

# PROGRAMA NACIONAL

para as  
Doenças Respiratórias

## RELATÓRIO DE ANÁLISE DA CAPACIDADE INSTALADA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NOS HOSPITAIS DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



## **Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR)**

### **Autoria**

Cidália Rodrigues

Vitória Martins

João Munhá

Catarina Aguiar Branco

### **Diretora do PNDR**

Cristina Bárbara

**Lisboa, 28 de dezembro de 2015**

Direção-Geral da Saúde  
Alameda D. Afonso Henriques, 45  
1049-005 Lisboa  
Tel.: 218 430 050  
Fax: 218 430 530/1  
E-mail: [dgs@dgs.pt](mailto:dgs@dgs.pt)  
<http://www.dgs.pt>

## RELATÓRIO DE ANÁLISE DA CAPACIDADE INSTALADA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NOS HOSPITAIS DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

### 1. INTRODUÇÃO

A Reabilitação Respiratória (RR) é uma intervenção terapêutica abrangente que se baseia numa avaliação alargada do doente seguida de terapias personalizadas que incluem treino de exercício, educação e alteração do comportamento, de modo a melhorar a condição física e psicológica das pessoas com doença respiratória crónica, e a promover a adesão a longo termo de comportamentos promotores de saúde<sup>1,2</sup>.

A RR é uma componente essencial do *continuum* integrado de cuidados de saúde, tanto na perspetiva da trajetória da doença respiratória crónica, como na perspetiva dos prestadores de cuidados de saúde.

Está hoje demonstrado que a RR reduz os sintomas dos doentes e melhora a função muscular dos membros, a capacidade de exercício, a função emocional, a qualidade de vida, o conhecimento e a autoeficácia. A RR tem também efeitos económicos na saúde e deve ser considerada uma componente essencial nos cuidados integrados dos doentes respiratórios<sup>1,2</sup>.

A RR é uma das intervenções terapêuticas com melhor relação custo-efetividade, em doentes com doença respiratória crónica e associa-se a redução das hospitalizações, da utilização dos serviços de urgência e dos custos dos cuidados de saúde<sup>1,2</sup>. Apesar dos seus benefícios inequívocos, a realidade atual é a de que a RR é subutilizada, não se encontra incluída nos cuidados integrados e está frequentemente inacessível aos doentes.

Constata-se que existe uma deficiente oferta, face às necessidades previsíveis. Por outro lado, a existência de uma enorme variabilidade no acesso à RR, cria disparidades na equidade aos cuidados de saúde.

Com o objetivo de propor futuras políticas de saúde na área da RR, o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, apoiou-se no relatório de um estudo efetuado, durante o ano de 2015 pela Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP), cujo objetivo foi a descrição da capacidade instalada existente em Portugal,

no que se refere à caracterização e à oferta de cuidados de RR, a nível de todos os Serviços de Pneumologia e de Medicina Física e Reabilitação do país.

Neste estudo, cujo relatório agora se apresenta no capítulo 2, constatou-se que a nível da rede hospitalar nacional existe uma baixa capacidade instalada, quer no que se refere ao número de centros que disponibilizam RR, quer quanto ao volume de doentes tratados. Esta conclusão decorre do facto de serem candidatos a RR não apenas doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), mas também doentes com outras entidades clínicas responsáveis por doença respiratória crónica.

Efetivamente, estimando-se que existam em Portugal cerca de 800 000 doentes afetados por DPOC e que de acordo com a Norma de Orientação Clínica nº 28/2011<sup>3</sup> têm indicação para RR os doentes com: i) obstruções graves e muito graves ( $FEV_1 < 50\%$ ); ii) obstruções ligeiras e moderadas ( $FEV_1 \geq 50\%$ ) com limitação da capacidade de exercício; iii) internamento por exacerbação; concluímos que de acordo com o estudo da SPP, apenas uma pequena percentagem (menos de 0,5%) dos doentes com DPOC e a referida indicação estarão a beneficiar atualmente de RR.

## 2. ESTADO DA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA EM PORTUGAL

*Cidália Rodrigues\**, *Vitória Martins\**, *João Munhá\**, *Catarina Aguiar Branco\*\**

\* Comissão de Reabilitação Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia

\*\* Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação

A Reabilitação Respiratória (RR) é atualmente considerada uma intervenção essencial no doente com patologia respiratória crónica, com evidente benefício clínico. Os seus resultados refletem a melhoria da capacidade de exercício e da qualidade de vida, a redução dos sintomas e dos custos em saúde, bem como o aumento da sobrevida.

Esta intervenção baseada numa avaliação cuidadosa do doente deve incluir um conjunto de terapias nas quais se inclui o exercício físico, a educação sobre a doença e o suporte para promover a alteração comportamental. Tem como objetivo melhorar a condição física e emocional dos doentes com patologia respiratória crónica e promover a adesão a longo prazo de comportamentos promotores de saúde<sup>1</sup>.

A Comissão de Reabilitação Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia em colaboração com a Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação, distribuiu um inquérito eletrónico a todos os Serviços de Pneumologia (n=36) e de Medicina Física e Reabilitação (MFR) do país (n=31), com o objetivo de avaliar o estado e a evolução da Reabilitação Respiratória em Portugal.

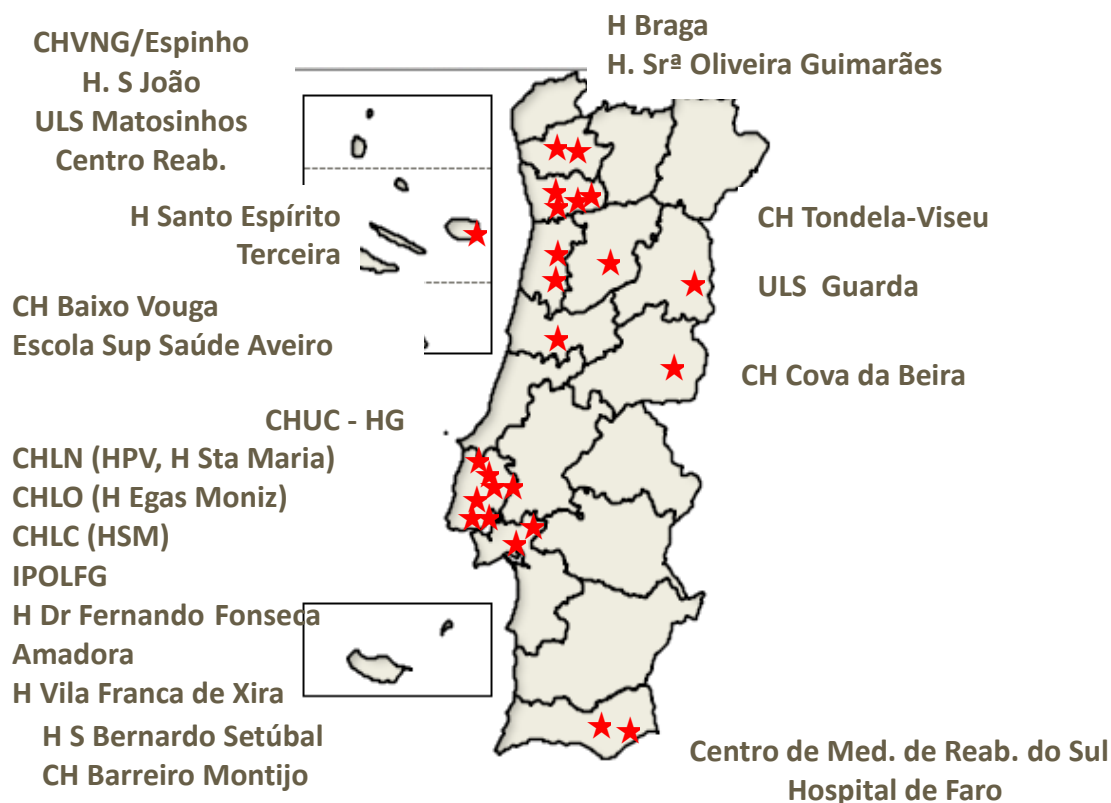
Responderam ao questionário 80,5% (n=29) dos Serviços de Pneumologia e 77,4% (n=24) dos Serviços de MFR.

Dos resultados obtidos, apenas 24 centros afirmaram ter atualmente programas de Reabilitação Respiratória (RR), incluindo treino de endurance (20 centros) e componente educacional (19 centros) (figura 1).

Componentes Do Programa	Nº Centros (total 24)
<b>Treino de Exercício</b>	
Treino de Endurance (M. Sup. e/ou M. Inf)	20
Treino Força (M. Sup. e/ou M. Inf)	21
<b>Treino Músculos Respiratórios</b>	16
<b>Estimulação Neuromuscular</b>	12
<b>Relaxamento</b>	18
<b>Uso de adjuvantes no Treino de Exercício (O<sub>2</sub> e/ou VNI)</b>	19
<b>Educacional</b>	19
<b>Cessação Tabágica</b>	15
<b>Outros</b>	Musicoterapia, Qi Gong, Terapia do Riso, Tec. controlo Vocal
<b>Não responderam</b>	2

**Figura 1** – Componentes dos Programas de Reabilitação Respiratória

Geograficamente é evidente a assimetria em termos de distribuição dos centros com programas de RR no país, localizando-se maioritariamente na região litoral a norte do rio Tejo e nos grandes centros urbanos (figura 2).



**Figura 2** – Distribuição geográfica dos Centros com Programa de Reabilitação Respiratória atualmente existentes em Portugal.

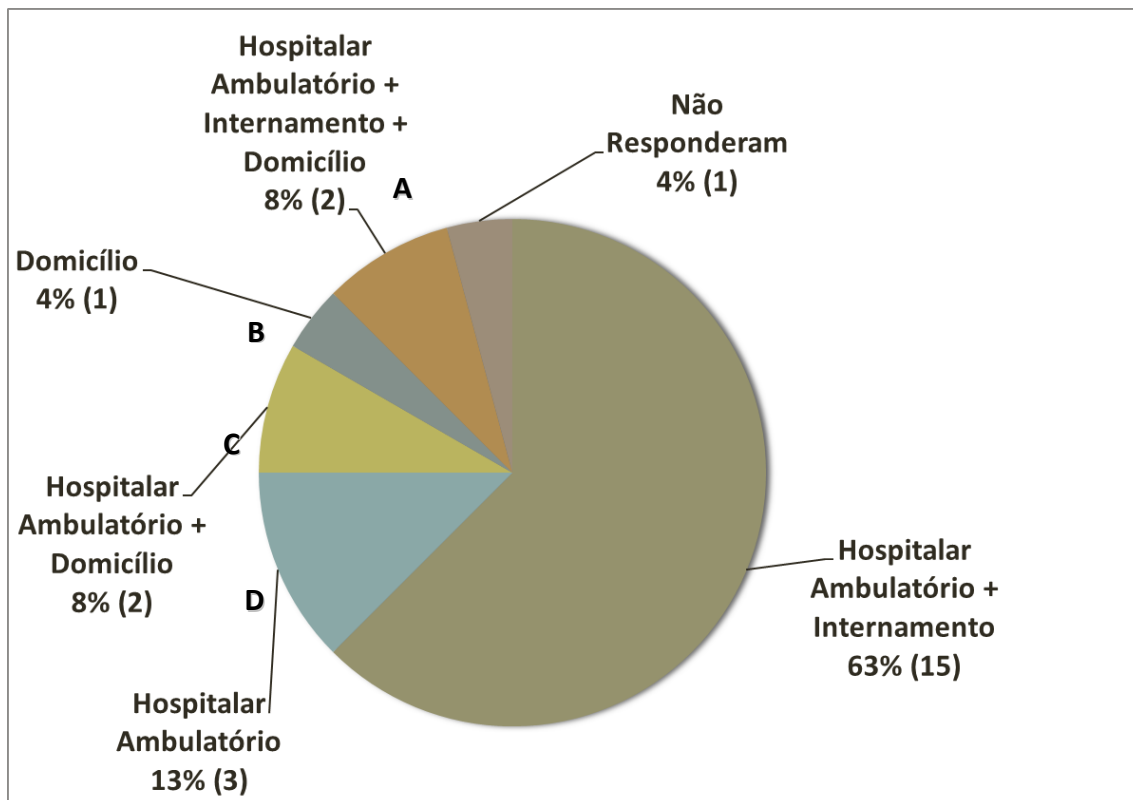
Legenda: CHVNG- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia; CHLN- Centro Hospitalar Lisboa Norte, CHLO- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, CHLC- Centro Hospitalar de Lisboa Central, IPOLFG- Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil; CH - Centro Hospitalar; H - Hospital; ULS- Unidade Local de Saúde; HPV - Hospital Pulido Valente; HSM - Hospital Santa Marta.

As equipas técnicas envolvidas são multidisciplinares envolvendo o Fisioterapeuta (88% dos programas), o Pneumologista (83%), o Fisiatra (75%), o Nutricionista/Dietista (67%), o Enfermeiro de Reabilitação (67%), o Psicólogo (54%), o Técnico de Cardiopneumologia (42%), o Assistente Social (38%), o Psiquiatra (33%) e o Terapeuta Ocupacional (17%).

Os programas existentes são sobretudo do tipo hospitalar, com componente de internamento e ambulatório. Existem programas domiciliários apenas em 5 centros (figura 3).

Relativamente à estrutura do programa de RR, o mais frequentemente reportado foram os programas com a duração de 10 semanas (máximo 20 semanas, mínimo 10 semanas) e com uma média de 3 sessões semanais (máximo 5 sessões, mínimo 2 sessões).

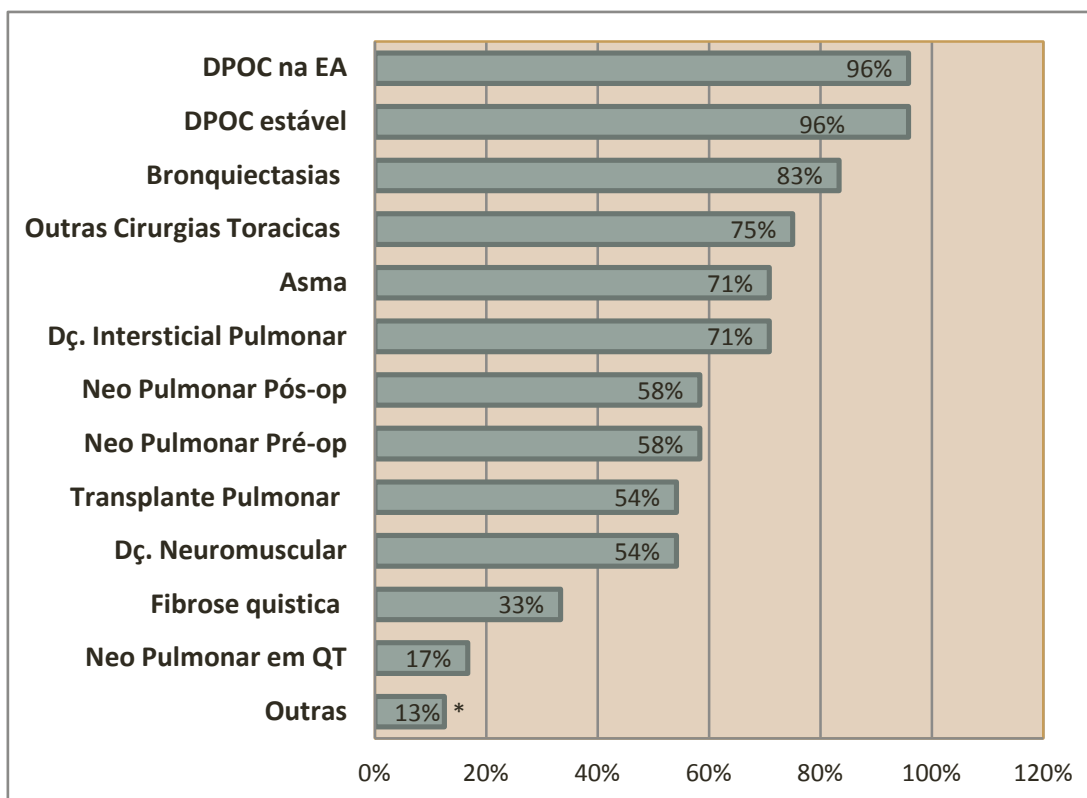
Os centros recebem doentes referenciados pela Pneumologia (92% dos centros), pela Fisiatria (58% dos centros) e pela Medicina Geral e Familiar (33% dos centros).



**Figura 3** – Tipo de Programa de Reabilitação Respiratória: Hospitalar de Internamento, Hospitalar de Ambulatório e de Domicílio

Legenda: A (Centro Hospitalar Lisboa Norte, polo Hospital Pulido Valente; Centro Hospitalar Cova da Beira)  
 B (Escola Superior de Saúde de Aveiro)  
 C (Hospital de Braga, Unidade Local de Saúde de Matosinhos)  
 D (Hospital de S. João, Porto; Hospital de Vila Franca de Xira; Hospital de São Bernardo, Setúbal)

Os tipos de patologias incluídas nos Programas de RR foram: DPOC estável ou na exacerbação aguda (EA), (96% dos centros), bronquiectasias (83%), cirurgia torácica (75%), asma (71%), patologia intersticial pulmonar (71%), neoplasia do pulmão (58%), transplante pulmonar (54%), doenças neuromusculares (54%), fibrose quística (33%), entre outras (13%) (figura 4).



**Figura 4** – Patologias incluídas nos Programas de Reabilitação Respiratória.

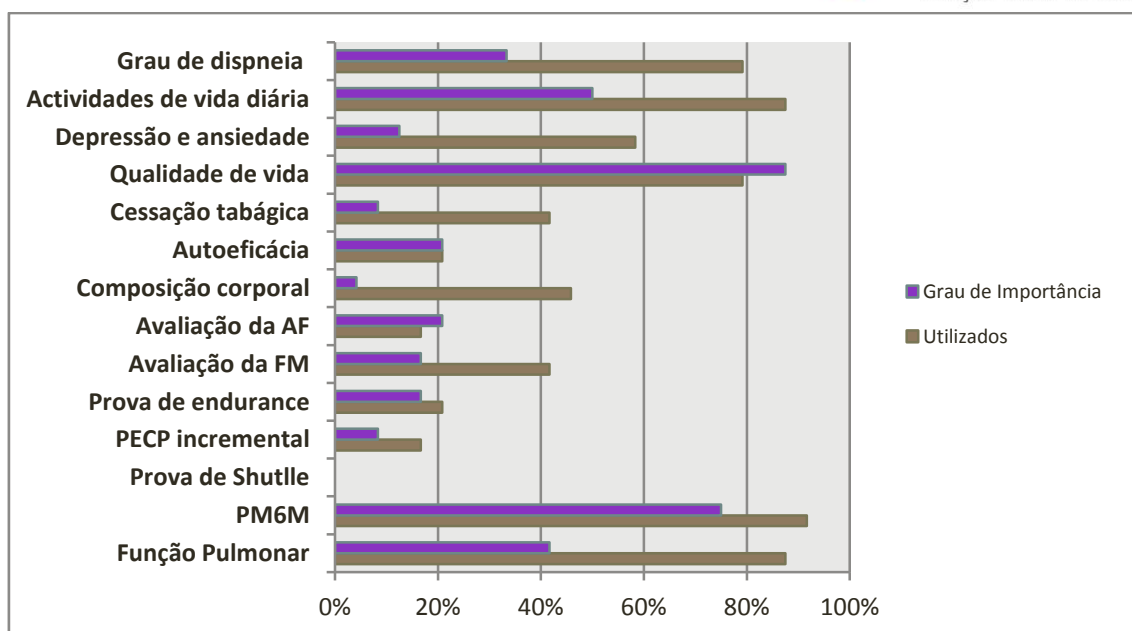
\*Esclerodermia, Pré-operatório de Neoplasia da laringe, Cirurgia cardíaca

A monitorização do treino é feita através de oximetria, frequência cardíaca e escalas de dispneia e fadiga em 92% dos centros (n=22). Cinco centros estão equipados com telemetria.

Na avaliação prévia ao programa, os testes de exercício são usados em 22 dos centros. A Prova da Marcha dos 6 Minutos (PM6M) realiza-se em todos os centros, a Prova de Esforço Cardiorrespiratória Incremental em 41% dos centros, e numa menor percentagem o teste de endurance (18%).

A avaliação dos resultados finais envolve inúmeros parâmetros, constatando-se que os profissionais atribuem maior grau de importância aos relacionados com a qualidade de vida (88%), com os resultados da PM6M (75%), com as atividades de vida diária (50%), com a função pulmonar (42%) e com a dispneia (33%) (figura 5).





**Figura 5** – Avaliação de *outcomes* (resultados) – distribuição de acordo com o grau de importância dado pelos profissionais de saúde e com o grau de utilização.

Comparativamente com um inquérito nacional realizado no ano de 2009/2010, constata-se que duplicou o número de centros de reabilitação que referem ter programas de RR, registando-se uma evolução de 11 para 24 centros.

No ano de 2014, no que se refere à capacidade instalada, relativa ao número de doentes tratados nos centros de reabilitação dos Serviços de Pneumologia e MFR, foram incluídos em programas de RR entre 2300 a 2950 doentes.

A maioria dos programas denominados de ambulatoriais, ocorrem (em regime ambulatorio) nas instalações dos centros/instituições hospitalares, existindo muito poucos programas de reabilitação domiciliária.

Verifica-se também que há um número considerável de centros que iniciam os programas de RR na fase aguda de exacerbação da doença.

Da análise dos dados conclui-se que nos últimos 5 anos houve um aumento no número de programas estruturados e organizados, com componente interdisciplinar, incluindo o treino de exercício e a educação. Mantém-se, no entanto, a assimetria na distribuição geográfica, condicionando diminuição de acessibilidade a alguns doentes. Por outro lado, a capacidade instalada relativa ao número de doentes seguidos em programas de RR por ano, continua a estar muito abaixo das necessidades estimadas.

### 3. CONCLUSÕES

Conclui-se que os programas de RR atualmente existentes são insuficientes para dar resposta à população de doentes elegíveis para beneficiar de RR. Entre as causas apontadas para esta insuficiência destacamos o número reduzido de centros, a sua centralização nas instituições hospitalares e, em muitos casos na sua fraca capacidade instalada, no que se refere à captação de doentes.

Considera-se necessária uma maior capacidade de resposta ao nível da oferta de RR em Portugal, embora o reforço dos serviços existentes e/ou sua ampliação possa representar uma dificuldade de natureza orçamental, face aos recursos necessários (humanos, financeiros e de infraestruturas).

A fim de fazer face às necessidades previsíveis será necessário certamente uma mudança de paradigma na RR em Portugal<sup>2,4</sup>, com evolução para a prestação de RR na comunidade, com outros parceiros, possibilitando a realização de RR em contextos alternativos mais próximos do doente, tais como os Cuidados de Saúde Primários, a comunidade ou mesmo o próprio domicílio, com uma interacção continuada entre o doente, o seu médico e as equipas de reabilitação.

### 4. BIBLIOGRAFIA

1. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med Vol 188, Iss. 8, pp e13–e64, Oct 15, 2013
2. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Policy Statement: Enhancing Implementation, Use, and Delivery of Pulmonary Rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med Vol 192, Iss 11, pp 1373–1386, Dec 1, 2015
3. António Bugalho de Almeida, Miguel Guimarães, Cristina Bárbara, Fernando Menezes, João Cardoso, João Carlos Winck e Paula Simão. Norma de Orientação Clínica nº 028/2011 de 30/09/2011 atualizada a 10/09/2013. Diagnóstico e tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Accessed: <http://www.dgs.pt/?cr=21201>, Dez 2015
4. Machaqueiro Sílvia. A reabilitação respiratória para doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Dissertação de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa.2011



Alameda D. Afonso Henriques, 45  
1049-005 Lisboa - Portugal  
Tel: +351 21 843 05 00  
Fax: +351 21 843 05 30  
E-mail: geral@dgs.pt