relativamente à da segurança da reabilitação cardíaca.			
Escassez na formação específica dos profissionais de saúde para a reabilitação cardíaca, em Portugal.			
Desvalorização dos benefícios da reabilitação cardíaca.			
Foco da prevenção secundária demasiado farmacológica.			
Falta de relação empática entre doentes e profissionais de saúde.			
Falta de comunicação do médico responsável pela reabilitação como o médico que encaminhou.			
Falta de empoderamento do doente.			
Falta de conhecimento dos benefícios por parte dos doentes, baixa perceção da importância da modificação de estilos de vida e do exercício físico na gestão e controlo da doença.			
Ausência de cultura de atividade física em determinadas faixas etárias.			
Perceção negativa que doente tem do exercício após um evento agudo.			
Atitude "passiva" por parte do doente no seu processo de tratamento.			

Condições sociais do doente, como o baixo status económico, as responsabilidades profissionais, a falta de acessibilidade, a falta de um cuidador.			
Pouca oferta de programas de reabilitação cardíaca.			
Falta de condições físicas e a distribuição assimétrica dos centros reabilitação cardíaca.			
Apesar de aumento gradual do número de centros, ainda existe uma escassez de espaços dedicados a reabilitação cardíaca.			
A ausência de trabalho integrado entre os diferentes grupos profissionais.			
Falta de organização nos cuidados de saúde assente no processo assistencial integrado.			
Falta de conhecimento dos programas de reabilitação cardíaca, assim como de centros de referência, por parte de muitas instituições em Portugal			
Ausência de modelos de financiamento, de comparticipação pelos subsistemas e seguradoras			
Escassez de protocolos e normas claras para o ingresso em programas de reabilitação			
Insuficiente alocação de recursos humanos			

Comentários adicionais ou sugestão de outra(s) barreira(s)

Quais as intervenções, focadas nos doentes, que recomenda para promover uma maior adesão a programas de reabilitação cardíaca?

(Identifique a relevância de cada uma das intervenções listadas abaixo, identificadas na ronda anterior)

	Nada relevante	Pouco relevante	Relevante	Muito relevante
Os doentes devem ter um papel ativo e ser parte integrante na gestão dos programas de reabilitação.				

Devem existir inquéritos para avaliar a opiniões e experiências dos doentes, relativamente à participação em programas de reabilitação cardíaca.				
A fase de internamento e pós-alta são momentos de maior fragilidade do doente. Nesta fase o doente deve ser imediatamente acompanhado por uma equipa multidisciplinar devidamente qualificada para esclarecimento do que é um programa de reabilitação e os seus benefícios, motivando o doente a aderir.				
O envolvimento dos familiares pode ter um impacto positivo e por vezes até decisivo na adesão a programas de reabilitação. A inclusão do familiar no processo de referenciação à reabilitação cardíaca deve ser obrigatória.				
Estratégias de educação em saúde para o doente.				
Promoção da comunicação, do acesso a informação escrita, digital para doentes e familiares que expliquem a importância da reabilitação cardíaca.				
Criação de incentivos para que os doentes participem nos programas de reabilitação.				
Criação de benefícios legais e laborais, que facilitem a integração do doente em programas de reabilitação cardíaca.				

Comentários adicionais ou sugestão de outras intervenções

--

Quais as intervenções, focadas nos profissionais de saúde, que recomenda para promover uma maior adesão a programas de reabilitação cardíaca?

(Identifique a relevância de cada uma das intervenções listadas abaixo, identificadas na ronda anterior)

	Nada relevante	Pouco relevante	Relevante	Muito relevante
Incentivo à alocação dos profissionais de saúde aos programas de reabilitação cardíaca.				

Criação um programa curricular de reabilitação cardíaca.				
Promoção de ações de formação sobre a reabilitação cardíaca para os profissionais de saúde.				
Criação de protocolos conjuntos de atuação coordenada, na definição do plano de cuidados e na prestação de cuidados.				
Promoção a interoperabilidade entre as especialidades médicas e os grupos profissionais.				
Criação de modelos de decisão partilhada.				
Criação de um modelo de financiamento baseado em incentivos, com definição de objetivos por doentes referenciados e doentes que se mantém nos programas.				
Incentivos na implementação e construção interdisciplinar e multidisciplinar dos planos de cuidados de cada doente.				
Incentivos à inclusão de doentes em programas de reabilitação cardíaca.				

Quais as intervenções, focadas nas políticas de saúde e instituições de saúde, que recomenda para promover uma maior adesão a programas de reabilitação cardíaca?

(Identifique a relevância de cada uma das intervenções listadas abaixo, identificadas na ronda anterior)

	Nada relevante	Pouco relevante	Relevante	Muito relevante
Priorização a reabilitação cardíaca, como prevenção secundária em Portugal.				
Criação de um programa nacional para a Reabilitação Cardíaca.				
Introdução de protocolos de tratamento das doenças cardíacas conjuntamente com as técnicas de reabilitação, com grau de obrigatoriedade.				
Criação de leis específicas que promovam a comparticipação dos programas de reabilitação cardíaca, com subsistemas e seguradoras.				
Criar condições para uma formação qualificada a atualização constante de conhecimento prático e teórico, através de formações credenciadas.				

Diversificação e alargamento à participação de profissionais de saúde diferenciados na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades das políticas de saúde na área de reabilitação cardíaca.				
Aumento dos recursos financeiros alocados à reabilitação cardíaca.				
Criação de modelo de financiamento e modalidade de pagamento, dedicados à reabilitação cardíaca.				
Desenvolvimento racional de centros de reabilitação cardíaca para maior dispersão geográfica.				
Criação de unidades de reabilitação cardíacas com uma hierarquização e certificação.				
Criação de programas de gestão integrada, incluindo cuidados de saúde primários, secundários, centros hospitalares, clínicas, ginásios, que efetuem os programas de reabilitação nas suas diferentes fases.				
Envolvimento dos cuidados de saúde primários para uma maior referenciação a programas de reabilitação cardíaca.				
Aposta na área de investigação, focando em indicadores de contratualização na área da reabilitação cardíaca.				
Desenvolvimento de programas domiciliários e híbridos aliados às novas tecnologias – a telemonitorização.				
Criação de condições para uma referenciação mais fácil.				
Criação de indicadores de desempenho e contratualização.				

Comentários adicionais ou sugestão de outras intervenções

--

Quais as intervenções, focadas no ambiente social e comunitário, que recomenda para promover uma maior adesão a programas de reabilitação cardíaca?

(Identifique a relevância de cada uma das intervenções listadas abaixo, identificadas na ronda anterior)

	Nada relevante	Pouco relevante	Relevante	Muito relevante
Maior divulgação da prevenção secundária, com enfoque na reabilitação cardíaca, na comunidade.				
Sensibilização da população para a necessidade de participação em programas de reabilitação cardíaca.				
Aposta numa gestão integrada a nível local e regional na realização de ações de informação comunitárias, especialmente em zonas do país com maior incidência de população idosa.				
Desenvolvimento de ações de promoção da saúde ao nível dos cuidados primários.				
Mais envolvimento do poder local na disponibilização de transportes e infraestruturas.				
Envolvimento e apoio das autarquias na criação de programas de reabilitação cardíaca na comunidade (fase III), com a criação de estruturas comunitárias.				
Desenvolvimento de ações de socialização de doentes após evento agudo cardíaco, pelas autarquias com fóruns e reuniões acerca dos benefícios da reabilitação cardíaca.				

Comentários adicionais ou sugestão de outras intervenções

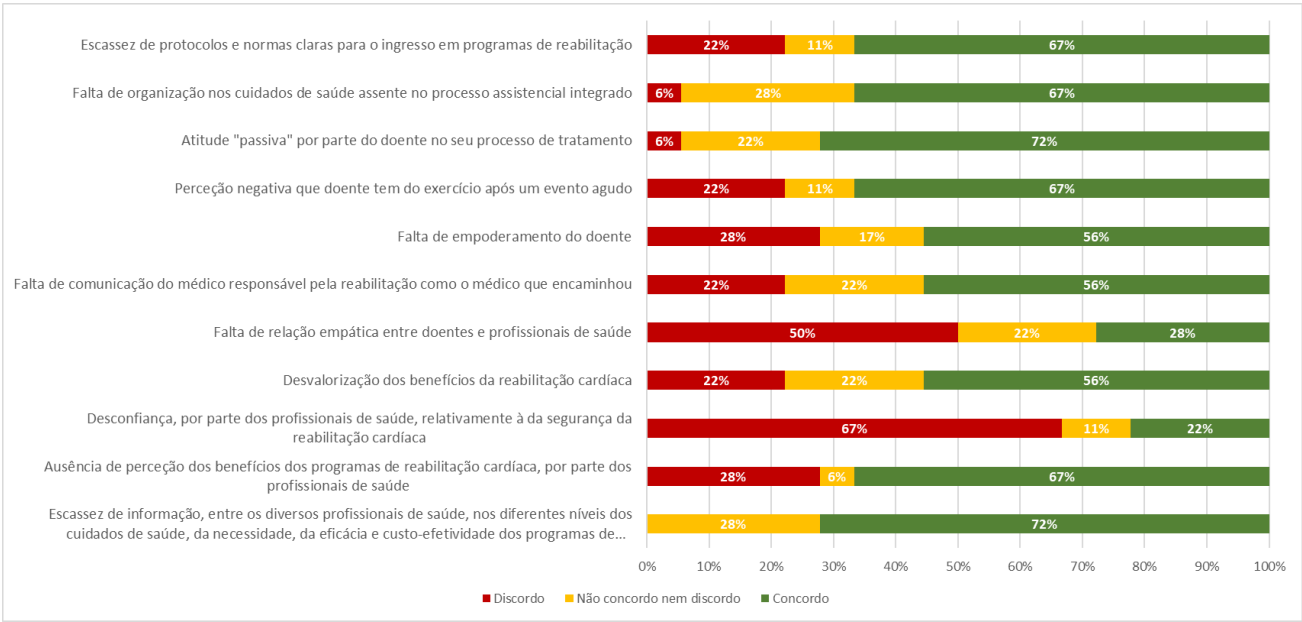
--

APÊNDICE E – TERCEIRA RONDA

(versão reduzida em Word)

Barreiras para uma adequada adesão a programas de reabilitação cardíaca

Tendo em consideração a distribuição obtida na 2ª Ronda para os indicadores que não obtiveram consenso, representados no gráfico. Indique o seu nível de concordância com cada uma das respostas identificadas infra.

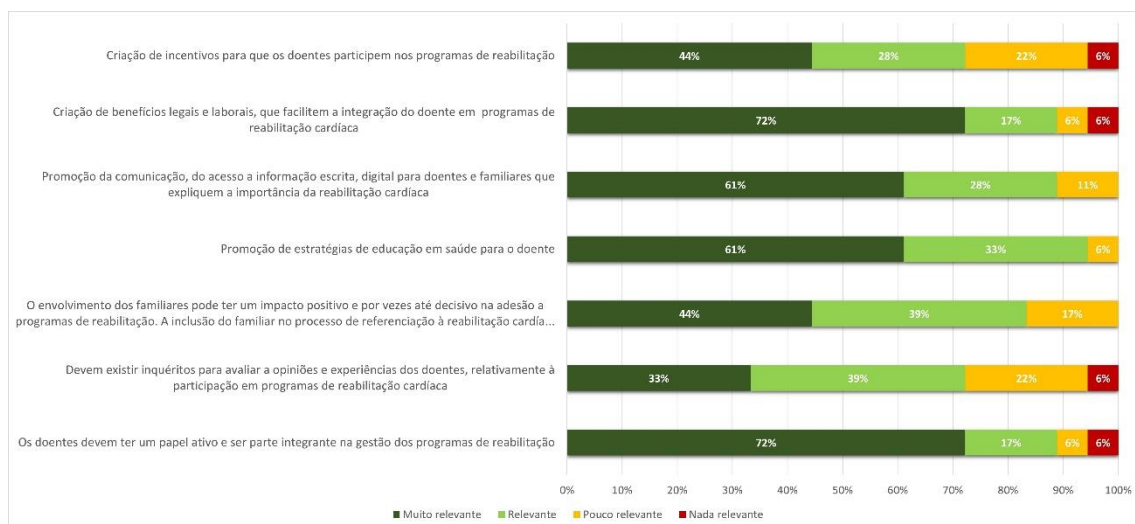


Qual o seu nível de concordância quanto a cada uma das seguintes afirmações se constituir uma barreira para uma adequada adesão a programas de reabilitação cardíaca?	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo
Escassez de informação, entre os diversos profissionais de saúde, nos diferentes níveis dos cuidados de saúde, da necessidade, da eficácia e custo-efetividade dos programas de reabilitação cardíaca			
Ausência de perceção dos benefícios dos programas de reabilitação cardíaca, por parte dos profissionais de saúde			
Desconfiança, por parte dos profissionais de saúde, relativamente à da segurança da reabilitação cardíaca			
Desvalorização dos benefícios da reabilitação cardíaca			
Falta de relação empática entre doentes e profissionais de saúde			

Falta de comunicação do médico responsável pela reabilitação como o médico que encaminhou			
Falta de empoderamento do doente			
Perceção negativa que doente tem do exercício após um evento agudo			
Atitude "passiva" por parte do doente no seu processo de tratamento			
Falta de organização nos cuidados de saúde assente no processo assistencial integrado			
Escassez de protocolos e normas claras para o ingresso em programas de reabilitação			

Intervenções para promover uma maior adesão a programas de reabilitação cardíaca

Tendo em consideração a distribuição obtida na 2ª Ronda para os **indicadores que não obtiveram consenso**, mostrada no gráfico. Identifique a relevância de cada uma das intervenções listadas infra.

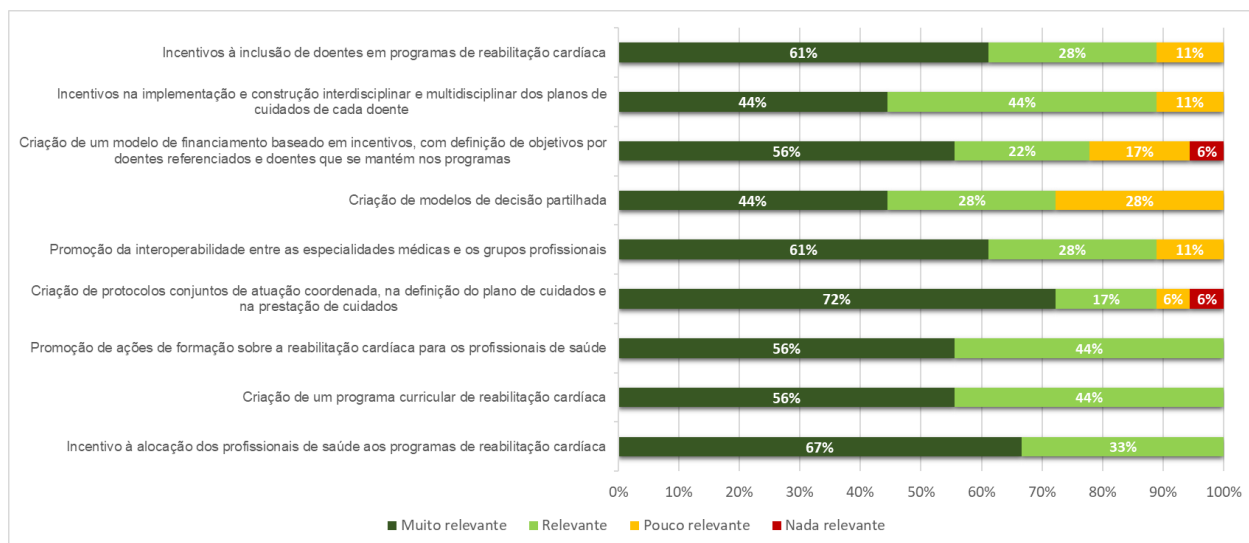


Quais as intervenções, focadas nos doentes, que recomenda para promover uma maior adesão a programas de reabilitação cardíaca?

	Nada relevante	Pouco relevante	Relevante	Muito relevante
--	----------------	-----------------	-----------	-----------------

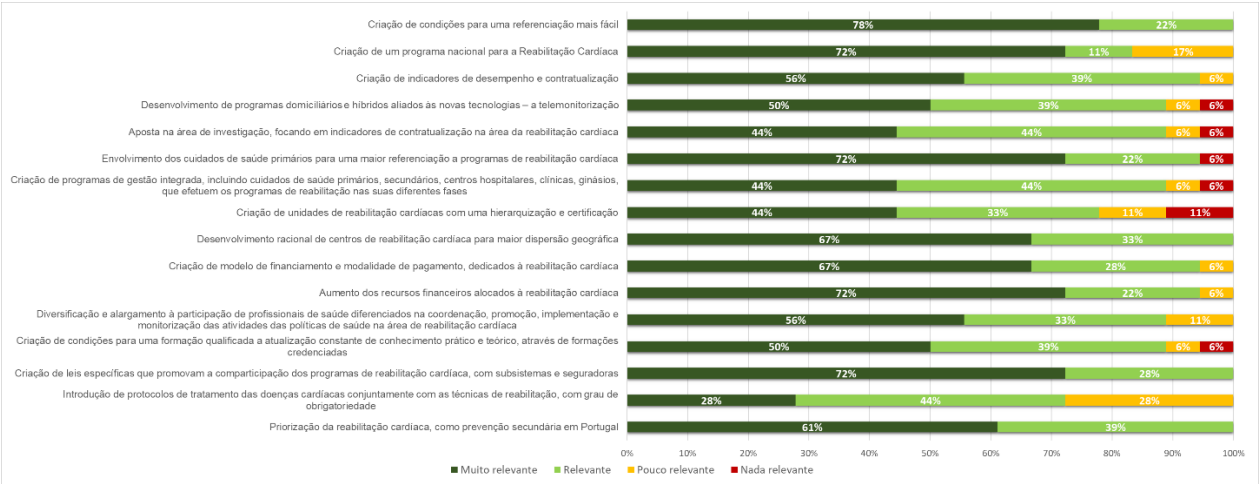
Os doentes devem ter um papel ativo e ser parte integrante na gestão dos programas de reabilitação				
Devem existir inquéritos para avaliar a opiniões e experiências dos doentes, relativamente à participação em programas de reabilitação cardíaca				
O envolvimento dos familiares pode ter um impacto positivo e por vezes até decisivo na adesão a programas de reabilitação. A inclusão do familiar no processo de referenciação à reabilitação cardíaca				
Promoção de estratégias de educação em saúde para o doente				
Promoção da comunicação, do acesso a informação escrita, digital para doentes e familiares que expliquem a importância da reabilitação cardíaca				
Criação de benefícios legais e laborais, que facilitem a integração do doente em programas de reabilitação cardíaca				
Criação de incentivos para que os doentes participem nos programas de reabilitação				

Tendo em consideração a distribuição obtida na 2ª Ronda para os **indicadores que não obtiveram consenso**, representados no gráfico. Identifique a relevância de cada uma das intervenções listadas infra.



Quais as intervenções, focadas nos profissionais de saúde, que recomenda para promover uma maior adesão a programas de reabilitação cardíaca?	Nada relevante	Pouco relevante	Relevante	Muito relevante
Incentivo à alocação dos profissionais de saúde aos programas de reabilitação cardíaca				
Criação de um programa curricular de reabilitação cardíaca				
Promoção de ações de formação sobre a reabilitação cardíaca para os profissionais de saúde				
Criação de protocolos conjuntos de atuação coordenada, na definição do plano de cuidados e na prestação de cuidados				
Promoção da interoperabilidade entre as especialidades médicas e os grupos profissionais				
Criação de modelos de decisão partilhada				
Criação de um modelo de financiamento baseado em incentivos, com definição de objetivos por doentes referenciados e doentes que se mantêm nos programas				
Incentivos na implementação e construção interdisciplinar e multidisciplinar dos planos de cuidados de cada doente				
Incentivos à inclusão de doentes em programas de reabilitação cardíaca				

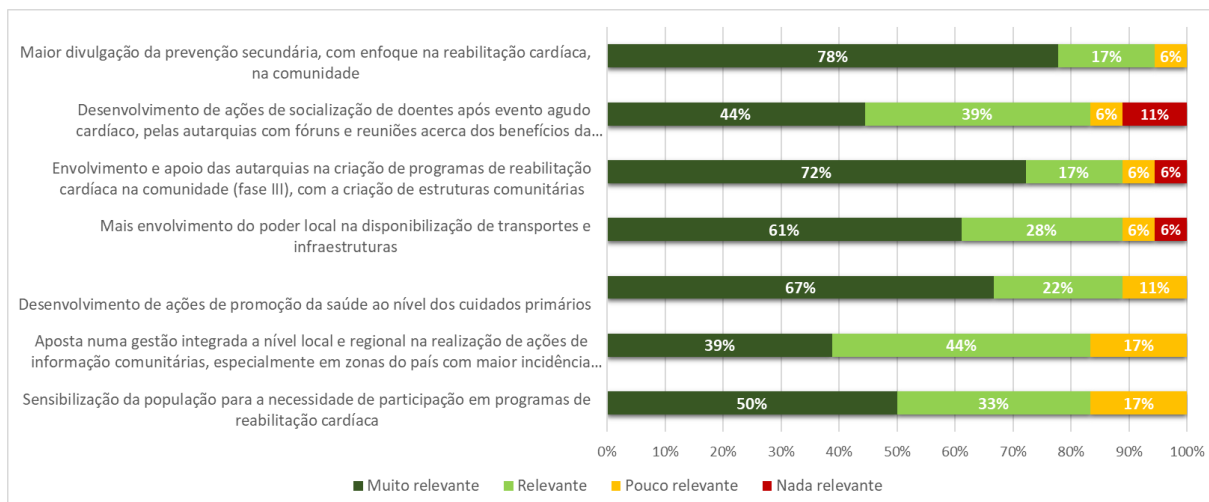
Tendo em consideração a distribuição obtida na 2ª Ronda para os **indicadores que não obtiveram consenso**, representados no gráfico. Identifique a relevância de cada uma das intervenções listadas infra.



Quais as intervenções, <u>focadas nas instituições de saúde e políticas de saúde</u> , que recomenda para promover uma maior adesão a programas de reabilitação cardíaca?	Nada relevante	Pouco relevante	Relevante	Muito relevante
Priorização da reabilitação cardíaca, como prevenção secundária em Portugal				
Introdução de protocolos de tratamento das doenças cardíacas conjuntamente com as técnicas de reabilitação, com grau de obrigatoriedade				
Criação de leis específicas que promovam a comparticipação dos programas de reabilitação cardíaca, com subsistemas e seguradoras				
Criação de condições para uma formação qualificada a atualização constante de conhecimento prático e teórico, através de formações credenciadas				
Diversificação e alargamento à participação de profissionais de saúde diferenciados na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades das políticas de saúde na área de reabilitação cardíaca				

Aumento dos recursos financeiros alocados à reabilitação cardíaca				
Criação de modelo de financiamento e modalidade de pagamento, dedicados à reabilitação cardíaca				
Desenvolvimento racional de centros de reabilitação cardíaca para maior dispersão geográfica				
Criação de unidades de reabilitação cardíacas com uma hierarquização e certificação				
Criação de programas de gestão integrada, incluindo cuidados de saúde primários, secundários, centros hospitalares, clínicas, ginásios, que efetuem os programas de reabilitação nas suas diferentes fases				
Envolvimento dos cuidados de saúde primários para uma maior referenciação a programas de reabilitação cardíaca				
Aposta na área de investigação, focando em indicadores de contratualização na área da reabilitação cardíaca				
Desenvolvimento de programas domiciliários e híbridos aliados às novas tecnologias – a telemonitorização				
Criação de indicadores de desempenho e contratualização				
Criação de um programa nacional para a Reabilitação Cardíaca				

Tendo em consideração a distribuição obtida na 2ª Ronda para os **indicadores que não obtiveram consenso**, representados no gráfico. Identifique a relevância de cada uma das intervenções listadas infra.



Quais as intervenções, <u>focadas no ambiente social e comunitário</u>, que recomenda para promover uma maior adesão a programas de reabilitação cardíaca?	Nada relevante	Pouco relevante	Relevante	Muito relevante
Sensibilização da população para a necessidade de participação em programas de reabilitação cardíaca				
Aposta numa gestão integrada a nível local e regional na realização de ações de informação comunitárias, especialmente em zonas do país com maior incidência de população idosa				
Desenvolvimento de ações de promoção da saúde ao nível dos cuidados primários				
Mais envolvimento do poder local na disponibilização de transportes e infraestruturas				
Envolvimento e apoio das autarquias na criação de programas de reabilitação cardíaca na comunidade (fase III), com a criação de estruturas comunitárias				
Desenvolvimento de ações de socialização de doentes após evento agudo cardíaco, pelas autarquias com fóruns e reuniões acerca dos benefícios da reabilitação cardíaca				

