

Reabilitação Cérebro Cardiovascular

Relatório

2025

Índice

Sumário Executivo.....	3
Parte I – Reabilitação Cardiovascular.....	4
1. Enquadramento.....	4
2. Situação Atual e Desafios.....	5
3. Estrutura e Organização Propostas.....	6
4. Objetivos e Metas.....	7
5. Estratégias de Implementação.....	8
6. Perspetivas Futuras.....	9
Parte II – Reabilitação no Acidente Vascular Cerebral (AVC).....	10
1. Enquadramento.....	10
2. Situação Atual e Desafios.....	11
2.1. Transição e Continuidade de Cuidados.....	11
2.2. Integração, Participação e Vida Pós-AVC.....	12
3. Enquadramento Normativo Nacional.....	13
4. Rede Nacional de Medicina Física e de Reabilitação (MFR).....	14
5. RNCCI – Dados Atualizados (2023–2024).....	15
5.1. Capacidade Instalada (dezembro 2023).....	15
5.2. Utilização e Desempenho (2023).....	15
5.3. Cobertura e Equidade Territorial (ERS, 2024).....	15
6. Metas e Estratégia para o AVC.....	17
7. Considerações Críticas e Perspetivas Futuras.....	18
Referências.....	19

Sumário Executivo

As doenças cérebro e cardiovasculares, nomeadamente o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e o acidente vascular cerebral (AVC), continuam a ser as principais causas de mortalidade e incapacidade em Portugal, representando cerca de 26% de todas as mortes. A melhoria dos cuidados na fase aguda tem reduzido significativamente a letalidade destas condições, mas conduziu a um número crescente de sobreviventes com défices funcionais, perda de autonomia e elevada necessidade de uma reabilitação estruturada, diferenciada, abrangente e realizada em tempo útil.

A reabilitação cardíaca e a reabilitação neurológica após AVC são intervenções custo-efetivas, sustentadas por evidência científica robusta e fortemente recomendadas por diversas diretrizes internacionais com vista a melhorar a capacidade funcional, qualidade de vida, controlar os fatores de risco e reduzir os reinternamentos e a mortalidade. Contudo, a oferta nacional de reabilitação especializada permanece insuficiente e desigual, com escassez de centros de elevada diferenciação e défice de profissionais qualificados, limitando o acesso equitativo e atrasando o início do processo de reabilitação bem como a sua qualidade e eficácia.

A ausência de indicadores nacionais padronizados de processo (disponibilidade, acessibilidade e qualidade organizacional) e de resultados (eficácia e impacto em saúde) continua a dificultar uma avaliação integrada do sistema e a definição de políticas de melhoria contínua.

A telereabilitação e os modelos híbridos (presenciais e remotos) assumem crescente relevância, possibilitando uma maior adesão e equidade territorial, sobretudo em contextos de baixa densidade populacional. A digitalização, com sistemas interoperáveis (SCLínico, BI-SNS, RNCCI), constitui um passo essencial para a implementação destas opções mais flexíveis de cuidados e para a integração e monitorização dos diferentes programas.

Até 2030, o **Plano Estratégico Nacional para a Saúde Cardiovascular** e o **Plano Europeu de Ação no AVC** propõem:

Reabilitação Cardiovascular: $\geq 80\%$ de referenciação, $\geq 50\%$ de inclusão, $\geq 75\%$ de adesão e $< 25\%$ de abandono;

Reabilitação Pós-AVC: $\geq 90\%$ de início nas primeiras 48h, $\geq 20\%$ com alta precoce com apoio domiciliário, $\geq 25\%$ de ganho funcional (Barthel/MIF) e $\geq 20\%$ de redução de reinternamentos a 1 ano.

Entre 2025 e 2035, pretende-se a consolidação de um modelo nacional integrado, digital e sustentável, assente na universalização do acesso, integração entre níveis e redes de cuidados de reabilitação e financiamento baseado na complexidade clínica e nos resultados, reforçando a eficiência, a equidade e os ganhos em funcionalidade e qualidade de vida.

Parte I – Reabilitação Cardiovascular

1. Enquadramento

A Reabilitação Cardiovascular (RCV) iniciou-se em Portugal em 1982, cerca de duas décadas após os primeiros centros europeus e norte-americanos e a sua definição pela OMS (1964). Desde então, o desenvolvimento da RCV tem sido lento e desigual, concentrado nos hospitais públicos do litoral norte, com fraca cobertura nas regiões do interior, no Ribatejo e no Alentejo. Em 2025, Portugal conta com 30 centros ativos (22 públicos e 8 privados), após a abertura de novas unidades em Coimbra, Aveiro e Évora entre 2019 e 2024.

O Inquérito Nacional de 2019 (Fontes *et al.*, *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 2021) registou 2788 doentes em programas de RCV (78% em centros públicos), representando menos de 15% dos elegíveis. O Grupo de Trabalho para a Implementação da RCV (Despacho n.º 8597/2017) estimou a existência de cerca de 21000 doentes elegíveis por ano — ou seja, seria necessário incluir cerca de 7000 doentes/ano para atingir o padrão médio europeu (30% de cobertura). O aumento gradual da rede e a criação de novos centros hospitalares e comunitários (Cuidados de Saúde Primários ou convencionados) são essenciais para triplicar o número atual de doentes abrangidos.

A participação em programas de RCV tem um impacto significativo a vários níveis:

- Redução da mortalidade cardiovascular em cerca de 25%;
- Diminuição do risco de novos eventos cardíacos;
- Melhoria da capacidade funcional e da qualidade de vida;
- Aumento da adesão terapêutica e controlo dos fatores de risco;
- Reinserção social e laboral mais precoce após EAM, cirurgia cardíaca, insuficiência cardíaca (com fração de ejeção preservada ou reduzida) ou transplante cardíaco.

A OMS, no relatório *Rehabilitation 2030: A Call for Action* (2017), enfatiza a integração obrigatória da reabilitação cardíaca nos sistemas de saúde, destacando como principais barreiras em Portugal:

- Sub-priorização governamental a nível de dotação orçamental para recursos e equipamentos;
- Ausência de um planeamento estratégico nacional e regional;
- Coordenação insuficiente entre saúde e segurança social;
- Ausência de modelos de financiamentos adaptados, nomeadamente às opções híbridas e de telerreabilitação;
- Carência de profissionais qualificados e de infraestruturas;
- Falta de integração e interoperabilidade dos sistemas de informação.

2. Situação Atual e Desafios

A taxa de participação em programas estruturados de RCV permanece abaixo de 15% dos doentes elegíveis. Persistem desafios ao nível da referência precoce, cobertura geográfica, articulação entre níveis assistenciais e financiamento adequado para assegurar continuidade terapêutica e modelos híbridos de intervenção. A situação é ainda mais preocupante na insuficiência cardíaca, em que o Inquérito Nacional de 2019 mostrou que apenas 14,5% das referências de Fase II e 19,8% das de Fase III correspondiam a doentes com insuficiência cardíaca.

Vários desafios estruturais foram identificados:

- Sub-referência sistemática de doentes elegíveis por desconhecimento da eficácia e segurança da RCV;
- Desigualdades regionais marcadas, com ausência de centros e escassez de profissionais qualificados em várias regiões do interior;
- Insuficiência sistémica de profissionais especializados (fisiatras, fisioterapeutas, fisiologistas do exercício, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas);
- Financiamento inexistente ou desajustado — sem GDH próprio nem contratualização específica;
- Baixa adesão de grupos sub-representados (mulheres, idosos, pessoas com menor literacia em saúde).
- A ausência de mecanismos de acreditação e registo nacional de programas de RCV limita a monitorização dos resultados e a comparação entre centros.

3. Estrutura e Organização Propostas

O Grupo de Trabalho de 2018 definiu um modelo organizativo e científico para uniformizar a RCV nacional:

- **Coordenação hospitalar:** centros de reabilitação cardiovascular integrados e em articulação funcional com os Serviços de Cardiologia e Medicina Física e de Reabilitação dos hospitais públicos, estendendo a sua atuação a unidades de reabilitação a nível dos cuidados de saúde primários (Unidades Locais de Saúde) e centros de reabilitação comunitários privados e convencionados com o Serviço Nacional de Saúde.
- **Fase hospitalar (I) e fase de treino (II)** — realizadas preferencialmente em unidades especializadas de reabilitação cardiovascular em hospitais públicos;
- **Fase de manutenção (III)** — realizadas em contexto das unidades de reabilitação dos Cuidados de Saúde Primários e centros comunitários, em articulação e na dependência funcional das Unidades especializadas hospitalares
- **Financiamento próprio por GDH médico** com indexação ao risco e complexidade do doente e dependente de objetivos clínicos e de eficiência;
- **Implementação de programas híbridos e home-based supervisionados**, com ligação digital ao centro hospitalar em modalidades de interação síncronas ou assíncronas;
- **Definição de critérios de formação e certificação independente** das equipas e dos centros de reabilitação cardiovascular.

4. Objetivos e Metas

Os objetivos estratégicos nacionais para a RCV visam assegurar acesso universal e equitativo a programas estruturados de reabilitação, através da criação de uma rede nacional de centros públicos e convencionados, devidamente articulada entre os níveis hospitalar, comunitário e domiciliário.

Pretende-se, adicionalmente, integrar a telereabilitação como modalidade complementar nos modelos de financiamento, garantindo sustentabilidade e equidade territorial, bem como implementar um sistema nacional de registo e auditoria de resultados, que permita monitorizar o desempenho clínico e funcional em todo o país. A capacitação das equipas e a formação profissional contínua, associadas a mecanismos de acreditação dos centros, constituem igualmente eixos prioritários para assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

Até 2030, definem-se metas operacionais concretas, orientadas para o aumento da cobertura e eficácia dos programas de reabilitação, nomeadamente:

- Acesso universal em 5 anos;
- Rede nacional estruturada de centros de reabilitação cardiovascular em 5 anos;
- $\geq 80\%$ de referenciação precoce dos elegíveis;
- $\geq 50\%$ de inclusão dos referenciados;
- $\geq 75\%$ de adesão;
- $< 25\%$ de abandono;
- Tempo médio até início da RCV ≤ 30 dias após alta hospitalar;
- Ganho funcional médio $\geq 15\%$ (VO_2 pico, 6MWT);
- Redução de reinternamentos a 1 ano $\geq 20\%$;
- Melhoria da qualidade de vida ($\Delta EQ-5D \geq 0,15$).

5. Estratégias de Implementação

A estratégia baseia-se em quatro eixos: (1) literacia e capacitação dos doentes; (2) expansão da rede e equidade; (3) inovação digital e integração de wearables; (4) auditoria e financiamento baseado em resultados.

- **Eixo 1 – Literacia e Empoderamento:**
Campanhas de sensibilização sobre os benefícios da RCV e programas educativos direcionados a doentes e cuidadores.
- **Eixo 2 – Acesso e Equidade:**
Expansão geográfica da rede nacional; integração com cuidados primários; parcerias com unidades privadas e sociais sob contratualização pública.
- **Eixo 3 – Inovação e Digitalização:**
Desenvolvimento de plataformas interoperáveis, integração de dispositivos de monitorização contínua e expansão da telereabilitação híbrida.
- **Eixo 4 – Qualidade e Sustentabilidade:**
Criação de indicadores nacionais de desempenho, auditorias periódicas e financiamento baseado em resultados clínicos e funcionais.

6. Perspetivas Futuras

Entre 2025 e 2035, a prioridade será a consolidação de um modelo nacional de reabilitação cardiovascular integrado, digital e sustentável, com:

- Registo Nacional de Reabilitação Cardiovascular, interoperável com o SClínico® e o BI-SNS;
- Financiamento baseado em resultados clínicos e funcionais;
- Auditoria contínua de desempenho;
- Expansão geográfica da rede e telemonitorização remota;
- Integração de programas comunitários e de saúde digital;
- Acreditação dos centros e formação multiprofissional certificada

Parte II – Reabilitação no Acidente Vascular Cerebral (AVC)

1. Enquadramento

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de mortalidade e incapacidade em Portugal, representando uma carga substancial em anos de vida ajustados à incapacidade (DALY). O envelhecimento demográfico e a melhoria das taxas de sobrevivência tornam imperativo o reforço da reabilitação estruturada e integrada como parte essencial do percurso de cuidados e uma estratégia para a minimização das consequências do AVC.

O impacto económico e social do AVC é expressivo: o custo anual estimado em Portugal ascende a 783 milhões de euros (0,4 % do PIB), incluindo custos diretos em saúde (257 M€), sociais (15 M€) e informais (304 M€) (*Economic burden of stroke across Europe, 2020*). Estes dados evidenciam a importância da reabilitação como intervenção custo-efetiva, reduzindo a duração dos internamentos, a dependência funcional e os encargos sociais.

Em Portugal, a Norma DGS n.º 054/2011 e a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Medicina Física e de Reabilitação (ACSS, 2017) definem os princípios organizativos e clínicos necessários para assegurar este objetivo, em consonância com o modelo biopsicossocial da *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (OMS, 2001).

No plano internacional, o *Plano de Ação Europeu do AVC 2018–2030* (*European Stroke Action Plan, ESO, 2018*) define como metas que, até 2030, 90 % dos doentes com AVC sejam tratados em unidades dedicadas e que todos os sobreviventes tenham acesso a cuidados de reabilitação especializados, organizados em percursos integrados que se prolonguem até o período pós-AVC. A precocidade, intensidade e especialização da intervenção são determinantes para o sucesso terapêutico, redução de complicações e reintegração funcional.

O acesso à reabilitação constitui um direito humano fundamental, consagrado na Carta das Nações Unidas e na Resolução da Assembleia Mundial da Saúde (2005). A Resolução da Assembleia da República n.º 339/2021, de 26 de novembro, recomenda ao Governo a definição e implementação de uma *Estratégia Nacional de Acesso à Reabilitação para Sobreviventes de AVC*.

2. Situação Atual e Desafios

- Apesar da existência de normas e orientações, persistem lacunas estruturais e operacionais significativas.
- Acesso desigual e tardio à reabilitação intensiva, particularmente em regiões do interior.
- Falta de integração entre hospitais, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e Cuidados de Saúde Primários (CSP).
- Escassez de profissionais especializados em reabilitação, nomeadamente fisiatras e terapeutas, com formação específica em neuroreabilitação.
- Ausência de um registo nacional e indicadores padronizados de resultado.

Um estudo prospetivo realizado na ULS de Matosinhos (Barbosa *et al.*, 2023) demonstrou que até 70 % dos sobreviventes de AVC não tiveram acesso a uma reabilitação intensiva após a alta hospitalar. Os inquéritos nacionais da Secção de Reabilitação do AVC da SPMFR (2020 e 2023) reforçam estas evidências. Em 2023, cerca de 25 % dos hospitais ainda não dispunham de médico de MFR dedicado ao AVC e 20 % não possuíam equipas multidisciplinares especializadas. Mais de metade dos serviços relataram não conseguir assegurar a intensidade e as valências terapêuticas adequadas.

Nos centros especializados, a realidade é mais estruturada, mas insuficiente em capacidade: existem menos de 150 camas específicas para reabilitação de AVC, contrastando com os cerca de 8 000 doentes/ano potencialmente elegíveis.

O financiamento aos internamentos de reabilitação, assente num valor diário fixo e indiferenciado, independente da complexidade clínica e da intensidade e diversidade de intervenções diferenciadas, limita o investimento no desenvolvimento, na diferenciação assistencial e na capacidade de resposta.

Na comunidade, persistem carências de equipas diferenciadas nos CSP e no setor convencionado, com assimetrias regionais na distribuição de centros de reabilitação comunitários ou integrados nos CSP, bem como lacunas recorrentes em valências essenciais (terapia da fala, terapia ocupacional, reabilitação cognitiva), sobretudo nas regiões do interior e nas regiões autónomas.

2.1. Transição e Continuidade de Cuidados

A gestão do percurso de reabilitação permanece fragmentada e com falhas de articulação interinstitucional. A alta hospitalar é frequentemente definida sem o contributo pleno das equipas multiprofissionais de reabilitação, contrariando a Norma DGS n.º 054/2011, cuja revisão se torna necessária para atualização de critérios de gravidade, idade e tolerância funcional.

É recomendada a criação de uma Via Verde da Reabilitação do AVC, que assegure referenciação precoce, continuidade de cuidados e tempos máximos de resposta por tipologia. A integração dos fisiatras e das equipas de reabilitação nas Equipas de Gestão de Alta é essencial para garantir uma orientação adequada para as estruturas e valências mais adequadas após o internamento.

A reorganização do SNS em Unidades Locais de Saúde (ULS) representa uma oportunidade para coordenar os serviços de MFR hospitalares e comunitários sob uma direção técnica única, com pólos de proximidade nos CSP, em conjugação com programas de consultoria, telereabilitação, e reabilitação domiciliária.

A reabilitação domiciliária com alta precoce apoiada pela equipa de reabilitação (*Early Supported Discharge – ESD*) é um modelo recomendado pelo *European Stroke Action Plan*, permitindo reduzir

o tempo médio de internamento em cerca de seis dias e melhorar em 20 % as probabilidades de independência funcional.

2.2. Integração, Participação e Vida Pós-AVC

A recuperação após AVC é um processo prolongado e dinâmico. Persistem défices motores, cognitivos, da comunicação, sensoriais e emocionais que comprometem a autonomia e a reintegração social.

A reabilitação deve prolongar-se para além da fase hospitalar, acompanhando o sobrevivente ao longo da vida e envolvendo as famílias e cuidadores. Persistem dificuldades de reintegração profissional, com subutilização de recursos como o *Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG)*, o qual permitiria, em muitos casos, uma reintegração/reconversão profissional dos doentes.

A participação ativa na comunidade requer programas de atividade física adaptada, apoio psicológico, educação para a saúde e prevenção secundária. O papel das autarquias e das associações de doentes, como a *Portugal AVC*, é fundamental, promovendo grupos de ajuda mútua e ações de literacia em saúde. O acompanhamento contínuo deve incluir consultas regulares de MFR integradas entre hospitais e CSP, com monitorização funcional e de qualidade de vida (Barthel, MIF, EQ-5D) direcionando as necessidades e a frequência dos cuidados de reabilitação posteriores.

3. Enquadramento Normativo Nacional

A Norma DGS nº 054/2011 define a avaliação inicial por Medicina Física e de Reabilitação, com triagem baseada em gravidade (Barthel/MIF), idade e tolerância ao esforço, e referência para internamento especializado, Unidades de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) ou ambulatório. Prevê-se reavaliações aos 6 e 12 meses.

A Norma DGS nº 054/2011 define um modelo de avaliação e referência hierarquizado:

- **AVC ligeiro:** Reabilitação ambulatória (hospitalar, social ou convencionada).
- **AVC moderado (<75 anos) ou grave (<55 anos) com boa tolerância a reabilitação intensiva:** internamento em unidades especializadas de MFR.
- **AVC moderado ≥75 anos ou grave ≥55 anos:** encaminhamento preferencial para Unidades de Convalescença (UC) ou Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) da RNCCI.

A triagem funcional deve ser feita pelo médico fisiatra nas primeiras **24–48 horas**, com uso das escalas funcionais como o Índice de Barthel e Medida de Independência Funcional (MIF), e as reavaliações devem ocorrer aos 6 e 12 meses. O plano de reabilitação deve estar documentado em todos os doentes e incluir a descrição dos défices residuais à alta hospitalar, bem como os resultados obtidos e esperados.

4. Rede Nacional de Medicina Física e de Reabilitação (MFR)

A Rede Nacional de MFR (DGS, 2017) integra serviços hospitalares e centros especializados:

- Centros de referência nacionais:
 - ◊ Centro de Reabilitação do Norte (CRN, Porto)
 - ◊ Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais (Tocha)
 - ◊ Centro de Medicina de Reabilitação do Sul (São Brás de Alportel)
 - ◊ Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (SCML)
- Serviços hospitalares de MFR em todos os hospitais do SNS

Estes centros têm uma dotação total de 400 camas em centros especializados e 70 camas hospitalares dedicadas à reabilitação.

O médico fisiatra é o responsável pela avaliação funcional, decisão clínica, coordenação das referências entre hospitais, RNCCI e CSP, supervisão técnica dos planos de reabilitação, e promoção da investigação e formação contínua.

A Rede MFR constitui um sistema estruturante para a coordenação dos serviços de reabilitação hospitalar e pós-hospitalar. O seu objetivo é assegurar o acesso equitativo, racionalização de recursos e continuidade de cuidados em todo o território nacional. Entre os seus princípios estruturantes destacam-se:

- Garantir uma reabilitação adequada e em tempo útil, em todos os níveis de cuidados e enquanto existir potencial de recuperação;
- Os cuidados de articulação devem ser geridos pelo médico especialista em MFR que assegura o percurso de reabilitação, a articulação entre os diferentes intervenientes e entre as diferentes instituições e níveis de cuidados;
- O processo deve ser documentado e auditável, com base em indicadores padronizados (tempo até início da reabilitação, ganhos funcionais, taxa de reintegração social).

5. RNCCI – Dados Atualizados (2023–2024)

Em **2023**, a RNCCI dispunha de **16 133 lugares** (+3,1 % face a 2022): 9557 em internamento e 6024 domiciliários. As Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) representavam 3208 lugares e as UC 1242. A taxa de ocupação global ultrapassou 85 %, atingindo 97,5 % nas Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM). Foram 51 097 utentes referenciados e 52 378 assistidos, com listas de espera médias de 10 dias (UC) a 55 dias (ULDM). O orçamento anual ascendeu a 279 M€ (+18,2 %).

De acordo com o Relatório de Monitorização da ACSS (2023) e o Relatório de Indicadores ERS (2024), a RNCCI apresenta atualmente uma cobertura nacional alargada, mas desigual em termos regionais. Estima-se que até 75% admitidos na RNCCI tenham necessidades de reabilitação.

5.1. Capacidade Instalada (dezembro 2023)

Tipologia de Unidade	Lugares	Variação vs. 2022
Unidades de Convalescença (UC)	1242	+2,8%
Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	3208	+3,4%
Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM)	5107	+2,6%
Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	6024	+3,2%
Cuidados Continuados de Saúde Mental	494	+4,5%
Cuidados Pediátricos (UCIP N1 + UAP)	37	estável
Total	16133	+3,1%

5.2. Utilização e Desempenho (2023)

Indicador	Valor	Tendência
Utentes referenciados	51097	+3,1%
Utentes assistidos	52378	+3,2%
Tempo médio até vaga (ULDM)	55 dias	↑ face a 34 dias (2022)
Tempo médio até vaga (UMDR)	34–55 dias	↑
Taxa de ocupação (ULDM)	97,5%	estável
Taxa de ocupação (UC/UMDR)	>85%	estável
Mortalidade global	11,1%	↓ 0,1 p.p.
Execução financeira	279 M€	+18,2% vs 2022

5.3. Cobertura e Equidade Territorial (ERS, 2024)

- 15 269 lugares contratualizados;
- Cobertura a ≤60 minutos de deslocação: UC 91,2%; UMDR 93,6%; ULDM 93,7%;
- Oferta (rácio de vagas por 1 000 habitantes):
 - ◊ Unidades de Convalescença (UC): menor nas Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto, bem como em Leiria e no litoral alentejano; mais elevada nas regiões de Coimbra e Aveiro.

Reabilitação Cérebro Cardiovascular

- ◇ Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR): maior nas regiões de Coimbra, Leiria e Beira Baixa; menor na Área Metropolitana de Lisboa e na região Oeste.
- ◇ Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM): menor nas Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto e na região de Aveiro; mais elevada em Coimbra, Trás-os-Montes e Alto Alentejo.

6. Metas e Estratégia para o AVC

As metas estratégicas até 2030 incluem:

- ≥ 90 % dos doentes com início de reabilitação nas primeiras 48 h;
- ≥ 20 % dos elegíveis com alta precoce apoiada (ESD);
- 100 % com plano documentado de reabilitação;
- ≥ 90 % com triagem funcional por médico de MFR documentada;
- Reavaliação aos 3–6 meses e anual em ≥ 95 % dos casos;
- Ganho funcional médio (Δ Barthel, Δ MIF) ≥ 25 %;
- Melhoria da qualidade de vida (Δ EQ-5D-3L $\geq 0,15$);
- Redução dos reinternamentos a 1 ano ≥ 20 %.

Prioridades operacionais: uniformizar percursos, reforçar a integração entre níveis de cuidados, expandir a telereabilitação, implementar registo nacional e desenvolver modelos de financiamento baseados em resultados (*value-based healthcare*).

7. Considerações Críticas e Perspetivas Futuras

A integração efetiva entre a Rede MFR, RNCCI e CSP é indispensável para garantir continuidade, equidade e eficiência. O sistema nacional carece de reorganização que assegure:

- Revisão e atualização da NOC 054/2011;
- Implementação da Via Verde da Reabilitação do AVC;
- Criação de um Registo Nacional de Reabilitação do AVC, com indicadores relativos às intervenções realizadas e aos resultados clínicos, funcionais e de qualidade de vida;
- Expansão das camas e equipas de MFR nos hospitais de agudos;
- Diferenciação das unidades da RNCCI com tipologias específicas para AVC;
- Reforço dos CSP com áreas de reabilitação próprias e equipas multidisciplinares com as diferentes valências, coordenadas por fisiatra;
- Regulamentação, implementação e disseminação de programas de telereabilitação;
- Promoção da reintegração profissional e da participação social.

A década 2025–2035 deverá marcar a transição definitiva para um modelo nacional integrado, digital e humanizado de reabilitação pós-AVC, sustentado na ciência, na tecnologia e na equidade.

Referências

1. Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Strategic Plan for Cardiovascular Health in Portugal 2025–2035. Lisbon: SPC; 2025.
2. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa: DGS; 2017.
3. Taylor RS, Fredericks S, Jones I, et al. Global perspectives on heart disease rehabilitation and secondary prevention: a scientific statement from the Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professions, European Association of Preventive Cardiology, and International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur Heart J*. 2023 Jul 21;44(28):2515–2525.
4. Rocha JA, Azevedo LF, Freitas A, Cardoso JCS. Socioeconomic Inequalities and Predictors of Cardiac Rehabilitation Referral: Real-World Evidence. *Am J Phys Med Rehabil*. 2023 Nov 1;102(11):1020–1028. doi: 10.1097/PHM.0000000000002270. Epub 2023 Apr 24. PMID: 37126795.
5. Brown TM, Pack QR, Aberegg E *et al*. American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Committee of the Council on Clinical Cardiology. Core Components of Cardiac Rehabilitation Programs: 2024 Update: A Scientific Statement From the American Heart Association and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*. 2024 Oct 29;150(18):e328–e347. doi: 10.1161/CIR.0000000000001289. Epub 2024 Sep 24.
6. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 054/2011 – Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Lisboa: DGS; 2011.
7. Direção-Geral da Saúde. Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação de Medicina Física e de Reabilitação. Lisboa: DGS; 2017.
8. Administração Central do Sistema de Saúde. Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2023. Lisboa: ACSS; 2024.
9. Entidade Reguladora da Saúde. Indicadores de Atividade da RNCCI 2024. Porto: ERS; 2024.
10. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2021–2030 – Saúde Sustentável: de todos para todos. Lisboa: DGS; 2021.
11. European Stroke Organization. Action Plan for Stroke in Europe 2018–2030. *Eur Stroke J*. 2018;3(4):309–36.
12. Economic burden of stroke across Europe: A population-based cost analysis. *Eur Stroke J*. 2020;5(1):17–25.
13. Kuçukdeveci A, *et al*. Evidence-based position paper on Physical and Rehabilitation Medicine professional practice for persons with stroke. The European PRM position (UEMS-PRM Section). *Eur J Phys Rehabil Med*. 2018;54:957–70.
14. Gimigliano F, Negrini S. The World Health Organization "Rehabilitation 2030 – a call for action". *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017; DOI:10.23736/S1973-9087.17.04746-3.
15. Resolução da Assembleia da República n.º 339/2021, de 26 de novembro.
16. Barbosa PM, Rocha A, Maciel P, *et al*. From healthcare system to individuals through stroke rehabilitation pathways: outcomes, information and satisfaction along a 12-month prospective cohort. *Top Stroke Rehabil*. 2023.
17. SPMFR – Secção de Reabilitação do AVC. Inquérito Nacional sobre Cuidados de Reabilitação do AVC. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação; 2023.
18. World Health Organization. Rehabilitation 2030: A Call for Action. Geneva: WHO; 2023.
19. Sachdev V, Sharma K, Keteyian SJ, *et al*. Supervised exercise training for chronic heart failure with preserved ejection fraction: a scientific statement from the AHA and ACC. *J Am Coll Cardiol*. 2023;81:1524–42.

20. Mueller S, Winzer EB, Duvinage A, *et al.* Effect of high-intensity interval training, moderate continuous training, or guideline-based physical activity advice on peak oxygen consumption in patients with heart failure with preserved ejection fraction. *JAMA*. 2021;325:542–52.
21. Silva-Cardoso J, Moreira E, Tavares de Melo R, *et al.* A Portuguese expert panel position paper on the management of heart failure with preserved ejection fraction – Part I: pathophysiology, diagnosis and treatment. *Rev Port Cardiol*. 2025.
22. Fontes JP, Vilela EM, Durazzo A, *et al.* Current state of cardiac rehabilitation in Portugal: results of the 2019 national survey. *Rev Port Cardiol*. 2021;40:877–87.
23. Cordeiro ALL, Miranda AdS, Almeida HM, *et al.* Quality of life in patients with heart failure assisted by telerehabilitation: a systematic review and meta-analysis. *Int J Telerehabilitation*. 2022;14:e6456.
24. Cavalheiro AH, Silva-Cardoso J, Rocha A, *et al.* Effectiveness of tele-rehabilitation programs in heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Health Serv Insights*. 2021;14:117863292110216.
25. Pinto R, Pires ML, Borges M, *et al.* Digital home-based multidisciplinary cardiac rehabilitation: how to counteract physical inactivity during the COVID-19 pandemic. *Rev Port Cardiol*. 2022;41:209–18.
26. Schmidt C, Magalhães S, Gois Basílio P, *et al.* Home- versus centre-based exercise intervention in patients with heart failure (EXIT-HF trial): a pragmatic randomized controlled trial. *Rev Port Cardiol*. 2024;43:149–58.



Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45

1049-005 Lisboa | Portugal

Tel: +351 218 430 500

Fax: +351 218 430 530

Email: geral@gds.min-saude.pt