



Universidade do Porto

**Faculdade de Ciências do
Desporto e de Educação Física**



O Papel do Profissional de Desporto e Educação Física nos Programas de Reabilitação Cardíaca

**Sondagem de opinião junto de
Médicos Cardiologistas e
Médicos de Família**

**Rita Isabel Morujão Canossa Dias
Dezembro 2005**



Universidade do Porto

**Faculdade de Ciências do Desporto e
de Educação Física**



O Papel do Profissional de Desporto e Educação Física nos Programas de Reabilitação Cardíaca

Sondagem de opinião junto de Médicos Cardiologistas e Médicos de Família

Dissertação de Licenciatura,
realizada no âmbito da disciplina
de Seminário, na opção de
Desporto de Reeducação e
Reabilitação do curso de
Desporto e Educação Física da
Faculdade de Ciências do
Desporto e de Educação Física
da Universidade Porto

Orientador: Dr. José Alberto Silva

Co – orientadora: Doutora Maria Adília Silva

Rita Isabel Morujão Canossa Dias

Dezembro 2005



*A todos aqueles que ao longo destes 5 anos:
Sempre estiveram na minha vida
Entraram na minha vida e nunca mais saíram.
Saíram da minha vida porque escolhemos caminhos diferentes.
Foram cinco anos inesquecíveis e tudo porque a vida quis que nos
encontrássemos!*



Agradecimentos

*“Sejam quais forem os fins a que chegues,
houve sempre alguém que te ajudou!”*

Arthea Gibbon

O presente trabalho jamais seria possível sem a ajuda, disponibilidade e paciência de muitas pessoas. Nas linhas que se seguem presto-lhes homenagem e meu agradecimento.

Começaria por agradecer a todos os constituintes da amostra, pela sua disponibilidade e paciência na participação deste estudo, pois sem eles o presente trabalho nunca poderia ser realizado. Assim, agradeço aos médicos cardiologistas do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, do Hospital Pedro – Hispano, do Hospital São Sebastião e do Hospital de Santo António. Agradeço também aos médicos de família do centro de saúde de Santa Maria da Feira.

Um agradecimento especial aos médicos cardiologistas Dr.^a Madalena Teixeira, Dr. Severo Torres, Dr. Filipe Macedo, Dr. Gonçalo e Dr.^a Filomena, por terem distribuído os inquéritos pelos seus colegas de trabalho e por toda a disponibilidade e profissionalismos apresentados.

Um muito, muito obrigado ao Dr. Luís Martins por todo o tempo disponibilizado e por toda a paciência, opinião sincera, material, conselhos e esclarecimentos fornecidos ao longo da realização deste trabalho.

Agradeço também à Dr.^a Maria José Meneres pelo material cedido.

Ao Gabinete de Educação Especial e de Reabilitação também envio um grande obrigado por todos os esclarecimentos e paciência apresentados.

Ao meu orientador Dr. José Alberto Silva, agradeço por toda a paciência, disponibilidade, conselhos e ajuda ao longo da realização deste trabalho.

Para a Mafalda Pereira e Virgínia Pinheiro, um muito obrigado, por toda a ajuda na pesquisa deste trabalho e por toda a força dada (ao longo destes cinco anos) nos momentos de maior cansaço e desmotivação. Para mim foi uma honra ter-vos conhecido!

De todos os agradecimentos gostaria de realçar um muito especial ao meu pai, por toda a ajuda (e que enorme ajuda!), todo o apoio, toda a força e motivação transmitidas ao longo da realização deste trabalho. Sem a sua ajuda este trabalho não seria, de facto, possível.



A toda à minha família e amigos também deixo um grande obrigado por estarem sempre por perto e por acreditarem, mesmo quando eu própria não acredito. Sem dúvida que sou uma pessoa melhor porque vos tenho na minha vida!



Índice:

	Pag.
1. Introdução	1
2. Revisão da Literatura	4
2.1. Reabilitação Cardíaca: Definição e História	4
2.2. Os Objectivos de um Programa de Reabilitação Cardíaca	7
2.3. Estrutura de um Programa de Reabilitação Cardíaca	8
2.4. População elegível para integrar os programas de reabilitação cardíaca	12
2.5. Benefícios da prática de actividade física nos programas de reabilitação cardíaca	15
2.6. Custo – eficácia da Reabilitação Cardíaca	19
2.7. A Reabilitação Cardíaca no Mundo	20
2.8. A Reabilitação Cardíaca em Portugal	23
2.9. Uma equipa multidisciplinar	25
2.10. Barreiras à adesão e participação nos programas de reabilitação cardíaca	29
2.11. A reabilitação cardíaca em ambiente extra – hospitalar: “Home – Based Cardiac Rehabilitation”	32
2.12. A importância da supervisão nos Programas de Actividade Física em Reabilitação Cardíaca	35
2.13. Quem deve supervisionar as sessões de exercício num programa de reabilitação cardíaca?	38
2.14. O pessoal médico e os hábitos de actividade física	39
3.1. Objectivos Gerais	41
3. Objectivos e Hipóteses	41
3.2. Objectivos Específicos	41
3.3. Hipóteses	42
4.1. Descrição e Caracterização da Amostra	43
4. Material e métodos	44
4.2. Técnicas e métodos	44
4.3. Procedimentos Estatísticos.	52



5. Apresentação e discussão dos resultados	Objectivo nº1: Saber se a definição que os Médicos Cardiologistas e Médicos de Família têm do conceito "Reabilitação Cardíaca" é igual ao proposto pela OMS.	53
	Objectivo nº 2: Averiguar qual a opinião dos Médicos Cardiologistas e Médicos de Família relativamente aos programas de actividade física como terapêutica de Reabilitação Cardíaca.	65
	Objectivo nº 3: Perceber se o Profissional de Desporto e Educação Física tem lugar na equipa de Reabilitação Cardíaca e, se sim, em que fases do programa.	69
	Objectivo nº 4: Perceber qual o grau de conhecimento dos Médicos Cardiologistas e Médicos de Família relativamente à elaboração de programas de actividade física, para pacientes com doenças cardiovasculares.	74
	Objectivo nº 5: Saber se os cardiologista/médicos da família confiam nos Profissionais de Desporto e Educação Física, para orientação de um programa de exercício na população com doença cardiovascular.	81
	Objectivo nº 6 Saber até que ponto os médicos de família e cardiologistas aderem à ideia da Reabilitação Cardíaca Domiciliária, sendo as sessões de exercício físico ministradas por profissionais de educação física.	86
	5.1 O profissional de desporto e educação física na equipa de reabilitação cardíaca (a nossa opinião ...)	98
6. Conclusões		100
7. Sugestões		102
8. Bibliografia		103
Anexos		106



Resumo

A prática de actividade física, enquanto terapêutica reabilitativa do paciente cardíaco, tem sido alvo de um grande interesse por parte dos investigadores e especialistas, sendo grande o número de estudos que comprovam os enormes benefícios advindos da adopção de estilos de vida mais activos, aumentando assim a qualidade de vida dos pacientes e diminuindo os índices de mortalidade e morbilidade.

Muito embora seja vasta a literatura que fala da importância da prática de actividade física na reabilitação cardíaca, poucos são os autores que se debruçam no profissional de desporto e de educação física enquanto agente especialista e responsável por essa prática.

Se bem que teoricamente se reconhece um lugar ao profissional do desporto e educação física nas equipas de reabilitação o mesmo não acontece na prática. Exemplo disso é o nosso próprio país onde em 1999, dos 7 centros de reabilitação cardíaca existentes, se constata que em apenas num dos centros encontramos um professor de Educação Física.

Perante a situação delineada nasceu o presente estudo, que consiste numa sondagem de opinião e tem como objectivo saber se o Profissional de Desporto e Educação Física tem um papel e uma função a desempenhar nos programas de reabilitação cardíaca e, consequentemente, deve integrar as equipas responsáveis por este tipo de programas.

Para alcançar objectivo do estudo foi aplicado um questionário de questões fechadas a 19 médicos cardiologistas de vários hospitais (Hospital São Sebastião, Hospital Pedro Hispano, Hospital de Santo António e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia) e a 27 médicos de família do centro de saúde de Santa Maria da Feira, especialistas estes responsáveis pela supervisão dos programas de reabilitação cardíaca e pelo acompanhamento dos pacientes cardíacos e, por isso os maiores especialistas no tema.

Da análise dos dados efectuada, constatamos que as opiniões de médicos de família e médicos cardiologistas são muito semelhantes e que apesar de reconhecerem que os profissionais de desporto e educação física podem ter uma função na reabilitação do paciente cardíaco (nomeadamente nas fases III e IV) não consideram que o profissional de desporto e educação física seja um especialista de grande importância, não sendo por isso indispensável a sua integração nas equipas de reabilitação cardíacas.

Palavras-chave: Programas de reabilitação cardíaca, actividade física terapêutica, equipa de reabilitação cardíaca, profissional de desporto e educação física, sondagem de opinião.



1. Introdução

Há muitos anos atrás, a possibilidade de um profissional de educação física e desporto trabalhar em conjunto com médicos, enfermeiras e terapeutas seria inimaginável. “Que percebe aquela gente da ginástica de saúde?!”.

No entanto, o passar dos anos; a extensão dos campos de actuação do desporto e a era das doenças “hipocinéticas”, resultantes de um estilo de vida cada vez mais sedentário e com excessos alimentares, tornou o desporto e a actividade física como uma das maiores armas de prevenção e manutenção da saúde.

Para Bento (1999) ao desporto como sinónimo de rendimento, masculinidade, força, juventude, sobrepõem-se um novo olhar que configura o desporto como uma pluralidade de práticas e de praticantes, “objecto de instrumentalização para um largo espectro de funções e finalidades muito distintas e até, não raras vezes contraditórias” (Bento 1999, pp. 52).

Dentro do largo espectro das motivações para o desporto encontra-se a relação entre **DESPORTO E SAÚDE**. Embora já sendo antiga, a relação desporto/saúde conhece, hoje, uma notória subida de cotação junto da opinião pública (Bento 1999), sendo grande a expectativa que presentemente se tem sobre os benefícios terapêuticos e de manutenção da saúde advindos de uma prática desportiva responsável.

Presentemente são vários os autores que alargam esta relação entre Desporto e Saúde, vendo o mesmo não só como um excelente meio de prevenção primária, mas também como um excelente meio de reabilitação e prevenção secundária de inúmeras doenças, nomeadamente as doenças cardiovasculares.

Nas últimas décadas, o exercício assumiu um papel importante na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares (Pinho, 2005).

Um novo campo de intervenção emerge, no entanto, muito embora seja vasta a literatura que fala da importância da prática de actividade física na reabilitação cardíaca, poucos são os autores que se debruçam no profissional de desporto e de educação física enquanto agente especialista e responsável por essa prática. Teremos de facto (os profissionais de Desporto e de Educação Física) um papel a desempenhar nos programas de Reabilitação Cardíaca?

Moreira (1998) diz-nos, que sendo a doença cardíaca de natureza multifactorial, faz todo o sentido que o seu tratamento seja multidisciplinar, pelo que esta intervenção terapêutica só pode ser posta em prática através de uma equipa pluridisciplinar competente e tecnicamente habilitada para ocorrer às necessidades deste tipo de doentes.



Balady e col (2003), assim como Bethell e Turner (1996), afirmam que a supervisão dos programas de reabilitação deve estar a cargo de todos os especialistas cuja sua área de intervenção está incluída como terapêutica, constituindo-se uma equipa multidisciplinar onde seus elementos possuem funções complementares de forma a conseguir retirar dos programas o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.

Em nossa opinião, sendo o profissional de desporto e educação física, o especialista da actividade física e movimento, faz todo o sentido que o mesmo integre as equipas de reabilitação cardíaca, tendo uma função muito importante a desempenhar.

No entanto, a realidade diz-nos que as coisas não são bem assim e que se teoricamente se reconhece um lugar ao profissional do desporto e educação física nas equipas de reabilitação o mesmo não acontece na prática. Exemplo disso é o nosso próprio país onde em 1999, num estudo de Mendes aos 7 centros de reabilitação cardíaca existentes, se constata que em 6 deles as sessões de exercício eram ministradas por fisioterapeutas e em apenas num dos centros encontramos um professor de Educação Física.

Face a esta situação surge a nossa pergunta de partida: “ Deverá o profissional de desporto e educação física integrar as equipas de reabilitação? Terá o profissional de desporto e educação física um papel importante na monitorização das sessões de actividade física nos programas de reabilitação cardíaca?

Consideramos que as pessoas que melhor poderiam responder a esta pergunta seriam as responsáveis pelos programas de reabilitação cardíaca bem como pelo acompanhamento dos doentes cardíacos, pois quem melhor que um especialista para dar opinião e falar sobre o assunto? Dai a nossa amostra ser constituída por médicos cardiologistas (médicos responsáveis por toda a supervisão dos programas de reabilitação cardíaca) e médicos de família (médicos que acompanham os pacientes após a alta – hospitalar e ao longo de toda a vida do pacientes, bem como supervisores dos programas de reabilitação em ambiente extra – hospitalar).

O presente estudo consiste, então, numa sondagem de opinião junto de médicos cardiologistas e médicos de família relativamente ao papel do profissional de desporto e educação física nas equipas de reabilitação cardíaca.

O objectivo principal deste estudo é: saber, segundo a opinião dos Médicos de Família e Médicos Cardiologistas da amostra, se o Profissional de Desporto e Educação Física tem um papel e uma função a desempenhar nos programas de reabilitação cardíaca e, conseqüentemente, deve integrar as equipas responsáveis por este tipo de programas.



Para alcançar objectivo do estudo foi aplicado um questionário de questões fechadas a 19 médicos cardiologistas de vários hospitais com serviço de cardiologia (Hospital São Sebastião, Hospital Pedro hispano, Hospital de Santo António e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia) e a 27 médicos de família do centro de saúde de Santa Maria da Feira.

Após uma revisão da literatura onde tentamos conhecer e dar a conhecer o estado da arte acerca do tema já referido foram analisados os resultados através da estatística descritiva e inferencial.



2. Revisão da Literatura

2.1. A Reabilitação Cardíaca: Definição e História

Definida, pela World Health Organization (WHO) como “a soma de actividades necessárias para garantir aos pacientes cardíacos as melhores condições físicas, mentais e sociais possíveis para que eles possam, pelos seus próprios esforços, recuperar uma posição normal na comunidade e levar uma vida activa e produtiva” (Bethell e Turner, 1996; Moraes e col, 2001; pag. 173; Moraes e col, 2005; Pinho, 2005), a reabilitação cardíaca (RC) apesar de ver reconhecidos os seus benefícios pela literatura, é uma intervenção terapêutica relativamente recente.

Segundo Mital e Mital (2002) e Ribeiro (2001); os primeiros passos da reabilitação cardíaca (RC) começaram nos inícios dos anos 30, mas foi apenas em 1951 que Levine e Lown apresentaram um programa de RC que incluía a mobilização do doente, no qual o mesmo poderia estar sentado durante duas horas por dia, sendo qualquer outro tipo de esforço proibido. (Mital e Mital, 2002; Álvaro, 1999; Ribeiro, 2001; Domingues, 2001).

Da mesma opinião é Bethell (1999) ao afirmar que entre 1940 e 1950 os malefícios de um repouso prolongado começaram a ser reconhecidos, tendo a primeira proposta de mobilização do doente cardíaco partido de Levine e Lown (em 1972) com o seu “tratamento da cadeira” (“Armchair treatment”).

Lentamente, rompia-se com o tradicional programa de recuperação dos doentes cardíacos, que consistia em 6 – 8 semanas de imobilização total (“até uma actividade física mínima como tomar banho, vestir-se e auto alimentar-se era severamente restringida”: in Álvaro, 1999, pag.31 e Domingues, 2001, pag. 9). E que mais tarde, como já foi referido, se veio a confirmar ser uma terapêutica com consequências deletérias para o funcionamento fisiológico (capacidade cardiorespiratória, volume sanguíneo, número de hemácias, balanço proteico, níveis de força e de flexibilidade muito diminuídos) bem como aumentava os riscos de tromboembolismo e hipotensão ortostática (Bethell, 1999 e Álvaro, 1999).

Testemunho convergente nos dá Moreira (1998) e Moraes e col (2005) ao afirmar que há 4 décadas atrás os pacientes que sofriam de enfarte de miocárdio apresentavam uma grande perda da capacidade funcional, encontrando-se, por ocasião da alta hospitalar, sem condições para retornar às suas actividades familiares, sociais e profissionais. Para isso, muito contribuía o



tratamento daquela época que consistia num repouso absoluto até aos 60 dias após o evento agudo.

Nas décadas que se seguiram muitos estudos acerca desta problemática foram efectuados e paulatinamente o exercício aeróbio começa a dominar a reabilitação cardíaca (Mital e Mital, 2002). Assim, e segundo Moreira (1998) entre 1970 e 1980 foram realizados muitos estudos sobre tratamentos de doentes cardíacos, baseados em exercício físico, que permitiram verificar que a actividade física não era nociva, mas eficaz na reabilitação do paciente, trazendo a este muitos benefícios.

Bethell (1999) chama-nos atenção para algumas datas importantes, ao longo desta batalha travada em nome da reabilitação cardíaca.

Em 1957, Hellerstein e Ford propõem uma definição de reabilitação cardíaca muito próxima à actualmente aceite pela WHO, que incluía ideias importantes como a multidisciplinaridade deste tipo de programas e o objectivo de proporcionar ao doente a oportunidade de voltar ao mundo do trabalho.

Em 1968, Hellerstein descreve um programa de actividade física especialmente elaborado para vítimas de doença coronária que, segundo Bethell (1999), foi um dos pontos de viragem mais importantes nesta história e que levou a que muitos programas de reabilitação cardíaca posteriores tivessem o exercício físico como a sua peça central.

Por seu lado, Mota (1995, citado por Moreira, 1998) afirma que o exercício físico, enquanto terapêutica da doença coronária, não é uma descoberta recente, tendo já em 1772 o médico Herberden, nos seus “Comentaries on the History and Cure of Disease”, prescrito um programa de exercícios para esta população, após ter notado que um dos seus doentes estava praticamente curado, depois de passar 6 meses a serrar madeira, durante meia – hora por dia.

Para Pinho (2005) os primeiros programas de reabilitação cardíaca baseados em exercício físico, surgem em 1960, tendo sido especialmente criados para os indivíduos com síndrome coronário agudo, sem complicações e aplicado muito tempo após o evento.

A evolução da reabilitação cardíaca, ao longo do tempo, também é visível na literatura da especialidade. Ferreira e Martins (s/d) dão o exemplo do livro “Heart Disease” de Eugene Braunwald que, na sua primeira edição em 1980, atribuía à reabilitação cardíaca uma única página e que na sua 6ª edição (publicada em 2001) já aparece com um capítulo inteiro de 12 páginas dedicado a esta problemática.



Desde 1970 (Bethell, 1999; Álvaro, 1999 e Mital e Mital, 2002) que o número de programas de reabilitação cardíaca no mundo tem aumentado de forma significativa, bem como o número de programas que incluem a actividade física e tentam trabalhar vários aspectos da vida do doente (perspectiva multidisciplinar).

Vemos, assim, que ao longo do tempo, a noção de reabilitação cardíaca se vai alterando, e onde ontem tínhamos o repouso absoluto, no agora temos o realce na importância da actividade física e lentamente vamos caminhando para a noção de reabilitação cardíaca como um programa amplo e multidisciplinar que inclui, não só um programa de exercício supervisionado, mas também a educação e o aconselhamento para modificação dos factores de risco (Pinho, 2005).

Para Pinho (2005), presentemente são quatro os componentes essenciais na reabilitação cardíaca: a educação, o aconselhamento, a alteração de comportamentos e o exercício físico. Moreira (1998) concorda com Pinho ao afirmar que um programa de reabilitação cardíaca comporta duas áreas fundamentais: a condição física e educacional, sendo que nesta última se incluem a diminuição dos factores de risco e a modificação de hábitos de vida.

Realçando esta ideia da multidisciplinaridade deste tipo de programas, Daly e col (2002) afirmam que os programas de reabilitação cardíaca não se concentram apenas na melhoria da capacidade física e funcional dos indivíduos, ela também promove a educação do paciente e dos familiares. Daí que a equipa destes programas seja multidisciplinar, com o intuito de oferecer sessões de actividade física, educação e aconselhamento, de toda a família, acerca dos factores de risco, mudanças de hábitos de vida, e formas de aceitar e aprender a lidar com a doença.

Moraes e col (2005) também são da mesma opinião, quando nos dizem que além de dar ênfase à prática de actividade física, os programas de reabilitação cardíaca também envolvem outras acções desenvolvidas por profissionais das áreas de enfermagem, nutrição, assistência social e psicologia, visando modificar outros aspectos que contribuem para a diminuição do risco cardíaco de forma global.

Brammel (1992, citado por Moreira, 1998), reforça esta ideia, dizendo que a reabilitação cardíaca deve ser descrita como um programa voltado para o bem-estar físico, emocional e social, já que a meta não é apenas tratar e remover sinais e sintomas de afecção coronária, mas também ajudar o paciente a atingir o mais alto nível de bem-estar compatível com a incapacidade existente e o prolongamento da vida com qualidade.



Bethell e Turner (1996) salientam um ponto da reabilitação cardíaca, que tem sido bastante valorizado nos últimos tempos, é o envolvimento neste tipo de programas não só do paciente mas também de toda a sua família mais próxima, abrangendo assim os benefícios deste terapêutica a um número mais alargado de pessoas (Bethell e Turner, 1996).

Vemos assim que, hoje, a reabilitação cardíaca é uma intervenção terapêutica multidisciplinar, que não só compreende o acompanhamento/vigilância médica, mas que também pressupõe um apoio psicoterapêutico, o ensino dietético e programas de exercícios físico (Ferreira e Martins s/d).

2.2 Os Objectivos De Um Programa de Reabilitação Cardíaca

Os objectivos gerais de um programa de Reabilitação Cardíaca são facilmente depreendidos, se prestarmos um pouco de atenção à sua definição.

Ferreira e Martins (s/d), afirmam que nos programas de reabilitação cardíaca é efectuado um trabalho que tem em vista as seguintes metas: o restabelecimento da condição física e psíquica do doente; a reinserção familiar, social e pessoal do doente; a alteração de hábitos de vida e controlo dos factores de risco.

Bethell e Turner (1996) vão ao encontro de Ferreira e Martins, mas alertam que um dos objectivos da reabilitação cardíaca é, também, o de dar tempo e atenção ao doente, de forma a permitir que este se adapte ao facto de ter uma doença crónica.

Thompson (2002), também repete os autores já referidos, ao afirmar que qualquer programa de reabilitação cardíaca tem três objectivos principais: manter e melhorar a capacidade funcional do doente; melhorar a qualidade de vida do doente; prevenir eventos cardíacos recorrentes.

Em Alves (2004) encontramos como o cerne de um programa de reabilitação cardíaca a restauração da independência funcional do paciente, de forma a permitir que este retorne o mais rápido possível à vida activa. O aumento da qualidade de vida e a diminuição da mortalidade e morbilidade são também objectivos, por este autor, apontados.

Para Daly e col (2002) as metas a que um programa de RC se deve comprometer atingir são: melhoria da capacidade funcional, diminuição dos sintomas e aumento da qualidade de vida.

Segundo Pinho (2005), o incremento da aptidão física do doente cardíaco é um dos objectivos prioritários da reabilitação cardíaca.



Já para Moraes e col (2005), os programas de reabilitação cardíaca foram desenvolvidos com o propósito de trazer os pacientes de volta às suas actividades diárias habituais.

Ribeiro (2001) apresenta-nos de forma esquemática, simples e resumida os principais objectivos, encontrados na maioria da literatura consultada pelo autor, atribuídos a este tipo de programas. Assim, todos os autores consultados por Ribeiro (2001), incluem como objectivos da reabilitação cardíaca as seguintes metas: reduzir os factores de risco e diminuir a reincidência de um evento cardíaco; aumentar a capacidade funcional do doente; retorno ao trabalho e aumento da autonomia na realização das actividades diárias; restaurar a confiança e reduzir a ansiedade e depressão.

Da leitura efectuada, apercebemo-nos que embora os termos e conceitos utilizados possam ser diferentes, a maioria dos autores consultados atribui à reabilitação cardíaca um conjunto de objectivos muito semelhantes que vão ao encontro da redução da mortalidade e morbilidade e ao aumento da qualidade de vida, através da modificação dos hábitos do quotidiano e do equilíbrio nos vários domínios do comportamento humano.

2.3 Estrutura De Um Programa de Reabilitação Cardíaca

Thompson (2002) afirma que a maioria dos programas de reabilitação cardíaca, baseada em exercício físico, tem uma estrutura semelhante. E, de facto, desde os inícios dos anos 70 que os programas de reabilitação cardíaca apresentam uma estrutura tetrafaseada (Alves, 2004).

Embora muitos autores já coloquem reticências a este tipo de programas e nos digam que esta estrutura tetrafaseada já se apresenta um pouco modificada e que lentamente deixará de existir, os programas de reabilitação cardíaca divididos em 4 fases ainda são bastante comuns, principalmente em Portugal. Daí que tenhamos optado por nos debruçar um pouco sobre os mesmos.

Assim, um programa de reabilitação cardíaca tetrafaseada terá início na fase I, também denominada de fase hospitalar (ACSM, 2000). Esta consiste no primeiro passo da reabilitação cardíaca e tem início mal o doente esteja estável e consciente, terminando no dia em que o paciente tem alta hospitalar, algo que acontece em média 6 a 9 dias após um evento agudo, se bem que tudo depende do estado do doente e políticas do hospital (Bethell e Turner 1996).

Actualmente o Harvard Medical School College (2004, citado por Alves, 2004) recomenda que o paciente não permaneça acamado para além das 12 horas, após a estabilização do doente, o que faz com que a fase I se inicie o mais rapidamente possível.



Segundo vários autores (Pollock, Wilmore e Fox, 1986; Bethell e Turner 1996; Mital e Mital, 2002) os objectivos desta primeira fase são os seguintes: prevenir algumas das complicações provenientes de uma imobilização prolongada; informar o paciente e a família acerca da doença e estadia no hospital; começar averiguar os factores de risco reversíveis; dar apoio e encorajamento à família e traçar um plano de intervenção a realizar após a alta hospitalar.

Nesta fase, de acordo com Alves (2004), os exercícios principais são os cuidados de higiene pessoal e ser capaz de andar para realizar essas actividades. Os pacientes retornam ao repouso sempre que se desenvolverem sintomas.

A caminhada também é um dos exercícios muito recomendados nesta fase, tentando-se que o paciente atinja a capacidade de realizar uma caminhada lenta, mas contínua, durante 5 a 10 minutos (Alves, 2004).

Pinho (2005) diz que a fase I de um programa de RC tem as seguintes características: intra – hospitalar, o trabalho é individual, consiste numa pequena mobilização e educação do doente, bem como preparar o paciente para a alta. Tem a duração de menos de 2 semanas.

Para Bethell e Turner (1996) a fase hospitalar é uma altura crucial onde se podem começar a trabalhar e a preparar o paciente para as futuras mudanças que irão ocorrer na sua vida. Assim, é importantíssimo que todo o pessoal tenha uma atitude positiva de forma a evitar os estados ansiosos e depressivos do doente. É também uma boa altura para fornecer informações, que permitam ao paciente perceber que contrariamente ao que pensa o evento agudo cardíaco que sofreu não é o “começo do fim”.

Esta fase é uma óptima altura para deixar de fumar, pois o paciente ainda está muito assustado com tudo o que se passou e como não é permitido fumar nos hospitais pode ser a altura ideal para trabalhar na cessação tabágica (Bethell e Turner, 1996).

A fase II, de um programa de reabilitação cardíaca, compreende o período após a hospitalização. É uma fase de convalescença e deve ser iniciada imediatamente após a saída do hospital (Domingues, 2001), sendo os cuidados ao paciente dados sobre a forma de regime ambulatorio.

Esta fase (de acordo com Bethell e Turner, 1996) tem uma duração de 2 a 4 semanas, terminando quando o paciente adquire a capacidade de começar com um programa de treino formal, o que normalmente ocorre quando o tecido cardíaco lesionado recupera.



Para Pinho (2005) esta fase II tem as seguintes características: passa-se em regime ambulatorio, é supervisionado, consiste na prática de exercício aeróbio individual ou em grupo (2 a 3 vezes por semana) e na educação do doente. Dura cerca de 8 a 12 semanas.

A prova de esforço deve ser realizada nesta fase, por profissionais habilitados e treinados (Pinho, 2005). Bethell e Turner (1996) referem que todos os pacientes devem fazer uma prova de esforço antes de iniciarem uma prática de actividade física e que a mesma deve ser feita 4 a 6 semanas após o evento agudo. Dizem também que são poucos os pacientes cuja participação numa prova de esforço está contra – indicada. A realização de testes ou provas de esforço, nesta fase, visa os seguintes objectivos:

1. Verificar a existência de isquemia, ainda que residual e sem ou com angina pectoris.
2. Verificar a presença ou não de arritmias induzidas pela prática de actividade física.
3. A resposta da pressão arterial ao exercício.
4. Determinar a intensidade de exercício mais segura e eficaz para o paciente.
5. Avaliar o nível de aptidão física do paciente. (Bethell e Turner, 1996)

Os objectivos desta fase II são os seguintes: ensinar aos pacientes exercícios e programas de treino que este deve levar a cabo de forma a restaurar a sua aptidão física; esclarecer tanto o paciente como a família acerca da doença coronária; continuar a trabalhar na modificação dos factores de risco determinados na fase anterior; conhecer as necessidades psicossociais do paciente e da família; reduzir a ansiedade e estados depressivos do mesmo e a reintegração sócio – profissional (Domingues, 2001; Mital e Mital, 2002).

A fase III de um programa de reabilitação cardíaca inicia-se, em média, por volta das 4 semanas após o enfarte (Bethell e Turner, 1996) e envolve um programa de incremento da capacidade aeróbia e de aconselhamento psicossocial, que pode ir dos 6 aos 9 meses após a segunda fase, segundo Mital e Mital (2002); entre os 6 – 12 meses (para Domingues, 2001) ou entre as 4 semanas e os 2 anos (segundo Bethell e Turner, 1996; Bethell, 1999).

A fase III prossegue os esforços e trabalhos efectuados nas fases anteriores e desempenha um papel de reforço nos hábitos de vida saudável (Domingues, 2001).



Para Pinho (2005) na fase 3 os pacientes exercitam-se em ambiente extra – hospitalar, sendo as sessões supervisionadas periodicamente. Os programas de exercício podem ser individuais ou em grupo e têm uma duração de 12 semanas.

Por último, a **fase IV** inicia-se quando o paciente atingiu os objectivos da reabilitação cardíaca, quer físicos quer mentais e apresenta um comportamento assintomático (Bethell e Turner, 1996). “É a reabilitação cardíaca aplicada ao paciente que estabilizou a resposta ao exercício relativamente ao sistema cardiovascular e fisiológico” (Domingues, 2001, pag. 12).

A fase IV é menos supervisionada que a fase III ou é mesmo realizada sem supervisão. Visa a mudança do estilo de vida e tem uma duração indeterminada (Pinho, 2005).

Esta fase IV dura para toda a vida e por isso, muitos autores não a consideram como uma fase da reabilitação, mas sim como um processo de prevenção secundária que é necessário manter, de forma a não perder os novos hábitos de vida adquiridos (Pinho, 2005)

Pinho (2005), também afirma que embora o programa de reabilitação cardíaca seja dividido em fases, não existe consenso quanto ao número de fases que compõem este tipo de programa. Alguns autores consideram 3 fases, outros entendem que existem 4 fases, considerando uma última fase sem supervisão clínica.

Bethell e Turner (1996) aconselham a repetir, nesta fase IV, o teste de esforço feito na fase II. Este servirá não só para ver as melhorias do paciente, mas também para determinar o seu nível actual de aptidão física e averiguar a existência de alguns riscos.

Apesar da maioria dos programas de reabilitação cardíaca actuais ainda conterem, conforme o que afirmamos em linhas anteriores, os elementos das fases tradicionais, a evolução das tecnologias de intervenção tem levado a uma redução da duração das diferentes fases (principalmente das hospitalares) bem como uma maior abrangência dos objectivos e difusão das fronteiras entre as fases, tornando estas cada vez menos distintas. Por isso, a literatura mais recente prefere substituir a terminologia fase I – IV para os termos intra – hospitalar e extra – hospitalar (Alves, 2004).

Já no ano 2000 o American College of Sports Medicine (ACSM, 2000) se refere aos programas para pacientes internados (fase hospitalar) e programas para pacientes externos.

A principal diferença entre a fase I e a fase intra – hospitalar encontra-se na duração das mesmas. O período de internamento nos doentes cardíacos têm vindo a diminuir bastante nos



últimos anos, sendo que a maioria dos pacientes obtém alta em menos de uma semana (Alves, 2004). Tanto os objectivos, desta fase intra – hospitalar, como o trabalho efectuado são em tudo semelhante à fase I.

O paciente progride para a fase extra – hospitalar quando apresenta as seguintes respostas à actividade: aumento da FC de 5 a 20 bpm, relativamente aos valores de repouso; aumento de 10 – 40 mmHg da pressão arterial sistólica; não ter alterações no ritmo cardíaco ou no segmento ST; não possuir sintomas como palpitações, dispneia, fadiga excessiva e angina de peito (AACVPR, 1999, citado por Alves, 2004).

Os programas extra – hospitalares englobam as tradicionais fases II e III, perseguindo os seguintes objectivos (ACSM, 2000; Alves, 2004):

- a. Proporcionar monitorização e supervisão apropriadas aos pacientes, para detectar o estado clínico do doente, dando esse feedback ao médico responsável, possibilitando assim um acompanhamento mais efectivo;
- b. Desenvolver conjuntamente com o paciente um programa de exercício seguro e efectivo, mantendo e melhorando a capacidade funcional do doente coronário;
- c. Proporcionar educação e aconselhamento ao paciente e à família, assim como terapias eficazes, que sejam capazes de maximizar a prevenção secundária (redução dos factores de risco);
- d. Ajudar o paciente no regresso às suas actividades vocacionais e recreativas ou, se necessário, encontrar alternativas às mesmas.

De uma forma geral, as diferenças entre a estrutura tetrafaseada e os programas de reabilitação cardíaca intra e extra – hospitalar são ténues. Da literatura consultada apercebemo-nos que a necessidade de mudança dos conceitos se prende com a importância de começar a ver os programas de reabilitação como um processo contínuo, onde todas as fases se sobrepõem e complementam.

2.4 População elegível para integrar os programas de reabilitação cardíaca

Segundo Alves (2004) a Reabilitação Cardíaca deve ser acessível a todas as pessoas com doenças cardiovasculares, principalmente pelos enormes benefícios que este tipo de programas traz à qualidade de vida dos pacientes.



Inicialmente dirigido aos doentes após – enfarte agudo do miocárdio, a reabilitação cardíaca foi progressivamente alargando a sua área de acção a outras patologias cardíacas mais severas (Pinho, 20005).

Actualmente e segundo Ribeiro (2001), a reabilitação cardíaca não está destinada unicamente para os doentes que sofreram enfarte agudo do miocárdio, mas também engloba (ou deve englobar) outras patologias, nomeadamente: angina de peito estável, insuficiência cardíaca congestiva; transplante do coração; cirurgia valvular; hipertensão moderada; cirurgia coronária de bypass ou angioplastia percutânea e arritmias (Ades 1998; Monpere, 1999 citados por Ribeiro 2001).

Alves (2004) também considera que a população alvo para a participação nos programas de reabilitação cardíaca deve englobar mais pacientes do que apenas aqueles que tiveram enfarte agudo do miocárdio. Este autor divide a população elegível para os programas de reabilitação cardíaca da seguinte forma: pessoas com doença das artérias coronárias (enfarte agudo do miocárdio, cirurgia de bypass aorto – coronário; angioplastia transluminal percutânea das coronárias e angina estável); outras doenças cardíacas (insuficiência cardíaca compensada; disritmias controladas; implantação de desfibrilhador cardioversor; cirurgia de substituição valvular; cardiomiopatia; ressecção de aneurisma miocardico; transplante cardíaco e anomalias cardíacas congénitas); outras doenças vasculares crónicas (acidente cérebro – vascular e doença vascular periférica).

O ACSM (2000) apresenta as indicações e contra – indicações clínicas para a reabilitação cardíaca. Esta organização afirma que apesar de “nem todos os pacientes poderem ser candidatos adequados para a pratica de exercício físico, praticamente todos serão beneficiados por algum nível de intervenção hospitalar, incluindo a avaliação dos factores de risco, o aconselhamento acerca da actividade e a educação do paciente e da família” (ACSM; 2000, pag. 109).

Atentemos ao quadro em baixo:



Quadro 2.1: Indicações e contra – indicação clínicas para a integração dos pacientes em programas de reabilitação cardíaca (ACSM, 2000, pag.110)

Indicações Clínicas para a Reabilitação Cardíaca (Fases intra e extra hospitalar)	Contra - Indicações Clínicas para a Reabilitação Cardíaca (Fases intra e extra hospitalar)
• Pós – enfarte do miocárdio clinicamente estável. • Angina estável • Após cirurgia de “bypass” coronário. • Após angioplastia coronária transluminal percutânea. • Insuficiência cardíaca congestiva compensada • Transplante de coração. • Outra cirurgia cardíaca, incluindo a próteses valvulares e “pace – makers” • Doença vascular periférica. • Doença cardiovascular de alto risco não ilegível para intervenção cirúrgica. • Alto risco para doença arterial coronariana, com o diagnóstico de diabetes melito, hiperlipidemia, hipertensão, etc.).	• Angina instável. • Pressão sistólica de repouso maior que 200mmHG ou pressão diastólica de repouso maior que 110 mmHG (deverão ser avaliadas diariamente). • Queda ortostática de pressão arterial maior que 20 mmHG com sintomas. • Estenose aórtica significativa (gradiente máximo de pressão sistólica maior a 50 mmHG com um orifício de válvula aórtica menor a 0,75 cm em um adulto de tamanho médio). • Doença sistémica aguda com febre. • Arritmias arteriais ou ventriculares descontroladas. • Taquicardia sinusal descontrolada (mais de 120 batimentos por minuto). • Insuficiência cardíaca congestiva descompensada, • Bloqueio AV de 3º grau (sem marca – passo). • Pericardite ou miocardite activa. • Embolia recente. • Tromboflebite. • Alteração em repouso do segmento ST (mais de 2mm). • Diabetes descontrolada (glicose sanguínea em repouso maior que 400 mg/dl). • Afecções ortopédicas graves que poderiam tornar o exercício proibitivo. • Outras afecções metabólicas, tais como tireoidite aguda, hipocalcemia ou hipercalemia, hipovolemia, etc.

Ferreira e Martins (S/D), assim como Moraes e col (2005), referem que são preferencialmente seleccionados para participar em programas de reabilitação cardíaca os doentes de baixo e médio risco de complicações, de acordo com a estratificação da American Association of Cardiopulmonary Rehabilitation:

- **Baixo risco de complicações:** capacidade funcional superior a 7 METs; função ventricular com fracção de ejeção superior a 50%; classe I ou II de NYHA; ausência de complicações hospitalares; ausência de sinais de isquemia do miocárdio em repouso; prova de esforço superior a 6 METs; ausência de ectopia ventricular significativa; ausência de complicações após enfarte agudo do miocárdio ou by-pass coronário; subida apropriada da pressão arterial sistólica com o esforço; capacidade de auto-monitorização da intensidade de exercício (habitualmente através da determinação do pulso radial).
- **Risco intermédio:** Fracção de ejeção entre 35 e 45%; alterações da repolarização ventricular reversíveis na prova de esforço; história de angina instável; depressão de ST superior a 2



mm com FC superior a 135 bpm ou dispêndio energético superior a 5 METs (classificação prognóstica de Broustet, grau I).

2.5. Benefícios da prática de actividade física nos programas de Reabilitação Cardíaca

Os benefícios da prática de actividade física, em programas de reabilitação cardíaca, apontados pela maioria da literatura são os seguintes:

1. Redução da mortalidade

Moraes e colaboradores (2001) dizem que muitos estudos não conseguiram detectar qualquer benefício do exercício físico nos índices de mortalidade. Referem, no entanto, dois estudos em que se concluiu que os pacientes coronários que participam num programa de reabilitação podem esperar uma redução de 20 a 25% nos índices de mortalidade.

Da mesma opinião é Bethell (1999) ao afirmar que nos últimos 10 anos (até à publicação de seu artigo) não houve estudos que demonstrassem números estatisticamente significativos na redução da mortalidade, em pacientes com doença cardíaca, que foram alvo de programas de reabilitação.

O autor citado diz, contudo, que a actividade física regular reduz os sintomas de angina, bem como a variabilidade da frequência cardíaca e a probabilidade de arritmias, o que, por sua vez, poderá estar associado a uma menor mortalidade após o enfarte agudo do miocárdio.

Já Bittner e col. (1963 citado por Álvaro 1999) dizem que a reabilitação cardíaca diminui consistentemente a mortalidade mas que não protege contra um reenfarte. O reenfarte das pessoas treinadas tem menos probabilidades de ser fatal.

Silva (2001) também nos diz, a partir da leitura de várias meta – análises, que existe uma redução da mortalidade cardiovascular em pacientes que participaram numa programa de reabilitação cardíaca multifactorial.

Thompson (2002), também afirma que o exercício físico pode reduzir a repetição de eventos cardíacos nos pacientes, embora, afirme igualmente que nenhum estudo tenha tido o poder suficiente para testar esta hipótese. Segundo o mesmo autor nenhum estudo pode comprovar com segurança que a pratica de actividade física reduz a mortalidade.

2. Capacidade funcional

São vários os estudos que comprovam a importância do exercício na melhoria da capacidade funcional dos sujeitos. Esses benefícios devem-se essencialmente à melhor



capacidade de conduzir, extrair e utilizar oxigénio (através de adaptações tanto centrais como periféricas), bem como pelo melhoramento dos sintomas.

Mota (2001) diz - nos que o objectivo do treino físico na recuperação dos pacientes cardíacos é o de aumentar a capacidade de esforço tolerável, de modo a que os esforços da vida quotidiana se situem aquém de 50% das possibilidade máximas. O conceito de “máximo” é ditado pelo aparecimento de sinais ou sintomas como anginas, isquémia, arritmias, etc.

Huijbrechts e col (1997) referem que são muitos os estudos que indicam que a prática de actividade física regular em pacientes que sofreram enfarte do miocárdio, aumenta a capacidade funcional dos mesmos e diminui os índices de mortalidade.

No estudo de Corvera e col (2004) os autores observaram melhorias significativas no teste “Six - Minute Walk Teste”, nos doentes com insuficiência cardíaca, após um programa de actividade física de 12 semanas.

Hage e col (2003) afirmam que a prática de exercício físico, englobada num programa de reabilitação cardíaca, melhora a capacidade funcional e a qualidade de vida dos sujeitos.

Segundo Álvaro (1999) as modificações gerais, que podemos esperar de um programa de actividade física, num doente cardiovascular são: diminuição do trabalho do miocárdio e da necessidade de oxigénio em repouso e em exercício submáximo, aumento da capacidade de funcionamento do miocárdio e aumento da estabilidade eléctrica do miocárdio.

Alves (2004) partilha a mesma opinião, ao afirmar que o exercício físico regular, pode desencadear no paciente uma série de alterações adaptativas positivas, nomeadamente a elevação da capacidade funcional. Este autor chama-nos, no entanto, atenção para o facto de que as adaptações crónicas que decorrem da actividade física e do exercício, em pacientes com doença cardiovascular, diferirem das reportadas para indivíduos aparentemente saudáveis.

Assim, e por exemplo, submetidos a um programa de exercício físico, os doentes cardiovasculares aumentam o débito cardíaco através do aumento simultâneo do volume sistólico e da FC_{Max} . Esta situação difere dos sujeitos normais, cuja FC_{Max} não se altera com exercício regular (Alves 2004).

Por outro lado, o exercício físico reduz a FC submaxima, para qualquer carga, o que provoca maior tolerância ao exercício e retarda o aparecimento de sintomas de angina. As alterações na FC são muito mais morosas que em indivíduos saudáveis (Alves, 2004).

Num estudo citado por Alves (2004), em que se trabalhava com doentes coronários, foi possível observar aumentos significativos na capacidade máxima de trabalho e no consumo



máximo de oxigénio, independentemente da intensidade de treino, nos indivíduos da amostra. Os incrementos na capacidade funcional e no $VO_{2\text{ max}}$ deveram-se a aumentos na diferença artério – venosa de O_2 e, em alguns casos, no volume sistólico, muito embora, a melhoria nesses parâmetros seja bastante inferior à verificada em sujeitos saudáveis (Alves, 2004).

Num outro estudo citado por o mesmo autor, verificou - se que o exercício físico regular é muito importante nos doentes coronários, na medida em que promove uma diminuição na exigência de O_2 , a determinada carga, tendo-se verificado que após 12 meses de treino os pacientes da amostra obtiveram aumentos de 20% na tolerância ao exercício máximo e 30% no limiar isquémico. Conclusões e resultados semelhantes são encontrados em Bethell (1999).

Bethell (1999) explica as melhorias decorrentes da prática de exercício físico regular como resultado da combinação de várias adaptações do organismo, nomeadamente, do metabolismo dos músculos, da redução da resistência vascular nos músculos trabalhados, na redução do tónus simpático e na melhoria da performance cardíaca.

Thompson (2002) defende que a prática de exercício físico regular aumenta o $VO_{2\text{ Max}}$, referindo que, no entanto, as melhorias esperadas variam de indivíduo para indivíduo, do tipo de treino efectuado e da gravidade da doença. Assim são esperados incrementos menores em indivíduos com mais idade ou melhor condição física e com uma gravidade e extensão da doença maiores. Os aumentos do $VO_{2\text{ Max}}$ são maiores com o aumento da duração e intensidade do exercício. Afirmar, ainda, que os aumentos médios do $VO_{2\text{ Max}}$ variam entre os 11% e os 56%.

Vemos assim que o exercício físico provoca alterações tanto a um nível central como periférico. Ao nível das adaptações periféricas temos ainda o aumento da densidade capilar, o aumento do tamanho e função das mitocôndrias e o aumento da força muscular (Thompson, 2002).

3. Modificação dos factores de risco

A melhoria da aptidão física e do condicionamento do paciente cardíaco pode afectar positivamente alguns factores de risco da doença coronária (Moraes e col. 2001). Assim, o exercício melhora o perfil lipídico, ajuda na diminuição das lipoproteínas LDL e favorece o aumento das lipoproteínas HDL. Em pacientes obesos estes benefícios são particularmente significativos quando ocorre uma perda de peso, algo que, convém esclarecer, não depende só do exercício mas também de uma alimentação cuidada e equilibrada (Moraes e col 2001).



Ribeiro (2001) e Alves (2004) vão ao encontro de Moraes e col. O primeiro autor descreve os resultados de uma meta – análise de 70 estudos, que comprovam que a prática de exercício físico, em conjunto com uma alimentação equilibrada tem efeitos benéficos na diminuição do colesterol total, lipoproteínas de baixa densidade e níveis de triglicerídeos, bem como provoca um aumento dos nível de colesterol de alta densidade.

No estudo de Yoshida e col (1999), após 4 semanas de prática diária de exercício físico regular e cuidados na alimentação, as concentrações de triglicerídeos, de colesterol total, de colesterol LDL mostraram tendência para descer, enquanto que as concentrações de HDL aumentaram. As melhorias nos níveis de HDL e dos triglicerídeos sanguíneos foram bastante significativas.

Em consonância com os autores anteriormente citados, Alves (2004) atribui à actividade física efeitos anti – aterogénicos. Segundo este autor, a actividade física reduz a progressão da aterosclerose, na medida em que contribui para a diminuição da adiposidade, melhoria dos níveis de colesterol e perfil lipídico e diminuição da pressão arterial.

Esta última (a diminuição da pressão arterial) é também um dos benefícios apontados pela literatura consultada (Behtell, 1999; Álvaro, 1999; Moraes e Col, 2001; Alves, 2004).

A perda de peso é também um dos factores de risco que maiores probabilidades têm de ser modificados com a prática de actividade física regular e alimentação saudável.

4. Benefícios psico – sociais

A ocorrência de um enfarte do miocárdio ou outro evento cardiovascular agudo interfere no aspecto emocional dos indivíduos. Cerca de 70% dos pacientes que tiveram um enfarte recentemente, ficam preocupados com questões como saúde física, retorno ao trabalho, vida sexual, participação em actividades físicas e a possibilidade de viver uma vida agradável (Moraes e col 1999).

Segundo Moraes e col. (1999) 15 a 20% dos pacientes que sofreram um enfarte do miocárdio, desenvolvem estados depressivos o que, por sua vez, aumenta o risco de novo enfarte. Bethell (1999) afirma que a depressão tem vindo a tornar-se um importante factor de risco para a morte súbita, em indivíduos que sofreram enfarte de miocárdio.

Bethell (1999) chama-nos atenção que os programas de reabilitação cardíaca contribuem para uma melhoria do bem – estar do sujeito, mas não na extensão que muitos autores e pessoas acreditam ter. Assim, se por um lado temos provas que o exercício físico ajuda a



combater os estados depressivos e ansiosos, aumentando a confiança e os sentimentos de alegria e bem – estar, estes benefícios aparecem numa extensão muito pequena, quando o exercício físico é o único meio terapêutico usado na reabilitação. Uma meta – análise citada por este autor, diz-nos que quando ao exercício está associado tratamento psicossocial, aprendizagem de técnicas de controlo do stress e de relaxamento, a redução dos sintomas de ansiedade, de depressão, bem como dos índices de mortalidade são maiores.

Para Álvaro (1999), após um acidente cardiovascular, o paciente sente dificuldades em retomar o seu ritmo diário e é invadido por medos e receios.

Ainda segundo esta autora, a prática de actividade física regular e supervisionada pode prevenir ou diminuir a ansiedade e a depressão, pois ajuda o paciente a recuperar a confiança, auto – estima e um sentido de independência. O paciente, “quando fisicamente treinado, está apto para mostrar a si próprio e à sua família que é capaz de assumir a sua posição social” (Álvaro, 1999: 33). Opinião semelhante é apresentada em Ribeiro (2001).

Yoshida e col (1999) registaram melhorias significativas nos resultados dos testes STAI – I e STAI – II, de Spielberger, o que leva à associação entre a prática de exercício físico e a diminuição dos estados ansiosos e ao nível de ansiedade – traço, dos pacientes cardíacos.

2.6. Custo – Eficácia da Reabilitação Cardíaca

Segundo Ferreira e Martins (s/d) e Thompson (2002) a reabilitação cardíaca baseada na prática de exercício físico é uma das poucas intervenções não cirúrgicas com grandes benefícios para o bem-estar do paciente, bem como com uma análise custo/ benefício favorável.

Já Moraes e col (2005) lembram-nos que, por as doenças cardiovasculares serem das mais importantes causas de morte e incapacidade física, social, psicológica e laborativa, têm merecido a aplicação de elevados recursos financeiros.

Na literatura são vários os estudos que nos tentam comprovar a relação positiva custo – benefício que os programas de reabilitação cardíaca baseados na prática de exercício físico oferecem.

Assim, Ades e col (1992) citados por Thompson (2002) mostraram que os doentes pós-enfarte do miocárdio ou cirurgia de bypass que participaram numa programa de exercício físico, apresentaram menos internamentos hospitalares e estadias menores o que se repercutiu numa poupança de 739 dólares por doente, por ano.



Da mesma opinião são Daly e col (2002) ao afirmarem que o principal factor para a boa relação custo – eficácia da reabilitação cardíaca, está relacionado com o facto da prática de actividade física diminuir as idas dos pacientes ao hospital bem como diminuir os índices de novos internamentos devido ao surgimento de problemas ou eventos agudos.

Moraes e col. (2005) relatam um estudo de Hambrecht e col. (2004), que compararam um grupo de indivíduos com doença arterial coronária submetido a um programa de exercício físico por 12 meses, associado a tratamento farmacológico, com um outro grupo de pacientes cardíacos, mas que tinha sido submetido a uma revascularização percutânea e estava também com tratamento farmacológico associado. Os autores constataram que os pacientes do grupo de exercício físico apresentaram uma sobrevida livre de novos eventos agudos de 88%, obtiveram um aumento da capacidade funcional de 16%, além de um ganho custo – eficácia de aproximadamente 100% (o grupo de exercício gastou aproximadamente U\$ 3429 enquanto que o grupo da revascularização percutânea gastou U\$ 6956).

Bethell e Turner (1996), no entanto, chamam-nos atenção para um estudo de O'Connor (1989), onde estes autores estimaram que embora o custo - eficácia da reabilitação cardíaca fosse superior a muitos tratamentos farmacológicos, o verdadeiro índice custo – eficácia deste tipo de programas de reabilitação eram sobrestimados, porque os efeitos da reabilitação caíam abruptamente passados 3 anos da intervenção.

Num outro estudo citado por os mesmos autores (Bethell e Turner, 1996) chegou-se à conclusão que o índice custo por qualidade de vida, daqueles que participaram num programa de reabilitação cardíaca baseado em exercício físico era igual à daqueles pacientes que foram submetidos a cirurgia de bypass.

Moraes e col (2005) também nos chamam atenção que se o treino físico, como intervenção primária e secundária, pode apresentar uma relação custo – eficácia muito positiva, esta só é real quando existe uma verdadeira aderência ao programa. Com ausência de absentismo, um programa de actividade física (supervisionado ou não) pode efectivamente salvar vidas e economizar custos.

2.7. A Reabilitação Cardíaca no Mundo

Da literatura consultada, pouca foi a informação encontrada acerca das estruturas e objectivos dos programas de reabilitação cardíaca, existentes nas diferentes partes do mundo.



Começamos com Bethell e Turner (1996) que nos dão uma visão bastante detalhada sobre o sistema de reabilitação cardíaca na Europa Central. Segundo estes autores o sistema reabilitativo na Europa compreende basicamente 3 fases:

- A fase I ou fase hospitalar.
- A fase II: Após a alta hospitalar e em regime ambulatorio.
- A Fase III: Em regime domiciliário e durante um período de tempo indeterminado.

Relativamente aos objectivos e áreas de intervenção dos programas, os autores já referidos (Bethell e Turner, 1996) mostram-nos um esquema que, como poderemos ver, nos leva a pressupor que a abordagem multidisciplinar existe, compreendendo não só programas de actividade física mas também educação, controlo dos factores de risco e apoio psicossocial. Do esquema apresentado vemos, também, que os objectivos procurados são os mesmos que os apontados pela literatura.

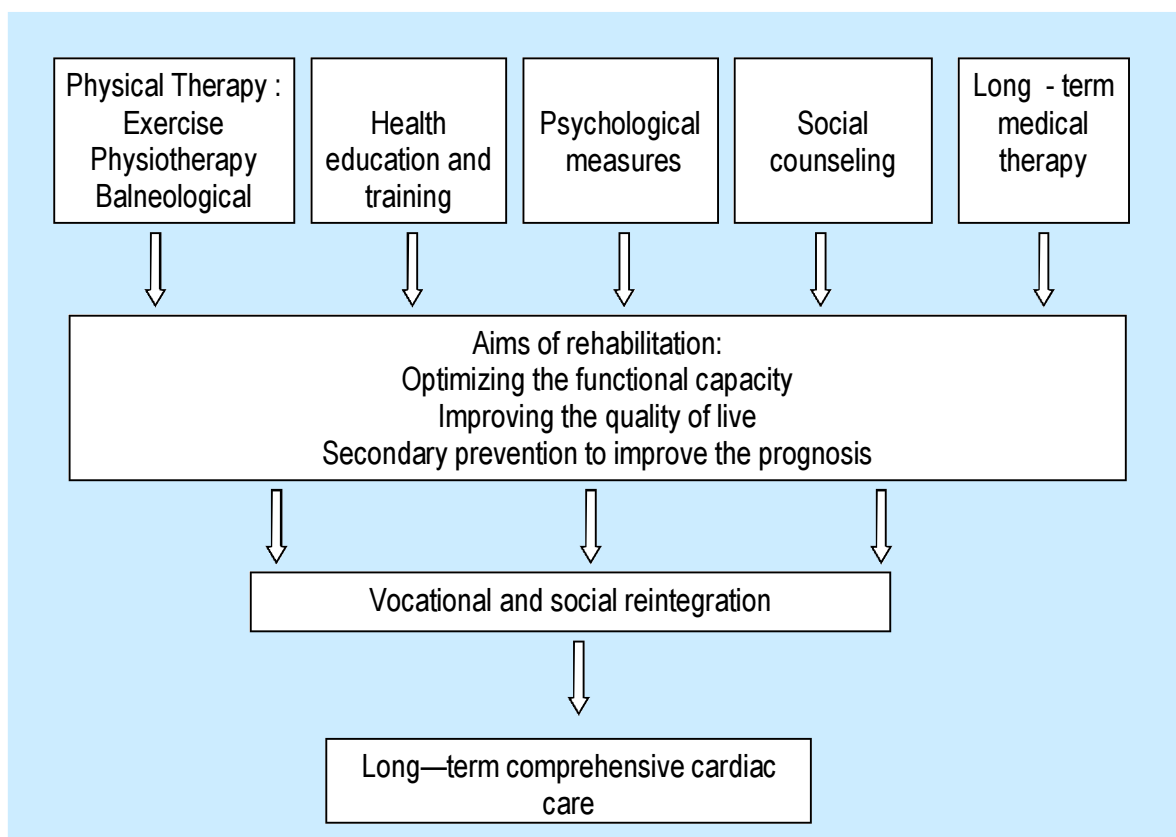


Figura 2.1 – Sistema de reabilitação cardíaca na Europa central (Bethell e Turner, 1996: 49)



Muito embora Bethell e Turner (1996) nos apresentem uma explicação teórica de como funcionam os programas de reabilitação cardíaca europeus, a restante literatura encontrada (e que se reporta à situação europeia) descreve uma realidade bem diferente da desenhada e desejada.

Assim, embora a um nível teórico a literatura consultada nos mostre que os actuais programas ainda funcionam com base nas 4 fases dos programas de reabilitação, é raro existir um centro ou um protocolo que abranja, realmente, as quatro etapas e que acompanhe o paciente ao longo de todo o processo reabilitativo.

Exemplo disso é o Reino Unido, sobre o qual Lewin (2003) afirma que, embora existam aproximadamente 300 programas de reabilitação cardíaca no país, estes são sedeados, fundamentalmente, no hospital, possuindo apenas a fase I ou fase hospitalar.

Testemunhos semelhantes nos dão outros autores referindo-se à situação dos seus países. Assim, Yoshida e colaboradores (1999) afirmam que, no Japão, a maior parte dos programas de reabilitação cardíaca compreendem apenas a fase I da estrutura tetrafaseada, havendo alguns programas que incluem a fase II, em regime ambulatorio.

Mital e Mital (2002) referem-se aos programas de reabilitação cardíaca dos Estados Unidos da América e afirmam que a maioria desses apenas englobam as fases I e II. Os mesmos autores referem ainda que actualmente, nos Estados Unidos, os programas de reabilitação Cardíaca não visam o desenvolvimento das diferentes valências do sujeito (nomeadamente a psicológica, física, emocional e social) consistindo apenas na prescrição de actividade física, com o intuito de aumentar a aptidão física do paciente.

Mais importante do que a maioria dos países não possuir, actualmente, programas de reabilitação cardíaca que acompanhem realmente o paciente em todas as fases do seu processo reabilitativo, temos o facto apontado por grande parte da literatura consultada e tão bem explanada em Thompson (2002) quando este afirma que apesar dos benefícios comprovados, os programas de reabilitação cardíaca permanecem pouco utilizados em todo o mundo. Da mesma opinião é Lewin (2003) quando afirma que a reabilitação cardíaca é um tratamento eficaz sub – utilizado.

Em termos estatísticos, Thompson (2002) e Ades e col (2000) alertam-nos para o facto de apenas 15% dos doentes coronários, residentes nos Estados Unidos da América (USA), serem enviados para programas de reabilitação, baseados na prática de actividade física. Já em 1981 e segundo Moreira (1998), a American Heart Association identificou mais de 700 programas de



reabilitação cardíaca, nos Estados Unidos. No entanto, de uma estimativa de 640.000 doentes cardíacos, existentes naquele país, apenas 30.000 estavam inscritos nesses programas.

Daly e colaboradores (2002) afirmam que na Austrália os números são idênticos aos dos USA, sendo a taxa de participação entre os 15% e os 30%.

Na Europa, os números são semelhantes, sendo em média, a taxa de admissão de doentes coronários em programas de Reabilitação Cardíaca, entre 20 e os 50% (Ferreira e Martins, s/d.).

Em Portugal os números decrescem bastante, sendo a taxa de admissão de doentes coronários em programas de reabilitação de 0,7%, no ano 1999 (Mendes 2001).

2.8. A Reabilitação Cardíaca em Portugal

Para Mandes (2001) a Reabilitação Cardíaca chegou a Portugal (Lisboa) em 1982, tendo-se iniciado no Centro Clínico do Dr. Dídio Aguiar, através dos esforços do Dr. Joaquim Aguiar e dos professores António Couto e Eduardo Mota (Mendes, 2001).

No entanto, para Moreira (1998), os programas de Reabilitação Cardíaca, em Portugal, tiveram início em 1975, no Porto e com a formação do Programa de Reabilitação Cardíaca do Centro de Cirurgia Torácica do Hospital de São João, desenvolvendo a fase I.

Em 1988 surgiram mais dois centros de reabilitação cardíaca: o centro do Hospital Militar de Belém e o Instituto Coração, ambos em Lisboa.

Em 1991 criou-se o Clube Coronário de Lisboa, que surgiu da colaboração entre o Instituto Coração e o Departamento de Educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana (Mendes 2001).

A reabilitação cardíaca chega à região Porto em 1992 com a clínica Fisimaia e em 1993 é formada a unidade de Reabilitação Cardíaca do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (Mendes 2001).

O Centro Diprofisio nasce em 1993 e situa-se na cidade da Maia (Moreira, 1998).

Um estudo levado a cabo em 1999 (Mendes 2001) conclui que ao todo em Portugal existiam 7 centros de Reabilitação Cardíaca, estando 4 situados na região de Lisboa (Hospital Militar de Belém, Instituto Coração, Centro Clínico do Dr. Dídio Aguiar e Clube Coronário de Lisboa) e 3 situados na região do Porto (Centros Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Fisimaia e Diprofisio). Destes sete centros apenas dois são do domínio público (centro hospitalar de Vila



Nova de Gaia e Hospital Militar de Belém e apenas um (o clube coronário) não tem fins lucrativos.

Em 1998, Moreira refere a existência de, pelo menos, mais um centro com programa de reabilitação cardíaca; o Hospital de São João, na cidade do Porto.

Desde 1999 aos dias de hoje mais centros de reabilitação cardíaca foram criados, existindo a unidade Reabilitação Cardíaca do Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, fundada (segundo Ferreira e Martins; s/d) em Agosto de 2001, e a unidade de Reabilitação Cardíaca da unidade local de saúde de Matosinhos que tem lugar no Hospital Pedro Hispano.

No que às estruturas dos programas diz respeito, Mendes (2001) afirma que todos os centros existentes têm como base um programa de exercício físico e um programa de controlo dos factores de risco.

Ainda em Mendes (2001) vemos que o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia era o único que, em 1999, tinha fase I e actividade em todas as fases do programa de reabilitação cardíaca.

Dos 7 centros estudados, o Diprofisio, Hospital Militar de Belém, Instituto Coração e Clínica Dr. Dídio Aguiar, aceitavam doentes para as fases II, III e IV e o Clube Coronário de Lisboa recebe apenas doentes para a fase IV.

No hospital de São João desenvolve-se, apenas a fase I, do programa de reabilitação cardíaca (Moreira, 1998).

O Hospital São Sebastião apenas tem em curso a fase II (Ferreira e Martins, s/d), apresentando um programa singular, que consiste na reabilitação cardíaca em meio – aquático (Branco, 2005).

No estudo de Moreira (1998) constatamos que os cinco centros de reabilitação cardíaca por esta autora apresentados (Hospital de São João, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Clube Coronário, Instituto Coração e Diprofisio) recebiam um total de 1358 pacientes, sendo a faixa etária dos pacientes, muito heterogénea e variando entre os 0 e os 85 anos.

Na reportagem de Oliveira (2005) conseguimos saber um pouco mais sobre como funciona o Instituto Coração. Segundo o autor, neste centro, ninguém inicia a prática de actividade física sem realizar uma prova de esforço prévia e ter feito uma avaliação cardiológica, exames específicos e análises.

As primeiras sessões servem para os pacientes se adaptarem à nova realidade, é-lhes ensinado a controlar a respiração, a postura e a dor, a terem mais confiança e a “saberem tudo



sobre a nova oportunidade que a vida lhes deu” (Oliveira, 2005, pag.98). Só depois passam ao treino.

Nas primeiras fases a actividade física é praticada com monitorização electrocardiográfica. Com o passar do tempo e quando o paciente entre na fase de manutenção é utilizado uma cardiofrequencímetro.

A prática de actividade física têm uma frequência de 3 a 5 vezes por semana, no mínimo durante meia – hora e, se possível, durante o resto da vida dos paciente.

Relativamente às sessões de treino e tipos de treino utilizados, dos dados recolhidos por Moreira (1998) verificamos que o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia; o Instituto Coração e a DIPROFISIO, realizam treinos do tipo contínuo, intermitente e intervalado. O Clube Coronário de Lisboa realiza treinos do tipo contínuo e intervalado.

Todos os centros citados, realizam as sessões de treino com uma frequência semanal de 3 vezes tendo as sessões de treino uma duração de 60 minutos.

Todos os centros inquiridos por Moreira (1998) realizam avaliações dos pacientes antes, durante e no final do programa, estando a prova de esforço incluída nos exames por estes centros realizados.

No Hospital São Sebastião, apenas se desenvolve a Fase II, tendo, aqui, as sessões de treino uma frequência bi – semanal e uma duração de 90 minutos.

2.9. Uma equipa multidisciplinar

Já em 1986, Pollock, Wilmore e Fox fazem apelo para a necessidade de dar aos programas de reabilitação cardíaca um enfoque multidisciplinar, devendo os mesmos serem planeados, discutidos e ministrados por uma equipa de reabilitação formada pelos seguintes especialistas: um médico, uma ou duas enfermeiras (instrutoras e especialistas em reabilitação cardíaca), fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional, fisiologista do exercício, psicólogo clínico, profissional de educação física, assistente social, nutricionista, farmacologista e um orientador vocacional de reabilitação.

Segundo os mesmos autores todos estes especialistas devem ter formação de suporte básico de vida e têm como função a de auxiliar o médico responsável pelo atendimento do seu paciente.

Moreira (1998) afirma que actualmente, nenhum dos médicos é de opinião que o exercício físico constitui por si só uma alternativa terapêutica aos pacientes cardíacos, mas é, antes um



válido suplemento que deverá ser colocado ao mesmo nível de uma dieta correcta, de períodos de repouso adequados e de terapêutica farmacológica, dando assim ênfase à necessidade da multidisciplinaridade deste tipo de programas.

Da mesma opinião é a Organização Mundial de Saúde (OMS), que afirma que a actuação da equipa de reabilitação deve actuar não só no campo físico mas em aspectos que correspondem às áreas psicológica e social, relacionada com a qualidade de vida do doente cardíaco (Moreira, 1998).

Balady e col (2003), assim como Bethell e Turner (1996), aparentam ser da mesma opinião, quando afirmam que a supervisão dos programas de reabilitação deve estar a cargo de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e profissionais de desporto e educação física, elementos que possuem funções complementares de forma a conseguir retirar dos programas o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.

Moraes e col (2005, pag.437) ao falar de programas de reabilitação cardíaca para pacientes submetidos a transplante cardíaco, referem a importância da multidisciplinaridade deste tipo de programas, quando afirmam o seguinte: “Para esse grupo de pacientes, os programas formais de exercício parecem ser mais proveitosos do que somente a prática de actividade física domiciliar, pois, além de recuperarem a capacidade funcional, eles beneficiam do suporte educacional, nutricional e do apoio psicológico, disponíveis em programas estruturados de reabilitação cardíaca”.

No seu estudo, Yoshida e col (1999) concluem que embora a prática de exercício físico traga imensos benefícios à população cardiopata, os maiores efeitos no perfil lipídico e no colesterol dos indivíduos é conseguido com uma abordagem multidisciplinar que inclua não só exercício físico, mas também uma alimentação correcta, aconselhamento e apoio psicológico, e tratamento farmacológico.

Moreira (1998) diz-nos, que sendo a doença cardíaca de natureza multifactorial, faz todo o sentido que o seu tratamento seja multidisciplinar, pelo que esta intervenção terapêutica só pode ser posta em prática através de uma equipa pluridisciplinar competente e tecnicamente habilitada para ocorrer às necessidade deste tipo de doentes.

Embora seja dado um enfoque muito especial à necessidade dos programas de reabilitação serem multifactoriais (englobarem todos os elementos/factores que directa ou indirectamente influenciam os efeitos das doenças cardiovasculares) e transdisciplinares (necessita dos conhecimentos e potencialidades de diversas áreas do conhecimento



relacionadas com as causas desta patologia), poucos são os autores que, nos seus trabalhos, se referem à constituição das equipas de reabilitação.

Mendes (1999) é um dos poucos autores que se debruça sobre o quadro técnico das equipas de reabilitação cardíaca, tendo a vantagem de se referir à situação portuguesa. O autor começa por afirmar que o quadro técnico dos centros reabilitativos portugueses é pluridisciplinar, envolvendo médicos e outros técnicos de saúde e de educação física. Dos 7 centros estudados, o autor verifica que o director do programa é um cardiologista isolado (em 3 centros) ou então um cardiologista em equipa com um fisiatra (3 centros) ou em equipa com um professor de educação Física (1 dos centros).

O quadro pessoal médico de todos os centros inclui, então, um cardiologista (em todos os centros), fisiatras (4 centros), psiquiatras (5 centros), cirurgião cardíaco (2 centros), endocrinologista (1 dos centros) e especialista em Medicina desportiva (1 dos centros).

Em 6 dos 7 centros estudados, as sessões de exercício são ministradas por fisioterapeutas e apenas num dos centros ("Clube Coronário de Lisboa") encontramos um professor de Educação Física.

No "Instituto Coração" as sessões de exercício, nas fases II e III, são ministradas por fisioterapeutas e a maioria das sessões da fase IV é supervisionada por professores de Educação Física (Mendes, 1999).

Para além desses profissionais também se encontram enfermeiros (1 dos centros) e nutricionista/dietista (1 dos centros).

Moreira (1998) também afirma que a equipa de reabilitação dos centros portugueses é pluridisciplinar, envolvendo vários especialistas como cardiologista, fisioterapeuta, enfermeiros, pneumologista, cirurgião torácico, dietista, especialista em exercício, psiquiatra, etc.. Segundo a mesma autora, o número de especialistas que compõem a equipa varia de acordo com as necessidades dos doentes.

Muito embora o testemunho de Mendes (1999), nos mostre a existência de programas multidisciplinares em Portugal, a literatura sobre o tema mostra-nos que dificilmente, e em praticamente todo o mundo, os programas actuais apresentam uma verdadeira multidisciplinaridade e transdisciplinaridade.

Assim, Moreira (1998) afirma que em Portugal a Reabilitação Cardíaca tem sido relegada para plano secundário, não sendo ainda praticada de forma sistemática. A autora continua, dizendo que existem diversos obstáculos à generalização de programas de reabilitação cardíaca,



ressaltando a diminuta existência de técnicos com experiência pessoal e a dificuldade na aceitação da cooperação multidisciplinar.

Lewin (2003), referindo-se aos programas de reabilitação cardíaca no Reino Unido, afirma que a maioria dos mesmos foram iniciados por fisioterapeutas ou enfermeiros, sendo poucos desses programas verdadeiramente multi – profissionais.

Mital e Mital (2002), num artigo em que chamam atenção para o facto dos programas de actividade física na população com doença cardiovascular não estarem a ser tão eficazes quanto o esperado, referem que um factores pode estar no facto de que os programas são unicamente supervisionados por profissionais médicos ou clínicos (enfermeiras), quando se deveria apostar numa equipa multidisciplinar.

Os próprios pacientes também sentem necessidade de uma maior interdisciplinaridade. Por exemplo, Paulo Coelho, citado por Oliveira (2005) afirma que as mudanças de vida a que se obrigam os doentes cardíacos, quando tomam consciência da gravidade do problema que têm, não são fáceis de aceitar e é comum cair-se em depressão. No entender deste doente coronário, a psicologia devia interferir mais vezes no processo da adaptação e reabilitação do paciente (Oliveira, 2005).

Daly e col (2002) levantam uma problemática importante (que em nossa opinião reforça a necessidade e a importância da multidisciplinaridade) quando afirmam que os programas de reabilitação cardíaca necessitam de ser flexíveis de forma a se adaptarem à personalidade de todos os pacientes. Os autores dão como exemplo o facto de haver uma grande desistência por parte das mulheres neste tipo de programas, situação que pode estar relacionado com o facto destes programas serem muito centrados no exercício físico, algo que as mulheres não percebem como útil para a satisfação das suas necessidades e com o qual não estão identificadas. Talvez nesta população haja a necessidade de, numa fase inicial, se dar mais ênfase à parte psicossocial, pois isso vai ao encontro dos sentimentos de depressão e ansiedade que normalmente esta parte da amostra apresenta (Daly e col, 2002)

Está provado que um programa multidisciplinar consegue maiores ganhos e benefícios do que um programa só baseado em exercício: estudos mostram, por exemplo que os níveis de ansiedade, stress e depressão nos pacientes pós – infarte são menores quando submetidos a uma reabilitação multidisciplinar do que quando submetidos apenas a um programa de exercício físico (Bethell e Turner, 1996).



2.10. Barreiras à adesão e participação nos programas de Reabilitação Cardíaca

Vemos que actualmente, muitos são os doentes que não usufruem dos benefícios advindos da prática de exercício físico, enquanto intervenção terapêutica de Reabilitação Cardíaca. Igualmente, ainda não se conseguiu instalar programas de reabilitação cardíaca que acompanhassem em todas as fases do processo de reabilitação, este tipo de pacientes.

Daly e col (2002) afirmam, contudo, que pior do que a pequena taxa de participação nestes programas é o facto de que só um terço dos pacientes, que participaram neste tipo de programas, mantém hábitos de prática de actividade física após 6 meses do término dos mesmos.

Outra problemática envolvendo a reabilitação cardíaca é exposta por Lewin (2003) e Daly e col (2002) que afirmam que, actualmente, existem muitos grupos demográficos que se encontram sub – representados, descobrindo-se entre eles as mulheres, os economicamente desfavorecidos, os mais idosos, as minorias étnicas, os deprimidos e os fumadores. Para estes autores a falta de fundos não é a única razão para tantos grupos serem sub – representados, contribuindo também factores relacionados com as dificuldades de transporte, longas listas de espera, falta de motivação para a prática de actividade física e a exclusão (em alguns centros) dos pacientes que apresentem uma mínima “complicação”, como angina ou insuficiência cardíaca ligeira.

Relativamente às mulheres, Gallagher e col (2003) afirmam que a percentagem de mulheres que integram os programas de RC são, em média, 10% a 40% inferiores à percentagem de homens participantes.

Segundo Daly e col (2000) após a hospitalização apenas 20% dos pacientes que entram nos programas de reabilitação cardíaca são mulheres, apesar de 40% dos pacientes cardíacos serem do sexo feminino. Tal facto é preocupante se tivermos em conta que as mulheres apresentam pior qualidade de vida, maiores índices de ansiedade e depressão e mais sintomas que os homens após o enfarte de miocárdio. Uma das razões para esta pouca adesão pode estar relacionada com o facto das mulheres terem eventos agudos mais tarde e, por isso, com maior grau de incapacidade, o que de acordo com a literatura, leva a menores índices de participação. Outra das razões é que a mulher entra mais rapidamente “ao serviço”, principalmente nas funções doméstica, o que faz com que não sinta tanta necessidade para participar nesse tipo de programas. (Daly e col, 2002 e Gallagher e col, 2003).



Esta situação leva à necessidade de perceber as dificuldades e barreiras que se opõem à proliferação deste tipo de programas, bem como tentar arranjar soluções.

Ades e col (2000) dizem-nos que a pouca participação nos programas de reabilitação cardíaca deve-se a um complexo e múltiplo rol de factores, onde estão incluídos o facto dos programas ocorrerem, principalmente, em grandes cidades, inviabilizando a participação dos doentes de terras mais longínquas; o facto do horário das sessões interferir com o horário de trabalho dos pacientes; algumas características próprias do doente (idade, sexo, estado civil, personalidade, etc.) e contra – indicações médicas.

Da mesma opinião são Daly e col (2002), que no seu estudo acerca das barreiras aos programas de RC descobriram que as causas que estão por detrás de tão baixa participação e aderência são muitas. No que à pouca participação diz respeito, os autores apontam os seguintes factores: pouca informação cedida pelo pessoal médico; doenças associadas à cardiopatia; diagnósticos em que a prática do exercício é contra – indicada; distância e meios de transporte; motivação; suporte social e familiar; nível de auto – estima; percepção de auto – eficácia; percepção dos benefícios da RC; auto – conceito; poucas possibilidades económicas, etc.

Já no que concerne à pouca aderência na adopção de hábitos de vida activos os autores citados (Daly e col, 2002) apontam as seguintes causas: idade; ser do sexo feminino; nível de habilitações académicas; sofrer de angina; percepção dos benefícios da RC e grau de sedentarismo anterior à doença.

Thompson (2002) aponta como principal causa da pouca aderência e existência de programas de reabilitação cardíaca, a falta de conhecimento dos benefícios desta iniciativa, por parte da classe médica: “poucos doentes são enviados para programas de reabilitação cardíaca baseados em exercício, provavelmente porque muitos médicos não se sentem à vontade com a prática de exercício físico e não estão familiarizados com os seus benefícios” (Thompson, 2002, pag. 14). Discurso semelhante encontramos em Moore (2000), quando afirma que os médicos têm pouca experiência na prevenção e reabilitação de doenças cardiovasculares, principalmente porque não têm formação adequada para ajudarem os doentes a alterarem os seus estilos de vida e porque o aconselhamento sobre hábitos de vida saudáveis exige muito tempo que, de um modo geral, não é remunerado.

Duncan e Pozehl (2002), afirmam que a pouca aderência aos programas de reabilitação cardíaca também se relacionam com a falta de informação dos pacientes, acerca dos benefícios



desta terapêutica, bem como com a ausência de suporte emocional a longo prazo, por parte da classe médica ou outros intervenientes nos programas de reabilitação.

A não identificação com o tipo de modalidade oferecida pelos programas ou o facto da pessoa não gostar de praticar actividade física, bem como o passado desportivo da pessoa e o nível socioeconómico são também indicadores, apontados pela literatura, como importantes no grau de adesão aos programas (Daly e col, 2002).

A evolução farmacológica também pode estar ligada aos baixos índices de participação, na medida em que muitos medicamentos permitem alcançar os mesmos benefícios que os atingidos com a prática de actividade física (Daly e col, 2002).

Mais do que factores isolados, a maioria dos autores atribui a pouca aderência e participação a uma combinação de variáveis.

Debruçando-nos agora, um pouco mais especificamente, na pouca adesão aos hábitos de actividade física, por parte dos pacientes cardíacos, referimos Daly e col (2002) que nos dizem que os benefícios da reabilitação cardíaca são maiores quanto maior a aderência dos pacientes e quanto maior o seu prolongamento no tempo.

No entanto, Duncan e Pozehl (2002) dizem-nos que a adesão ao exercício físico durante um período de tempo muito prolongado é especialmente difícil para os doentes cardíacos, estimando-se que 50% dos pacientes que iniciam um programa de actividade física desistem até aos primeiros 6 meses. A razão apontada pelos autores para uma taxa tão grande de desistências está relacionada com o desconforto (dispneia, fadiga e outros sintomas) que o exercício físico pode causar. Às pessoas com doença cardíaca e com uma má aptidão física.

Neste ponto, a literatura fala-nos sobre a importância de supervisão e como o apoio emocional destes indivíduos ao longo das sessões de treino pode influenciar o seu grau de motivação para a prática. Uma vez que estas questões serão aprofundadas mais à frente no trabalho, limito-nos a fazer uma breve referência a elas neste momento.

Para além da dificuldade dos pacientes em persistirem na prática de actividade física, outra questão relacionada com toda esta problemática está no facto da maior parte dos programas existentes serem de duração e frequência reduzida, o que põe em causa a sua eficácia na implementação de hábitos saudáveis para toda a vida (Thompson, 2002; Hage, Mattsson, Stahle. 2003).



Da mesma opinião são Yoshida e col (1999) ao afirmar que é difícil modificar hábitos de vida, através de um programa que consiste apenas em duas a três sessões semanais de actividade física e leituras.

Apesar da maioria da literatura apenas referir os inconvenientes de um programa de reabilitação cardíaca de curta duração, nem todos os autores são unânimes nessa opinião. Por exemplo, foi encontrado um estudo que demonstra que, muito embora, os programas de maior duração sejam mais eficazes, mesmo um pequeno período (3 meses) de actividade física regular, após um evento cardíaco, tem efeitos positivos no nível de actividade dos participantes, 3 a 6 anos após a iniciativa (Hage, Mattsson, Stahle, 2003).

2.11 A Reabilitação Cardíaca em ambiente extra – hospitalar: "The Home – Based Cardiac Rehabilitation"

Face às questões referidas, a literatura consultada é convergente relativamente ao percurso que é necessário seguir para vingar a reabilitação cardíaca: a reabilitação cardíaca feita em ambiente extra – hospitalar.

De acordo com Thompson (2002) o facto das terapêuticas de intervenção, face a um enfarte do miocárdio, serem cada vez mais sofisticadas e a contenção de custos ser cada vez mais elevada, leva a que os internamentos dos doentes por enfarte do miocárdio e outros problemas cardíacos sejam breves, havendo necessidade de deslocar os cuidados intensivos destes doentes do hospital para o ambiente extra - hospitalar.

Pashkow e col (2000), dizem que muitos são os autores que vêem na reabilitação cardíaca feita na comunidade a solução para os baixos índices de participação nos programas desta natureza.

Para Daly e col (2002), um campo recente da reabilitação cardíaca é a reabilitação cardíaca "feita em casa" ou extra – hospitalar, que tem a vantagem de derrubar as barreiras de distância e transporte e, segundo investigações, parece um meio eficaz e seguro, evitando muitos custos ao hospital e principalmente recomendado aos pacientes de baixo risco.

O conceito de programas de reabilitação cardíaca feitos na comunidade, no entanto, não é novo, havendo estudos de 1980, que relatam os benefícios e a exequibilidade deste tipo de programas em pacientes cardíacos de baixo risco (Pashkow e col, 2000).

Actualmente, cresce o número de estudos que nos demonstram que a reabilitação cardíaca feita em ambiente extra – hospitalar é segura e eficaz.



Segundo Lewin (2003) existe um conjunto de estudos que confirmam que os programas de exercícios extra – hospitalares são seguros e aceitáveis e que proporcionam resultados equivalentes aos dos programas dos hospitais, tendo a vantagem de que no domicílio ou na sua comunidade, o doente se exercita às horas que quer e ao seu ritmo. Normalmente esse tipo de programas de reabilitação cardíaca consiste num programa de treino, que é efectuado e explicado ao paciente numa primeira entrevista. Os doentes são avaliados periodicamente através de telefone ou de visitas domiciliárias, por um profissional especialmente treinado para a utilização deste método (Lewin, 2003).

Um dos programas de reabilitação domiciliária mais utilizados é o HEART MANUAL, que consiste num conjunto de etapas que passamos a descrever: (1) ajudar os pacientes a perceber os benefícios do exercício físico (educação dos pacientes e familiares); (2) incutir no paciente normas e rotinas de segurança, de forma a evitar complicações ou mal-estar; (3) elaborar um programa de exercício físico; (4) conseguir que o paciente cumpra o programa; (5) reavaliar periodicamente o programa e o paciente. (Resnick, 2004).

Bethell e Turner (1996) descrevem o HEART MANUAL como livro muito completo e de fácil leitura e compreensão onde é transmitido ao paciente ferramentas para levar a cabo um programa de reabilitação e poder monitorizar os seus progressos. O Manual inclui uma descrição das sequelas advindas do enfarte do miocárdio, conselhos e formas de tornar a vida mais saudável, assim como também desmistifica muitos dos mitos envolvidos nesta patologia. Traz também incluído um programa de actividade física e, acompanha o paciente durante as primeiras 6 semanas após o enfarte do miocárdio. Após ter recebido o manual o paciente será acompanhado por uma enfermeira que, em visitas domiciliárias ou por via telefone, contactará o paciente num máximo duas vezes durante o tempo de duração dos protocolos oferecidos pelo manual.

Lewin (2003) dá-nos o exemplo de Inglaterra, onde estão actualmente em uso mais de 200 grupos de reabilitação cardíaca domiciliária.

Corvera e col (2004) realizaram um estudo, onde se levou a cabo um programa de actividade física que consistia em caminhadas diárias, com o aumento progressivo da duração e intensidade, durante 12 semanas. Os pacientes eram supervisionados por uma enfermeira, que os visitava semanalmente. Os resultados deste estudo levaram os autores a concluir que um programa de caminhadas produz bons resultados (ao nível da capacidade funcional dos sujeitos



e diminuição de sintomas) e aparenta ser uma forma segura e eficaz de prática de actividade física, para esta população.

De Busk (1992) citado por Daly e col (2002) chegou à conclusão que a maioria dos pacientes prefere um programa de reabilitação perto de casa ou mesmo feito em casa do que em grupo e no hospital.

Bethell e Turner (1996) referem que embora os programas de exercício físico tenham, geralmente, lugar no ginásio de fisioterapia do hospital local, os centros desportivos ou outros locais na comunidade também são locais aceitáveis para o decorrer deste tipo de programas. Segundo esses autores o importante não é tanto a natureza do local onde decorrem os programas mas sim se esses locais reúnem as condições de segurança essenciais. Assim, nos programas levados a cabo na comunidade é importante que existam políticas e protocolos de resposta a situações de emergência. Isto significa que é necessário ter profissionais com formação em suporte básico de vida, assim como saídas de emergência ou fácil acesso aos paramédicos. Terem dispositivos de controlo da frequência cardíaca ou até monitores para leitura electrocardiográfica, também são medidas de segurança importantes. Caso este tipo lugares preencha os requisitos de segurança, tanto os pacientes de baixo como de maior risco poderão participar em programa supervisionados pelos mesmos (Bethell e Turner, 1996).

Ainda para Bethell e Turner (1996), os programas de reabilitação cardíaca feitos na comunidade têm algumas vantagens, nomeadamente ao nível psicológico, pois afastam o paciente do ambiente hospitalar que lhe relembra facilmente o trauma por que passou. A familiarização precoce com um centro desportivo (que é mais facilmente associado à saúde e bem – estar) do que com o hospital (associado à doença) pode ajudar na aderência ao exercício físico.

Segundo os ACSM (2000), é desejável, para a maioria dos pacientes, que os programas extra – hospitalares, consistam num programa independente e auto controlado. No entanto, chama-se atenção para o facto de alguns pacientes terem de permanecer num programa clinicamente supervisionado, nomeadamente, os pacientes com altos riscos de complicações e aqueles que são incapazes de auto monitorização ou que a sua adesão aos programas depende totalmente de um grupo de apoio. A mesma instituição (ACSM, 2000) afirma que o ideal seria a maioria dos pacientes participar num programa de reabilitação supervisionado, por pelo menos 3 meses, para facilitar a passagem do paciente para um programa sem supervisão clínica permanente. A progressão para o exercício independente deve ser tomada pelo médico



responsável, em conjunto com toda a equipe de reabilitação, bem como é importante ter em conta a opinião do doente.

O crescimento dos programas extra - hospitalares coloca uma outra questão relacionada com a supervisão deste tipo de iniciativas. Moore (2000) afirma que apesar de ainda ser um cenário pouco explorado, os médicos de cuidados primários (vulgo médicos de família) deverão começar, cada vez mais, a coordenar e a desempenhar um papel muito importante nestes programas de base domiciliária, sendo referenciados para os especialistas (cardiologistas) apenas os casos de maior risco.

2.12. A Importância da Supervisão nos Programas de Actividade Física em Reabilitação Cardíaca

Vários autores (Resnick, 2004; Duncan e Pozehl, 2002; Pashkow, Fletcher, Pina, Zohman e Nestor, 2000) estão atentos à dificuldade dos pacientes em manter os hábitos de vida saudáveis (adquiridos aquando participação nos programas de reabilitação) e realizaram estudos, averiguando se uma supervisão mais prolongada, bem como o acompanhamento do doente, durante alguns meses após o término do programa de reabilitação executado no hospital, traz vantagens e possibilita menores taxas de abandono dos hábitos de prática de actividade física, por parte dos doentes.

Os resultados têm sido muito positivos, demonstrando que uma supervisão prolongada, aconselhamento e um reforço positivo constante levam a um maior e mais prolongado empenhamento, bem como a uma melhor aceitação da sua doença crónica.

No estudo de Duncan e Pozehl (2002), foram comparados o grau de adesão ao exercício bem como as percepções relativas à prática de actividade física em 13 sujeitos com insuficiência cardíaca, que foram divididos em 2 grupos: um grupo que efectuava exercício sem supervisão e o segundo grupo cujas sessões eram supervisionadas. Os resultados indicaram que o grupo supervisionado apresentou uma maior adesão ao exercício, apresentando níveis superiores de frequência às sessões assim como um maior trabalho, na medida em que apresentavam um esforço de duração e intensidade maiores que os do grupo não supervisionado. Consequentemente, no final das 12 semanas, o grupo supervisionado apresentava melhores resultados.

Duncan e Pozehl (2002), no seu estudo, defendem que a supervisão deve obedecer aos princípios das teorias de adesão ao exercício, nomeadamente à teoria da Adherence Facilitation



(baseada na teoria da aprendizagem social) que implica: a definição de objectivos individuais, mensuráveis e de curto prazo; feedback verbal e não verbal (exemplo: gráficos, registos de tempo, etc.) acerca do desempenho do paciente; confiança e bom relacionamento com o técnico que o supervisiona.

Estes autores concluíram que a assistência ou supervisão dos pacientes, aquando a prática de actividade física é importante para a manutenção da motivação e persistência no programa, bem como para ajudar o paciente a perceber as suas melhorias, a dar respostas às suas dificuldades e a projectar as futuras mudanças.

Corvera e col (2004) no seu estudo relacionado com programas de caminhada, afirmam que um dos factores que muito contribuiu para a persistência e motivação dos pacientes no programa por eles proposto foram as visitas regulares de uma enfermeira. Os autores concluem que, uma vez, que as visitas ou a supervisão dos programas parecem estar relacionadas com a maior aceitação dos pacientes à prática de actividade física, que esta supervisão deveria ser sempre proporcionada.

Numa reportagem ao Instituto Coração em Carnaxide, Oliveira (2005) entrevista um paciente, Luís Câmara, que sofreu um enfarte há nove anos e que desde essa altura frequenta assiduamente o instituto referido. Segundo o entrevistado a opção por se manter no Instituto Coração esteve relacionada com as seguintes razões: “ Aqui sinto-me mais seguro, há médicos, terapeutas e muito bom ambiente (...) se não fosse assim (...) seria muito fácil faltar” (Oliveira, 2005: 98).

Num estudo feito pela Case Western Reserve University, em Ohio – EUA, os investigadores observaram que de uma amostra de 60 mulheres, 25% não realizava qualquer tipo de actividade física, desde que deixara o programa de reabilitação cardíaca no hospital e que apenas 48% continuava a ter hábitos de prática desportiva passados 3 meses do término do programa de RC. Os investigadores do trabalho chegaram à conclusão que a perseverança num programa de treino, de mulheres com doença cardiovascular (DCV) dependia de 4 categorias: o suporte social e o grau de morbilidade estavam relacionados com a frequência das mesmas às sessões; apenas o suporte social estava relacionado com a persistência no esforço; a morbilidade estava relacionada com a intensidade e os benefícios e barreiras estavam relacionados com a quantidade de exercício. Deste estudo os seus investigadores concluíram que o suporte social e a manutenção de uma supervisão são importantes para a motivação e perseverança de mulheres com DCV na prática de exercício físico (Medscape Cardiology, 2004).



Daly e col. (2002) vão ao encontro do estudo anterior, quando afirmam que o apoio da família e da sociedade (nomeadamente do pessoal de saúde que acompanha) é crucial na manutenção da motivação e persistência no programa, principalmente nas mulheres. Conclusão importante, principalmente se tivermos em conta que o grau de desistência nestes programas é bem maior no sexo feminino do que no masculino (Daly e col. 2002).

Para Gallagher e col. (2003), as mulheres estariam mais motivadas para os programas se estes fossem ao encontro das suas necessidade de suporte emocional e interação social.

Curiosamente, Moraes e col (2005) contrapõem a maioria da literatura consultada, afirmando que o exercício supervisionado é somente custo – efectivo para as mulheres na faixa etária entre os 55 e os 74 anos.

Os mesmos autores afirmam que o exercício não supervisionado possuiu um excelente custo – efectividade em todas as mulheres com doença cardiovascular e nas mais jovens sem doença cardiovascular.

Daly e col (2002) no seu artigo acerca das barreiras na participação e aderência aos programas de reabilitação cardíaca, constataam que alguma da literatura consultada coloca a percepção de auto – eficácia como um forte preditor da adesão ao programa, sendo os indivíduos com baixo sentimento de auto – eficácia, aqueles que mais facilmente desistirão e abandonarão os comportamentos necessários para a melhoria da saúde e redução de riscos. Estes autores terminam afirmando que aqueles que possuem baixo sentimento de auto – eficácia devem estar inseridos em programas supervisionados, no sentido de haver um suporte social que mantenha os indivíduos no programa.

Thompson (2002) levanta uma questão pertinente, ao afirmar que grande parte da poupança de custos na reabilitação cardíaca poderá estar relacionada com o contacto frequente com os profissionais responsáveis pela reabilitação. Ou seja, os doentes em programas supervisionados podem transmitir os sintomas para avaliação por parte dos profissionais e a própria sessão de exercício pode ser usada como uma prova de esforço modificada, para avaliação de sintomas e triagem apropriada de doentes.

No seu estudo, Thompson (2002) constata os doentes que participam em programas de reabilitação supervisionados, apresentam uma menor incidência de recurso ao serviço de urgência e de reinternamentos do que os doentes não supervisionados. Igualmente, o recurso ao serviço de urgência é geralmente justificado nos participantes de programas de reabilitação



supervisionados, enquanto que os doentes não supervisionados recorrem frequentemente por sintomas vagos (Thompson, 2002).

Bethell e Turner (1996) aconselham que todas as sessões de prática de actividade física sejam supervisionadas e referem que o número mínimo de pessoas da equipa de reabilitação, a supervisionar os pacientes, aquando a prática de actividade física, deve ser de dois. Três ou quatro membros da equipa devem supervisionar sessões de exercício em classes com 20 ou mais pacientes.

2.13. Quem deve supervisionar as sessões de exercício num programa de reabilitação cardíaca?

Moreira (1998) chama atenção para o facto de que à frente de um programa de reabilitação cardíaca deve estar uma equipa competente e tecnicamente habilitada, para ocorrer às necessidades dos pacientes. Para esta autora os especialistas têm de ser bem preparados e treinados em Reabilitação Cardíaca, pois só assim se garante a segurança dos programas.

Barbour (2000) ao responder à questão: poderá a reabilitação cardíaca ser ministrada por pessoal não médico, nas unidades de reabilitação cardíaca não hospitalares, socorre-se da regulamentação da Health Care Finance Administration que diz, de forma resumida, o seguinte: todos os programas de reabilitação cardíaca devem ser directamente supervisionados por um médico (nomeadamente cardiologista). Outros técnicos podem auxiliar o trabalho do médico, no entanto todos devem ter formação na área do exercício terapêutico para doentes coronários, tendo a capacidade de conduzir os programas de forma segura e eficaz.

Face à questão se deverá ser o professor de educação física a supervisionar as sessões de exercício físico neste tipo de programas, no estudo de Moreira (1998) verificamos que o pessoal médico dos centros inquiridos (Hospital de São João, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Diprofisio, Clube Coronário e Instituto Coração) são da opinião que o Professor de Educação Física, deve fazer parte da equipa técnica, apenas na fase IV do programa, como forma de apoio e continuidade de trabalho desenvolvido na fase III, em doentes de baixo risco, estabilizados e sob orientação médica. Segundo, ainda, a opinião dos centros inquiridos, o professor de educação física pode, na fase IV, assumir a coordenação do programa, ser responsável pela prescrição do exercício em colaboração com o médico, não sendo necessária a presença do médico, durante as sessões, mas devendo este estar próximo.

Ainda em Moreira (1998) e quanto à formação que deve ter uma pessoa, para coordenar e supervisionar programas de actividade física para doentes coronários, os centros inquiridos, são



da opinião que a formação depende da fase e da gravidade da situação da doença e dos doentes, no entanto, é indispensável ter uma licenciatura que assegure o domínio dos conhecimentos relacionados com a prática de actividade física (nomeadamente: conhecimentos de anatomofisiologia, conhecimentos na área da prevenção e tratamento da microtraumatologia do esforço, fisiologia do esforço, exercício e saúde); ter conhecimentos básicos sobre a doença coronária e aterosclerose; electrocardiograma; efeitos da medicação na capacidade de exercício; risco das diferentes situações; sintomas e sinais de intolerância ao esforço; técnicas de modificação de comportamentos e ainda conhecimentos sobre Reabilitação Cardíaca.

2.14 O pessoal médico e os hábitos de actividade física

Segundo um artigo da Medscape cardiology (2004) a comunicação médico – doente é a chave para garantir que os benefícios advindos da prática de actividade física sejam uma realidade.

Os autores do mesmo artigo vão mais longe, dizendo que sendo os médicos pessoas que gozam de um estatuto social importante, estes têm uma oportunidade única de fazer chegar a mensagem acerca dos benefícios do exercício físico ao maior número de pessoas. Os médicos devem proclamar uma vida activa e encorajar todos os seus pacientes à prática de actividade física. (STAFF Writes: Medscape cardiology, 2004).

Da mesma opinião são Daly e col (2002) quando afirmam que o grau de participação nos programas de RC depende da prescrição e indicação médica.

A força e incentivo dos médicos de família na prática de actividade física têm mostrado ser um bom preditor para o grau de aderência aos programas formais de reabilitação cardíaca. Ades e col (1992, citado por Balady, 2002) descobriram que de todas as variáveis que poderiam influenciar a prática e adesão ao exercício físico (demográficas, médicas, psicossociais, etc) de longe a mais poderosa era o incentivo e o ênfase com que os médicos de família recomendavam a prática de actividade física aos seus pacientes. Quanto maior o incentivo maior a participação. Os autores chamam contudo à atenção de este estudo ter tido uma amostra composta só por população idosa, o que faz com que as conclusões não possam ser generalizadas à população mais jovem.

Bethell e Turner (1996) também nos falam acerca da importância do médico, particularmente do médico de família, no encorajamento à prática de actividade física: “o médico



de família deve encorajar fortemente o seu paciente a participar nos programas de actividade física proposto pela sociedade, para este tipo de doentes” (Bethell e Turner, 1996:13).

Segundo a literatura consultada cerca de 80 a 85% dos médicos recomendam a prática de exercício aos pacientes que sofreram um enfarte agudo do miocárdio não complicado. No entanto, são poucos os médicos que recomendam a prática de actividade física para pacientes com enfarte agudo do miocárdio mais complicado ou sujeitos que foram alvo de cirurgia de bypass, pensando alguns autores que talvez os médicos vejam nestes doentes um menor potencial de prevenção secundária e um denominador benefícios/riscos não satisfatório. Menor ainda é o número de médicos que prescreve e incentiva a prática de actividade física na comunidade, após alta hospitalar (Daly e col, 2002).

As razões atribuídas à pouca prescrição e pouco incentivo à prática desportiva em ambiente extra - hospitalar são várias: o não conhecimento ou não concordar com as “guidelines” fornecidas acerca das terapêuticas para este tipo de paciente; o facto dos médicos serem responsáveis pelo controlo e supervisão dos factores de risco, leva os mesmo a pensar que uma reabilitação mais formal não é necessária; o cepticismo profissional acerca dos benefícios da reabilitação cardíaca ou da motivação do paciente para mudar hábitos de vida e a existência de um número muito reduzido de programas formais com supervisão (Daly e col, 2002).



3. Objectivos e Hipóteses

3.1.1 Objectivos Gerais

1. Saber, segundo a opinião dos Médicos de Família e Médicos Cardiologistas da amostra, se o Profissional de Desporto e Educação Física tem um papel e uma função a desempenhar nos programas de reabilitação cardíaca e, conseqüentemente, deve integrar as equipas responsáveis por este tipo de programas.

3.1.2 Objectivos específicos

1. Saber se a definição que os Médicos Cardiologistas e Médicos de Família têm do conceito “Reabilitação Cardíaca” é igual ao proposto pela OMS.
2. Averiguar qual a opinião dos Médicos Cardiologistas e Médicos de Família relativamente aos programas de actividade física como terapêutica de Reabilitação Cardíaca.
3. Perceber se o Profissional de Desporto e Educação Física tem lugar na equipa de Reabilitação Cardíaca e, se sim, em que fases do programa.
4. Perceber qual o grau de conhecimento dos Médicos Cardiologistas e Médicos de Família relativamente à elaboração de programas de actividade física, para pacientes com doenças cardiovasculares.
5. Saber se os cardiologista/médicos da família confiam nos Profissionais de Desporto e Educação Física, para orientação de um programa de exercício na população com doença cardiovascular.
6. Saber até que ponto os médicos de família e cardiologistas aderem à ideia da Reabilitação Cardíaca Domiciliária, sendo as sessões de exercício físico ministradas por profissionais de educação física.



3.2 Hipóteses

As hipóteses formuladas têm na sua base os problemas levantados e estudos enunciados na revisão da literatura efectuada. No entanto, a não existência de muitos estudos relacionados directamente com o tema (que nos permitam transpor suas conclusões como nossas hipóteses) levam a que estas sejam formuladas com base em inferências por nós retiradas da investigação por nós levada a cabo.

Hipótese 1 – Os médicos de Família da cidade de Santa Maria da Feira consideram que o Profissional de Desporto e Educação Física não tem um papel muito importante ou indispensável na equipa de reabilitação cardíaca, não devendo pertencer à mesma.

Hipótese 2 – Os médicos Cardiologistas dos principais hospitais do Porto e arredores consideram que o Profissional de Desporto e Educação Física não tem um papel muito importante ou indispensável na equipa de reabilitação cardíaca, não devendo pertencer à mesma.

Hipótese 3 – Os Médicos de Família da cidade de Santa Maria da Feira atribuem um papel ao Profissional de Desporto e Educação Física na reabilitação do paciente cardíaco, durante a fase IV desse processo, e para os pacientes de baixo risco.

Hipótese 4 – Os médicos Cardiologistas dos principais hospitais do Porto e arredores atribuem um papel ao Profissional de Desporto e Educação Física na reabilitação do paciente cardíaco, durante a fase IV desse processo, e para os pacientes de baixo risco.

Hipótese 5 – Não existem diferenças significativas de opinião entre os dois grupos inquiridos, relativamente à opinião expressa acerca do papel do profissional do desporto e de educação física nas equipas de reabilitação cardíaca.



4. Material e Métodos

4.1 Descrição e Caracterização da Amostra

A população do estudo pretendida é a população de médicos cardiologistas das cidades do Porto, Matosinhos, Penafiel e Santa Maria da Feira; e a população de médicos de família da cidade de Santa Maria da Feira.

O tipo de amostra do estudo é o não aleatório, sendo os métodos de amostragem utilizada os método da amostragem conveniente e amostragem de especialistas.

A amostra deste estudo é constituída por 46 médicos: 27 Médicos de Família, do Centro de Saúde de Santa Maria da Feira e suas freguesias e por 19 Médicos Cardiologistas dos seguintes hospitais:

- 5 Médicos cardiologistas do Hospital São Sebastião (Santa Maria da Feira)
- 4 Médicos Cardiologistas do Hospital Pedro Hispano (Matosinhos)
- 5 Médicos Cardiologistas do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.
- 5 Médicos Cardiologistas do Hospital de Santo António (Porto).

A escolha da população do estudo e amostra apresentadas teve na sua base vários motivos:

- Como já foi referido a opção por fazer uma sondagem de opinião junto de médicos de família e cardiologistas, prendeu-se com o facto destes serem os principais coordenadores e supervisores dos programas e das equipas de reabilitação cardíaca. Assim, fazia todo o sentido (de forma a sabermos se realmente o professor de educação física tem um papel a desempenhar nos programas de reabilitação cardíaca) saber qual a opinião destes técnicos de saúde, que terão desde logo a última palavra quanto às decisões relativas a este tipo de programas (amostragem de especialistas).
- A escolha do Centro de Saúde de Santa Maria da Feira, como o local onde se encontraria e se constituiria a amostra dos Médicos de Família, prendeu-se principalmente com o fácil acesso que os autores deste trabalho tinham, tanto ao local de entrega de questionários como aos próprios médicos, havendo assim mais garantias de participação (amostragem conveniente).



Conscientes de que a opção por concentrar toda a amostra a um centro de saúde pode trazer alguns riscos para o estudo, nomeadamente enviesando os resultados e a generalização dos mesmos (relativamente a toda os médicos de família nacionais), o facto do trabalho ser uma iniciação ao estudo científico e devido à pouca disponibilidade de tempo e dificuldades de deslocação, optamos por correr o risco de termos uma amostra pouco aleatória, mas ter as garantias da participação da mesma.

→ Relativamente aos médicos cardiologistas e uma vez que estes profissionais são em número muito menor que os médicos de família e se encontram mais dispersos por todo o país, optamos por delimitar uma população de estudo maior, tentando abranger os principais hospitais do Porto e arredores, nomeadamente: Hospital São Sebastião (Santa Maria da Feira); Hospital de São João; Hospital Santo António (Porto); Hospital Padre Américo (Penafiel) e Hospital Pedro Hispano (Matosinhos). A escolha destes hospitais prendeu-se com o facto de todos eles terem serviço de cardiologia (amostragem de especialistas) e, mais uma vez, residirem num local de fácil acesso para os autores deste trabalho, o que permitia realizar este tipo de trabalho no tempo disponível para a realização do mesmo (amostragem por conveniência).

Apenas dois dos hospitais seleccionados, não participam na amostra, devido à impossibilidade de entrega dos questionários preenchidos dentro do prazo estabelecido.

Como principais limitações da amostra referimos o facto de a amostra não ser aleatória, bem como a sua dimensão não ser deveras significativa, não nos permitindo assim generalizar os resultados a um nível nacional. No entanto, e sem dúvida permitindo-nos ter uma ideia da opinião dos médicos de família do concelho de Santa Maria da Feira, bem como dos médicos cardiologistas dos principais hospitais da cidade do Porto e arredores, facto que, acreditamos nós, já leva a um enriquecimento do conhecimento actual sobre a área.

4.2 Técnicas e Métodos

O instrumento utilizado para a realização do estudo foi um inquérito com questões de opinião, pretendendo-se com o mesmo realizar uma sondagem de opinião junto dos Médicos de Família e Médicos Cardiologistas, acerca do papel do Profissional de Educação Física e Desporto, nos Programas de Reabilitação Cardíaca.

A escolha pelo método de recolha de informação inquérito prendeu-se com o facto do mesmo ser uma das metodologias mais usadas nas sondagens de opinião (Ghiglione e Matalon,



1997) e, após pesquisas feitas (principalmente em Quivy e Campenhoudt, 1992), nos parecer ser aquele que melhor respondia aos nossos objectivos.

A decisão por um inquérito de questões fechadas esteve relacionada com a maior facilidade e objectividade na análise estatística dos resultados, que este instrumento proporciona, bem como por ser o tipo de inquérito mais utilizado nas sondagens de opinião (“Quando se trata de um inquérito de aplicação e de exploração rápidas, como uma sondagem de opinião, esforçamo-nos por ter apenas questões fechadas”, Ghiglione e Matalon, 1997, pag.116). Por outro lado, ao propor uma lista de respostas asseguramos que todas as pessoas utilizarão a mesma nomenclatura e o mesmo grau de perfeição e de pormenor nas suas descrições (Ghiglione e Matalon, 1997).

O questionário referido não se encontra validado, tendo a sua construção sido realizada pelos autores do trabalho. O mesmo foi construído com base nas orientações de Ghiglione e Matalon (1997), bem como de Quivy e Campenhoudt (1992).

Ainda relativamente à validação do instrumento convém referir Ghiglione e Matalon (1997, pag. 132) que afirmam não ser possível validar as questões de opinião (“Para as questões de opinião esta validação externa é, por definição, impossível. Devemo-nos contentar com validações internas, como uma apreciação da coerência das diferentes respostas obtidas sobre um mesmo tema, o que é evidentemente insuficiente como validação”). Os mesmos autores terminam o parágrafo já citado dizendo: “Quaisquer que sejam as precauções metodológicas que possamos tomar, fica sempre uma incerteza quanto à validade das questões de opinião”(Ghiglione e Matalon, 1997, pag. 133)

A formulação das questões e das respostas tentou respeitar os seguintes princípios (Ghiglione e Matalon, 1997):

1. Utilizar um vocabulário simples; garantir que a linguagem e termos técnicos são conhecidos pela amostra; evitar termos vagos como “frequentemente” ou “muitos” e evitar palavras que possuem mais do que um sentido (garantir que o termo é entendido, mas da mesma forma por todos).
2. Controlar a estrutura lógica da questão (as negações, em particular nas frases interrogativas e sobretudo as duplas negações, podem ser fonte de ambiguidade, de incompreensão e de erro).
3. Evitar que uma mesma resposta possa ser dada por razões muito diferentes.
4. Não introduzir duas ideias na mesma questão.



5. Estar atento ao facto de que certos termos carregados de afectividade, juízos de valor e de conotações diversas (exemplo: o termo proibir) modificam o sentido da questão e, portanto, das respostas.
6. Garantir que as respostas propostas cubram todas as posições e opiniões possíveis.
7. Misturar enunciados favoráveis com desfavoráveis de forma a evitar os fenómenos:
 - i. “Enviesamento de positividade”, ou seja, temos mais tendência para responder “sim” do que “não”, “de acordo” do que “em desacordo”.
 - ii. Efeito de halo: quando pedimos, em primeiro lugar, uma apreciação global de algo, parece que algumas pessoas se sentem incoerentes se, tendo começado por fazer uma avaliação global favorável, exprimissem depois críticas ou reservas, relativamente a pontos particulares.
8. Nunca apresentar questões ou respostas sustentadas por uma argumentação, enquanto que outras são apresentadas sem justificação.
9. Um questionário deve parecer uma troca de palavras tão natural quanto possível e as questões encadearem-se umas nas outras sem repetições nem despropósitos.
10. Há vantagens em agrupar todas as questões explicitamente relacionadas. Contudo, quando se trata de questões de opinião, é por vezes necessário passar por cima desta recomendação para evitar que as respostas sejam enviesadas pela preocupação de coerência.
11. Um questionário composto, na sua maioria, por questão fechadas não deve ultrapassar os 45 minutos (quando a sua aplicação é feita em boas condições) e não mais de 10 minutos quando o inquérito é feito na rua ou em lugares públicos, com o entrevistado de pé.
12. Corresponder uma ou mais respostas do questionário aos objectivos definidos.



Antes de se começar a construir o questionário foram realizadas entrevistas não directivas a dois Médicos de Família e a um Médico Cardiologista, de forma a perceber como o conceito de Reabilitação Cardíaca e a problemática à volta do tema era compreendida e vista pelos especialistas, para assim elaborar o inquérito mais perceptível, melhor adaptado às características da amostra e perceber qual o grau de motivação e aceitação da amostra para o preenchimento do mesmo.

Após feito o questionário, foi realizado um pré – teste, sendo o instrumento aplicado a 5 médicos de família e a um médico cardiologista, pedindo-lhes opinião sobre o mesmo e verificando se os enunciados estavam claros e precisos.

Após três reformulações, chegamos ao inquérito final, que nos permitiu realizar este estudo e que é apresentado no Anexo 1.

De forma a clarificar melhor qual o raciocínio por detrás da elaboração do instrumento do trabalho apresentamos, no quadro seguinte, a correspondência entre as perguntas e as respostas.



Objectivos	Perguntas
1. Saber se a definição que os Médicos Cardiologistas e Médicos de Família têm do conceito “Reabilitação Cardíaca” é igual ao proposto pela OMS.	1. Das práticas terapêuticas abaixo indicados, indique qual(ais) considera que deve(m) estar incluídas na definição do conceito “Reabilitação Cardíaca”? 2. De todos os objectivos definidos abaixo, qual aqueles que na sua opinião devem pertencer ao programa de “Reabilitação Cardíaca”? 3. Em sua opinião, de todos os especialistas apontados em baixo, quais aqueles que deveriam fazer parte da equipa responsável pelo programa de “Reabilitação Cardíaca”? 5. Das patologias em baixo indicadas, quais considera as mais apropriadas para integrarem um programa de “Reabilitação Cardíaca”?
2. Averiguar qual a opinião dos Médicos Cardiologistas e Médicos de Família relativamente aos programas de actividade física como terapêutica de Reabilitação Cardíaca.	6. Numa escala de -2 (totalmente desacordo) a 2 (absolutamente de acordo) qual a sua opinião face à seguinte afirmação (assinale um círculo no número pretendido): “A prática de exercício físico por doentes coronários, é benéfica no controlo dos factores de risco, restabelecimento e aumento da capacidade funcional do sujeito, bem como na melhoria dos sentimentos de bem estar e auto estima, contribuindo para a redução da morbilidade/mortalidade e aumento da qualidade de vida desta população. 7. Costuma aconselhar a prática de actividade física, aos pacientes com doenças cardiovasculares (considerados estáveis e sem contra – indicações para a prática de exercício físico)? 9. Se respondeu que não, à questão dois, quais as razões que o levam a não aconselhar a prática de actividade física a doentes coronários?
3. Perceber qual o grau de conhecimento dos Médicos Cardiologistas e Médicos de Família relativamente à elaboração de programas de actividade física, para pacientes com doenças cardiovasculares.	8. Se respondeu que sim à questão 7, que tipo de prescrição de actividade física costuma fazer? 10. De uma escala de 1 (desconheço totalmente) a 5 (conheço de forma aprofundada), como classificaria o seu grau de conhecimento relativamente aos tipos de actividades (caminhadas, natação, jogos de equipa, musculação etc.), frequência (nº de vezes por semana), intensidade e densidade (duração dos intervalos, séries, etc.) recomendadas na prescrição de exercício físico para doentes coronários? (assinale um círculo no número pretendido) 11. De uma escala de 1 (desconheço totalmente) a 5 (conheço de forma aprofundada), como classificaria o seu grau de conhecimento relativamente aos princípios de treino e metodologias que devem ser aplicados num programa de treino para pacientes com doenças cardiovasculares? 12. De uma escala de 1 (desconheço totalmente) a 5 (conheço de forma aprofundada), como classificaria o seu grau de conhecimento relativamente aos diferentes tipos e à grande diversidade de desportos que hoje se oferecem a população, bem como as suas vantagens e desvantagens perante um quadro clínico, como a doença cardiovascular?
4. Perceber se o Profissional de Desporto e Educação Física pode e deve ter lugar na equipa de Reabilitação Cardíaca e, se sim, em que fases do programa.	3. Em sua opinião, de todos os especialistas apontados em baixo, quais aqueles que deveriam fazer parte da equipa responsável pelo programa de “Reabilitação Cardíaca”? 4. Em sua opinião, de todos os especialistas apontados em baixo, quais os que considera serem indispensáveis num programa de “Reabilitação Cardíaca”? 18. Em sua opinião os profissionais de Desporto e Educação Física conseguem, podem e devem ter um papel importante na monitorização e delineação de planos de actividade física, levados a cabo nos programas de Reabilitação Cardíaca. 19. Se respondeu que sim à questão anterior, em que fase, dos programas de Reabilitação cardíaca considera que o profissional de Educação Física e Desporto deve e pode intervir?
5. Saber se os cardiologista/médicos da família confiam nos Profissionais de Desporto e Educação Física, para orientação de um programa de exercício na população com doença cardiovascular.	16. Considera que os profissionais de educação física têm competência e conhecimentos para elaborarem e orientarem um plano de actividade física (sempre em articulação e comunicação com pessoal médico) para doentes coronário seguro e eficaz? 17. Que tipo de conhecimentos considera ser imprescindíveis ter, para alguém poder planejar e supervisionar uma sessão de actividade física, de forma segura e eficaz? 18. Em sua opinião os profissionais de Desporto e Educação Física conseguem, podem e devem ter um papel importante na monitorização e delineação de planos de actividade física, levados a cabo nos programas de Reabilitação Cardíaca?
6. Saber até que ponto os médicos de família e cardiologistas adeririam à ideia da Reabilitação Cardíaca Domiciliária, sendo as sessões de exercício físico ministradas por profissionais de educação física.	13. Numa escala de -2 (totalmente desacordo) a 2 (absolutamente de acordo) qual a sua opinião face à seguinte afirmação (assinale um círculo no número pretendido): “A reabilitação cardíaca feita em casa (ambiente extra – hospitalar) é a solução para os baixos índices de participação nos programas desta natureza”. 14. Acredita ser possível levar a cabo, em doentes considerados estáveis e sem contra – indicações para a prática de exercício físico, um programa de reabilitação cardíaca em ambiente extra – hospitalar, seguro e eficaz, onde as sessões de actividade física decorressem de forma não monitorizada? 15. Se, na sua comunidade, existisse um programa de actividade física especializado para doentes coronários, em regime extra – hospitalar e não monitorizado, com um quadro técnico sério e competente, recomendaria o mesmo aos seus pacientes? 20. Das patologias em baixo indicadas, quais considera as mais apropriadas para integrarem um plano de actividade física extra – hospitalar?



O questionário começa com perguntas relacionadas com a definição de reabilitação cardíaca, questões estas que sem dúvida alongaram o questionário, e que apesar de aparentemente não terem uma utilidade directa para o trabalho, sem elas o mesmo não poderia ser realizado. Isto porque só poderemos compreender as respostas e a própria interpretação às perguntas, por parte da amostra, se soubermos qual a sua definição ou que ideias estão por detrás do seu conceito de reabilitação cardíaca.

Esta noção, embora já latente em nós, foi realmente compreendida durante as entrevistas não directivas efectuadas, onde nos apercebemos que, quando a definição que está por detrás de um conceito é diferente, a interpretação das perguntas são obrigatoriamente diferentes. Cada um interpreta a realidade consoante as lentes que utiliza e se nós realmente pretendemos saber e perceber qual a opinião da amostra temos de ter em conta e temos de saber com que lentes eles vêem o fenómeno. E por isso, acrescentamos este objectivo ao nosso trabalho, constituindo-se como o nosso objectivo número 1.

As restantes perguntas, reportam-se aos remanescentes objectivos, sendo que os mesmos foram elaborados, de acordo com uma lógica que após várias reflexões consideramos que seria aquela que melhor nos permitiria perceber e interpretar os resultados obtidos.

Assim, o nosso primeiro objectivo era o de saber qual a definição que a amostra tem do conceito de reabilitação cardíaca, inferindo a partir daí se os médicos inquiridos acreditavam na necessidade de uma equipa multidisciplinar e de um trabalho pluridimensional (que abrangesse todas as dimensões humanas) na reabilitação do doente cardíaco.

De seguida era nossa meta, afunilar um pouco mais toda a problemática em torno da reabilitação cardíaca e começar a dirigir as perguntas para a área pretendida, nomeadamente: actividade física e o profissional de desporto e educação física. Pretendíamos antes de tudo, saber se os médicos acreditavam nos benefícios da prática de actividade física, na reabilitação de seus pacientes e, se a recomendavam com regularidade (objectivo nº2).

Caso a resposta dos médicos fosse afirmativa, era nossa intenção perceber, já que a actividade física é uma terapêutica importante da reabilitação cardíaca, se os profissionais de desporto e educação física tinham ou não um lugar na equipa dos programas desta natureza e se sim, em que fases do programa (objectivo nº3).

Uma vez que a literatura consultada, nos levou à formulação da hipótese de que, os médicos não vêem o profissional de desporto e de educação física como um elemento a integrar nas equipas de reabilitação cardíaca, colocamos duas pequenas hipóteses, para o caso da



nossa principal hipótese ser verificada. Uma delas era que, os médicos não sentem o profissional de desporto e educação física como um especialista importante nas equipas de reabilitação cardíaca, porque todo o seu trabalho está detalhadamente descrito nas guidelines oferecidas pelas principais instituições, sendo que os médicos têm todos os conhecimentos e todos os meios para serem eles a prescrever as sessões de actividade física aos seus doentes.

A outra hipótese passava pela suposição de que, os médicos acreditavam que os profissionais de desporto e educação física até poderiam ter um papel importante nas equipas de reabilitação cardíaca, mas que os mesmos ainda não têm formação suficiente para serem competentes neste tipo de intervenção e como tal, os médicos não confiam neste tipo de profissionais. Com bases nestas duas hipóteses foram elaborados os objectivos número 4 e 5.

Por último, interessava-nos explorar um pouco a ideia da reabilitação cardíaca feita em ambiente extra – hospitalar, pois sabíamos de antemão, que se houvesse um lugar para nós neste tipo de programas, seria obrigatoriamente durante as fases III e IV. Por outro lado, consideramos que os professores de educação física podem ter uma forte acção junto da comunidade, sendo por isso, um bom meio para a proliferação deste tipo de programas.

Com o objectivo número 6, e questões a ele relacionadas, queríamos, então, saber se realmente este tipo de programas era aceite pela comunidade médica, constituindo-se como um início de um estudo de mercado, necessário para futuras ou possíveis iniciativas.

Como já foi referido, as perguntas incluídas no questionário são de resposta fechada, tendo, tanto as perguntas como as respostas, sido elaboradas de acordo com as definições e princípios do ACSM (American College of Sport and Medicine) e outras entidades especializadas na matéria, bem como tendo na sua base os conhecimentos obtidos a partir da revisão da literatura.

Uma vez que se trata de uma sondagem de opinião, as variáveis em causa (e resultantes do questionário elaborado) são de natureza qualitativa (não paramétricas), sendo medidas nas duas escalas possíveis (Maroco, 2003):

a) Nominal: quando as respostas às questões são medidas em classes discretas e sem qualquer tipo de qualificação ou ordenação (exemplo respostas de escolha múltipla ou de “sim” e “Não”).

b) Ordinal: no caso das respostas tipo as “escalas de Likert” (1 – discordo totalmente, 2 – discordo, ..., 5 – concordo totalmente), onde as variáveis continuam a ser medidas em classes discretas nas sendo agora possível definir uma ordem para as mesmas.



A aplicação do questionário foi feita da seguinte forma:

Relativamente aos médicos cardiologista, houve um contacto telefónico prévio com o chefe de serviço ou um dos médicos cardiologistas do serviço de cardiologia dos hospitais referidos, tendo sido agendada uma data para entrega dos questionários nos hospitais.

Os questionários foram entregues ao médico com quem o contacto telefónico foi feito, que se disponibilizou para entregar e recolher os restantes questionários aos seus colegas da unidade. No próprio dia em que deixávamos os questionários nos serviços era definida uma data para recolha dos mesmos, altura em que os autores do trabalho passariam pelo hospital em causa sendo, caso necessário, agendada nova data de entrega.

Quanto aos médicos de família, os questionários foram entregues em mão, a cada um dos constituintes da amostra, tendo sido feita a entrega durante o turno de SAP dos mesmos e sido levantado no mesmo dia e no mesmo turno, mas passados oito dias da entrega.

A opção por este método esteve relacionada com o facto do mesmo ter sido o proposto pelos próprios médicos e aquele, que segundo estes, causaria menos transtorno e permitiria uma mais rápida realização dos mesmos. Achamos que esta forma de aplicação de questionário é um método eficaz e que não coloca maiores riscos, quando à validação ou seriedade de aplicação, do que os questionários entregues pelo correio ou afins, de que estão cheios muitos estudos que utilizam o questionário como instrumento.

Estimando-se que cada hospital teria cerca de 6 a 7 médicos cardiologistas nos seus serviços, foram entregues 6 questionários a cada unidade de cardiologia (36 questionários) mais 36 questionários a médicos de família, de forma a ter uma amostra de médicos de família e de médicos cardiologistas similares.

Os questionários foram entregues entre o mês de Agosto e Setembro, sendo o prazo limite para entrega dos mesmos até ao final do mês de Outubro, altura em que a análise dos dados teria de ser efectuada, de forma a conseguir cumprir os prazos de entrega da monografia, definidos pela faculdade.

Como principal limitação do instrumento utilizado referimos a pouca experiência dos autores na construção e aplicação de inquéritos.

A literatura consultada é muito clara quando refere que actualmente não é possível enunciar as regras de construção de um questionário e que, por isso, o modo de redacção das questões e a qualidade dos mesmos torna-se muito dependente do saber – fazer e da experiência do investigador. (Ghiglione e Matalon, 1997; Quivy e Campenhoudt, 1992).



O facto de utilizarmos questões fechadas também pode ser visto como uma desvantagem, na medida em que ao fornecer uma lista de respostas, queiramos ou não, fornecemos à amostra um quadro de referências e lembramos à pessoa aspectos do problema sobre os quais talvez não tivesse pensado espontaneamente. Tal facto pode levar ao enviesamento dos dados, quer por termos provocado no indivíduo uma mudança de opinião, pelo fornecimento de novos conhecimentos, quer pelo facto deste considerar certas respostas mais sedutoras e mais “agradáveis” ao investigador.

A ausência de validade do questionário é também uma limitação do mesmo.

4.3 Procedimentos estatísticos

Para análise dos dados utilizamos os programas estatísticos SPSS e Excell, devido à familiarização com os mesmos, por parte dos autores do trabalho, na medida em que estes programas, são os programas estatísticos abordados na faculdade.

Claro que a escolha destes programas também se prendeu com o facto de eles nos permitirem ir ao encontro dos nossos objectivos.

Já na análise dos dados utilizamos, principalmente, a estatística descritiva para a observação e estudo do material recolhido, nomeadamente a organização dos dados a partir de séries de referências simples (frequências absolutas e relativas) e suas representações gráficas.

De forma a perceber qual o significado estatístico, da diferença encontrada entre os dois grupos que constituem a amostra (médicos de família e médicos cardiologistas) recorreremos à estatística inferencial, nomeadamente o teste do Qui – Quadrado, pois é aquele que melhor se aplica à situação do estudo: variáveis não paramétricas e análise da variância de uma só amostra “esta distribuição [“Qui – quadrado] é utilizada frequentemente para testes de hipóteses relativos à variância e em muitos testes não – paramétricos e com uma só amostra” (Maroco, 2003:48).



5. Apresentação e Discussão dos Resultados

A opção por incluir num só capítulo a apresentação e a discussão dos resultados, deve-se à nossa opinião de que assim, o raciocínio subjacente à análise dos dados recolhidos torna-se mais natural, fluído e de melhor compreensão.

De igual forma, pensamos que analisar os dados de acordo com os objectivos definidos para este estudo, nos levará de forma mais fácil às conclusões, cumprimento das metas estabelecidas e verificação das hipóteses formuladas.

Objectivo nº 1: Saber se a definição que os Médicos Cardiologistas e Médicos de Família têm do conceito “Reabilitação Cardíaca” é igual ao proposto pela OMS.

De acordo com a OMS, a reabilitação cardíaca é definida como “a soma de actividades necessárias para garantir aos pacientes cardíacos as melhores condições físicas, mentais e sociais possíveis para que eles possam, pelos seus próprios esforços, recuperar uma posição normal na comunidade e levar uma vida activa e produtiva” (Bethell e Turner, 1996; Moraes e col, 2001; pag. 173; Moraes e col, 2005; Pinho, 2005).

Esta definição leva-nos a associar, ao conceito de reabilitação cardíaca, ideias como: objectivos multidisciplinares (que abranjam a totalidade do ser humano – a sua dimensão física/fisiológica; dimensão cognitiva; psicológica, social, emocional, etc.); um trabalho interdisciplinar (realizado por um equipa composta por vários especialistas de diferentes áreas); bem como um processo de reabilitação e prevenção secundária de duração ilimitada, centrada na modificação de comportamentos e aquisição de novos hábitos de vida.

A opção por iniciar o nosso questionário com questões relativas à definição do conceito de reabilitação cardíaca, deve-se a razões que embora já explanadas no capítulo anterior, achamos importantes lembrar. Para nós era importante saber se as ideias relativas ao conceito de reabilitação cardíaca (RC), dos médicos de família e médicos cardiologistas constituintes da amostra, ia ao encontro da definição de RC proposto pela Organização Mundial de Saúde, pois só assim poderíamos realmente tentar perceber as posições defendidas pelos médicos inquiridos, nas restantes questões.

Estas primeiras questões também nos permitiriam averiguar se as classes médicas envolvidas acreditam, de facto, no trabalho de equipa e na necessidade de uma perspectiva multidisciplinar para a reabilitação do doente cardíaco. Ou, caso contrário, se as afirmações encontradas na literatura e relativas ao facto de que a reduzida existência de programas



realmente multidisciplinares, tem como uma das suas causas a incapacidade por parte da classe médica em trabalhar em equipa, seria verdadeira para a amostra em causa.

Assim, por exemplo Moreira (1998) escreve que em Portugal existem diversos obstáculos à generalização de programas de reabilitação cardíaca, sendo a dificuldade de aceitação da cooperação multidisciplinar, um dos factores fortemente apontados. Lewin (2003), também afirma que poucos são os programas de reabilitação cardíaca verdadeiramente multi – profissionais. Mital e Mital (2002), chamam atenção para o facto dos programas de actividade física na população com doença cardiovascular não estarem a ser tão eficazes quanto o esperado, sendo a principal razão o facto dos programas serem unicamente supervisionados por profissionais médicos ou clínicos (enfermeiras), quando se deveria apostar numa equipa multidisciplinar.

Remetendo-nos agora para os dados recolhidos neste estudo, atentemos aos gráficos em baixo:

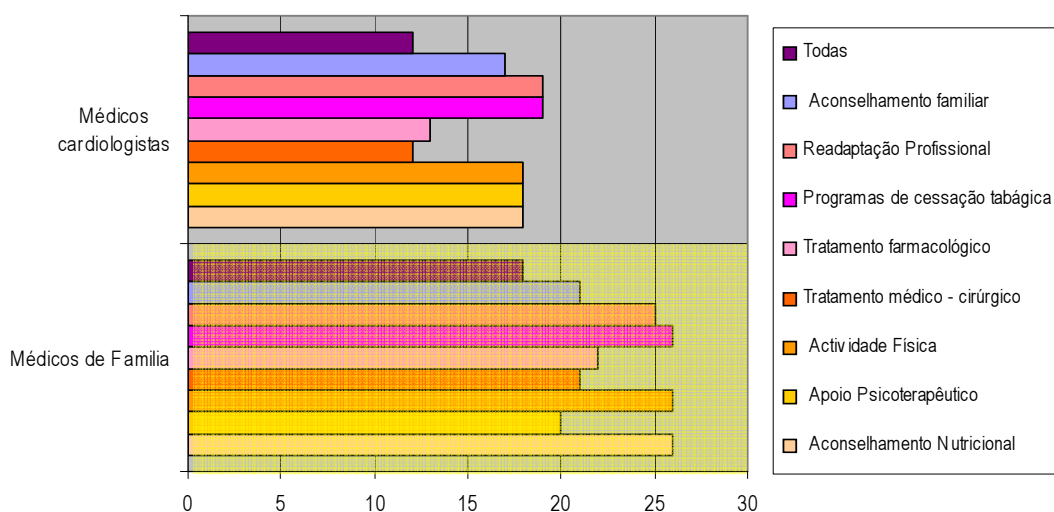


Gráfico 5.1: Terapêuticas que deverão estar incluídas na definição de reabilitação cardíaca – opinião de médicos de família VS médicos cardiologistas (Frequências Absolutas)

Face à questão “Quais as terapêuticas que devem estar incluídas na definição do conceito de reabilitação cardíaca?”, o gráfico mostra-nos que a opinião de médicos de família e médicos cardiologistas não é muito dispar.

Relativamente aos primeiros, vemos que uma grande parte da amostra, mais precisamente 67% (Fi=18) dos 27 médicos de família, responde que todas as terapêuticas apontadas devem fazer parte de um programa de reabilitação cardíaca.



As respostas dos médicos de família, que não consideraram todas as terapêuticas, foram bastante heterogêneas, sendo por isso, e para nós, de importância pequena referir aqui todos os conjuntos de respostas dados. Referimos apenas aquele que mais frequência teve, e que mesmo assim só foi referido por dois dos médicos e que consistia no seguinte conjunto de respostas: “aconselhamento nutricional, actividade física, readaptação profissional e programas de cessação tabágica”.

Analisando particularmente cada uma das terapêuticas, vemos que o aconselhamento nutricional, a actividade física e os programas de cessação tabágica são aqueles com maior índice de respostas, tendo sido referidos por todos os médicos de família inquiridos ($F_i=27$), sendo seguidos da readaptação profissional ($F_i= 26$).

O apoio psicoterapêutico, o aconselhamento familiar e o tratamento médico – cirúrgico foram as terapêuticas menos apontadas, tendo uma frequência absoluta de, respectivamente, 20, 21 e 21.

Nos dados obtidos com os médicos cardiologistas, verificamos que o número de respostas correspondentes a “todas as terapêuticas” é, em termos absolutos ($F_i=12$) e relativos (63% da totalidade da amostra) menor, no entanto, de acordo com o teste do Qui – quadrado tais diferenças não são estatisticamente significativas [$p = 0,8$], o que significa que não existem diferenças de opinião entre os dois grupos, de onde foram extraídos os constituintes da amostra.

Contrariamente aos médicos de família, o conjunto de respostas, dos médicos que não referiram a opção “todas as terapêuticas” foi bastante homogêneo, havendo 5 ($F_r=26\%$) que referiram o seguinte conjunto de terapêuticas: aconselhamento nutricional, apoio psicoterapêutico, actividade física, programas de cessação tabágica, readaptação profissional e aconselhamento nutricional.

Analisando cada uma das terapêuticas, vemos que os programas de cessação tabágica e a readaptação profissional são os mais apontados pela amostra ($F_i=19$), seguidos do aconselhamento nutricional, apoio psicoterapêutico e actividade física ($F_i= 18$). O tratamento farmacológico ($F_i=1$) e o médico-cirúrgico ($F_i=0$), foram os menos apontados.

Apesar de haver respostas muito similares entre médicos cardiologistas e médicos de família, pensamos ser bem visível a diferença encontrada ao nível do apoio psicoterapêutico, que nos médicos cardiologistas, é uma das terapêuticas apontadas por praticamente toda a amostra ($F_i= 18$) ao contrário dos médicos de família onde apenas 74% ($F_i=20$), quando comparados com os 95% dos cardiologistas, a apontam como uma terapêutica a incluir nos programas de reabilitação cardíaca. Apesar disso, as diferenças encontradas, e de acordo com



os resultados do teste Qui – quadrado não são estatisticamente significativas [$p= 0,69$], se bem que no cálculo desta estatística o programa nos informou que por nem todas as condições do teste estarem a ser devidamente aplicadas (nomeadamente “que pelo menos 80% das frequências absolutas sejam superiores ou iguais a 5”; Maroco, 2003: 90) o teste qui – quadrado não foi aplicado com rigor.

Curiosamente a taxa de respostas relativas à “prática de actividade física” é muito semelhante entre ambas as classes, sendo de 96% e 95% para médicos de família e médicos cardiologistas, respectivamente. Os mesmos valores são encontrados para a terapêutica “aconselhamento nutricional”

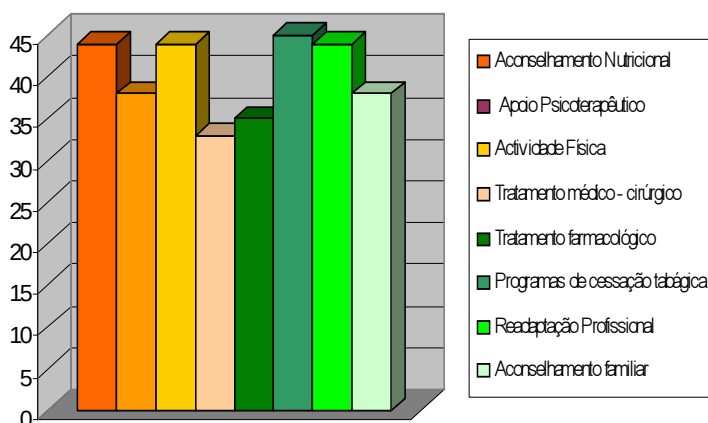


Gráfico 5.2: Terapêuticas que deverão estar incluídas na definição de reabilitação cardíaca (Frequências absolutas)

a 96% da amostra).

As terapêuticas menos apontadas são o tratamento médico-cirúrgico ($Fi= 33$; $Fr= 71\%$) e o tratamento farmacológico ($Fi= 35$; $Fr= 76\%$).

Perante a pergunta “Quais os objectivos de um programa de reabilitação cardíaca”, foram obtidos os seguintes resultados:

De uma forma global, e analisando o gráfico 5.2, vemos que das terapêuticas apresentadas (e numa amostra total de 46 médicos) “programas de cessação tabágica” é a mais apontada ($Fi=45$, o que corresponde a 98% da amostra), sendo esta seguida do aconselhamento nutricional, actividade física e readaptação profissional ($Fi=44$, o que corresponde

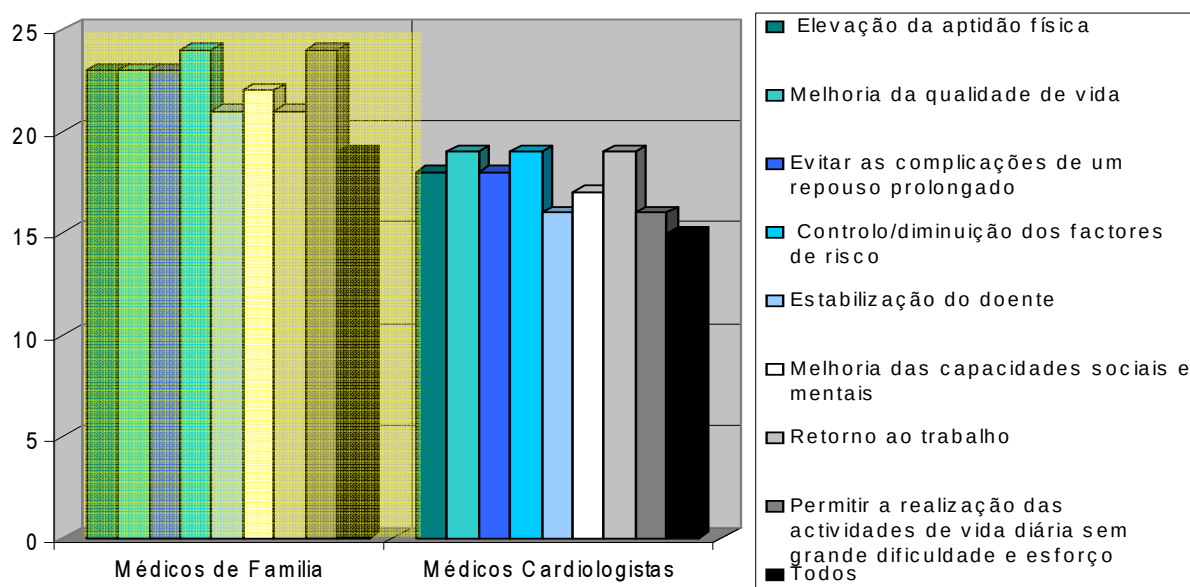


Gráfico 5.3: Objectivos dos programas de reabilitação cardíaca – Médicos Família Vs Médicos Cardiologistas
(Frequências absolutas)

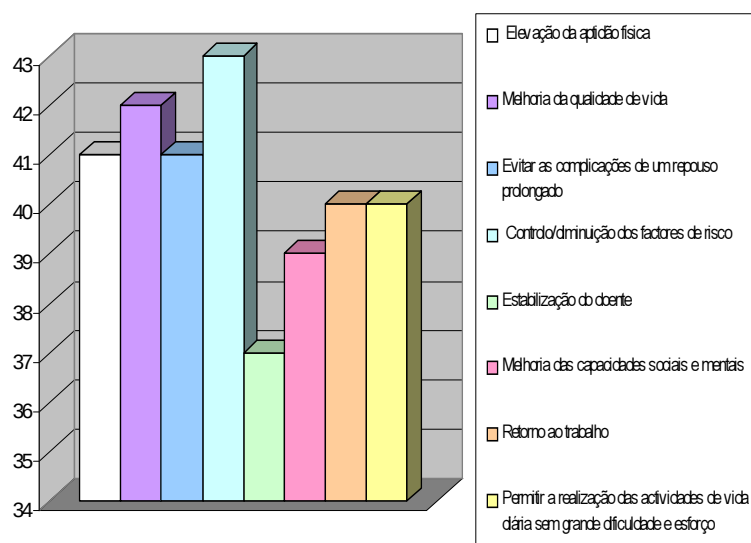


Gráfico 5.4: Objectivos dos programas de reabilitação cardíaca
(Frequências absolutas)

Tal como na pergunta anterior, o número de médicos de família e médicos cardiologistas que apontaram todas as hipóteses relativas aos objectivos do programa de reabilitação cardíaca foram elevados, demonstrando não só coerência nas respostas, mas também que estes profissionais acreditam de facto na necessidade de um trabalho multidisciplinar para conseguir reabilitar verdadeiramente o doente cardíaco.

Assim, de um total de 27 médicos de família, 19 (70%) apontam “todas as hipóteses”, assim como 15 cardiologistas (79% de um total de 19 médicos cardiologistas).

O grupo de respostas dados por aqueles que não seleccionaram a opção “todas as hipóteses” é bastante heterogéneo, tanto nos médicos cardiologistas como nos médicos de



família, e por isso não nos referimos às mesmas, pois consideramos sua importância muito relativa.

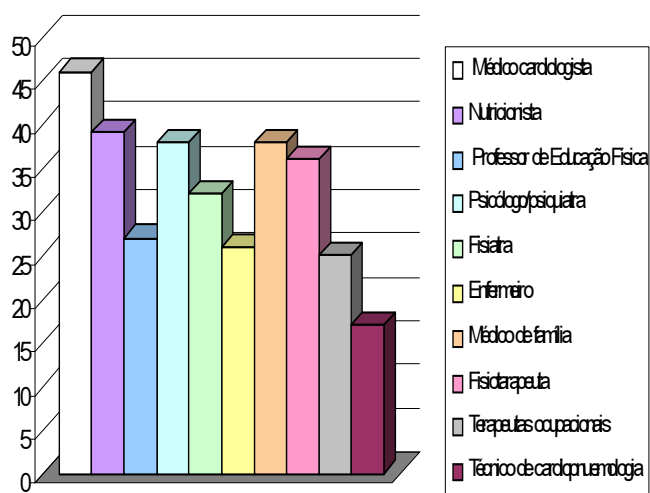
De todas as hipóteses de objectivos, e para a totalidade da amostra ($n=46$), vemos que o “controlo/diminuição dos factores de risco” é o objectivo mais assinalado ($Fi= 43$; $Fr=93\%$), seguido da “melhoria da qualidade de vida” ($Fi= 42$; $Fr=91\%$) e pela “ elevação da aptidão física e “evitar as complicações de um repouso prolongado” que tiveram uma taxa de respostas de 98%, o que corresponde a uma Frequência absoluta de 41.

Os objectivos menos apontados são a “estabilização do doente” ($Fi= 37$; $Fr= 80\%$) e “melhoria das capacidades sociais e mentais” ($Fi=39$; $Fr= 85\%$).

Diferenciando as respostas dos médicos de família e médicos cardiologistas, verificamos que as opiniões continuam a convergir, na medida em que, para ambas as classes, “o controlo/diminuição dos factores de risco” ($Fi_{\text{médicos de família}} = 24$ e $Fi_{\text{médicos cardiologistas}} = 19$); a “melhoria da qualidade de vida” ($Fi_{\text{médicos de família}} = 23$ e $Fi_{\text{médicos cardiologistas}} = 19$); “elevação da aptidão física” ($Fi_{\text{médicos de família}} = 23$ e $Fi_{\text{médicos cardiologistas}} = 18$) e “evitar complicações de um repouso prolongado” ($Fi_{\text{médicos de família}} = 23$ e $Fi_{\text{médicos cardiologistas}} = 18$), são as opção mais referidas.

Muito embora as diferenças entre ambas as classes não sejam significativas [$p = 0,2$], apontamos a opção “retorno ao trabalho” como um dos objectivos apontados por todos (100%) os cardiologistas e apontada por 78% dos médicos de família.

Relativamente à equipa de profissionais que deve participar na reabilitação cardíaca, os dados obtidos foram os expressos nos gráficos 5.5 e 5.6



Analisando, cada um dos profissionais apontados em particular, verificamos que o Médico Cardiologista é, obviamente, o profissional mais apontado como devendo fazer parte da equipa de reabilitação, sendo referido por todos os médicos constituintes da amostra.

Este é seguido pelo Nutricionista ($Fi= 39$; $Fr= 85\%$) e pelo Psicólogo/

Gráfico 5.5: Equipa de Reabilitação Cardíaca
(Frequências absolutas)



psiquiatra (Fi= 38; Fr= 83%).

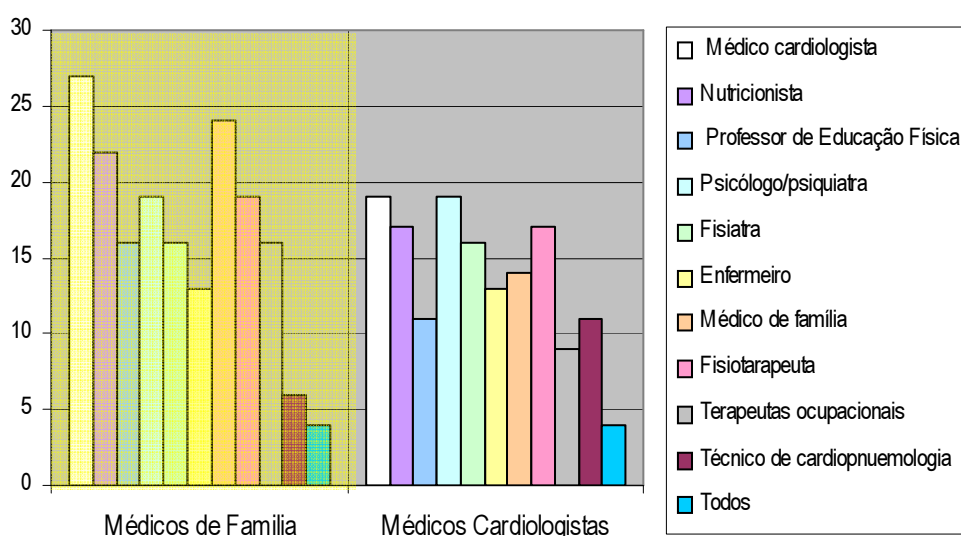


Gráfico 5.6: Equipa de Reabilitação Cardíaca: Médicos de Família Vs Médicos Cardiologistas
(Frequências absolutas)

Os profissionais menos referidos foram o técnico de cardiopneumologia (n= 17; 37%); os terapeutas ocupacionais (n= 25; 54%); os enfermeiros (n= 26; 57%) e professores de educação física (n=27; 59%).

Curiosamente, o número de médicos de família e de cardiologistas que enumeram todos os profissionais, foram iguais (Fi= 4).

Quando analisados os dados dos médicos de família e dos médicos cardiologistas separadamente, verificamos que as principais diferenças se encontram no técnico de cardiopneumologia (técnico muito importante nos testes e tratamentos de gasometria), sendo este apontado por 58% dos médicos cardiologistas e por apenas 22% dos médicos de família. Os médicos cardiologistas também referiram mais vezes o enfermeiro (68%) e os fisiatras (84%) do que os médicos de família (48% para os enfermeiros e 59% para os fisiatras), atribuindo nós estas diferenças às realidades e contextos com que cada uma destas classes se depara no dia – a – dia, sendo que, por exemplo, um médico cardiologista concerteza trabalhará muito mais frequentemente com um técnico de cardiopneumologia ou fisiatra e daí reconhecer-lhes mais importância.

Outra diferença, coerente com as respostas anteriormente encontradas, está na opção “psicólogo/ psiquiatra”, sendo este profissional apontado por todos os Médicos Cardiologistas (Fr



= 100%) e por apenas 70% dos Médicos de Família. Apesar das divergências encontradas, nenhuma das diferenças apontadas, até ao momento, é estatisticamente significativa, tendo sido aplicado o teste qui – quadrado para sua verificação, como podemos ver na tabela seguinte:

Tabela nº 5.1: diferença de médias entre Médicos cardiologistas e médicos de família para as respostas “Fisiatra”, “Enfermeiro” e “Técnico de cardiopneumologia” – calculo da estatística

Teste Qui - Quadrado	p
Fisiatra	0,7
Enfermeiro	0,1
Técnico de cardiopneumologia	0,9

O facto de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas diz-nos que não existem diferenças entre a opinião dos dois grupos. Contudo, e mais uma vez, o programa SPSS, aquando a determinação do teste, chamou atenção para a amostra não reunir todas as condições desejáveis para a determinação do teste qui – quadrado com maior rigor.

A percentagem de respostas atribuídas ao Professor de Educação Física é muito semelhante em ambas as classes, sendo de 59% e 58% para Médicos de Família e Médicos Cardiologistas respectivamente.

Achamos interessante o facto de apenas 74% dos médicos cardiologistas (Fi=14) englobarem os médicos de família na equipa de reabilitação cardíaca, assim como haverem 3 (Fr=11%) médicos de família que também consideram que sua especialidade não deve ser incluída nas equipas de reabilitação. Isto porque, se um programa de reabilitação cardíaca é para toda a vida, quem, se não o médico de família, deverá ser responsável pela supervisão e controlo dos factores de risco do doente, após a alta hospitalar?



Por último, as respostas à questão “A quem se destinam os programas de reabilitação cardíaca?”, permitiram-nos recolher os seguintes dados:

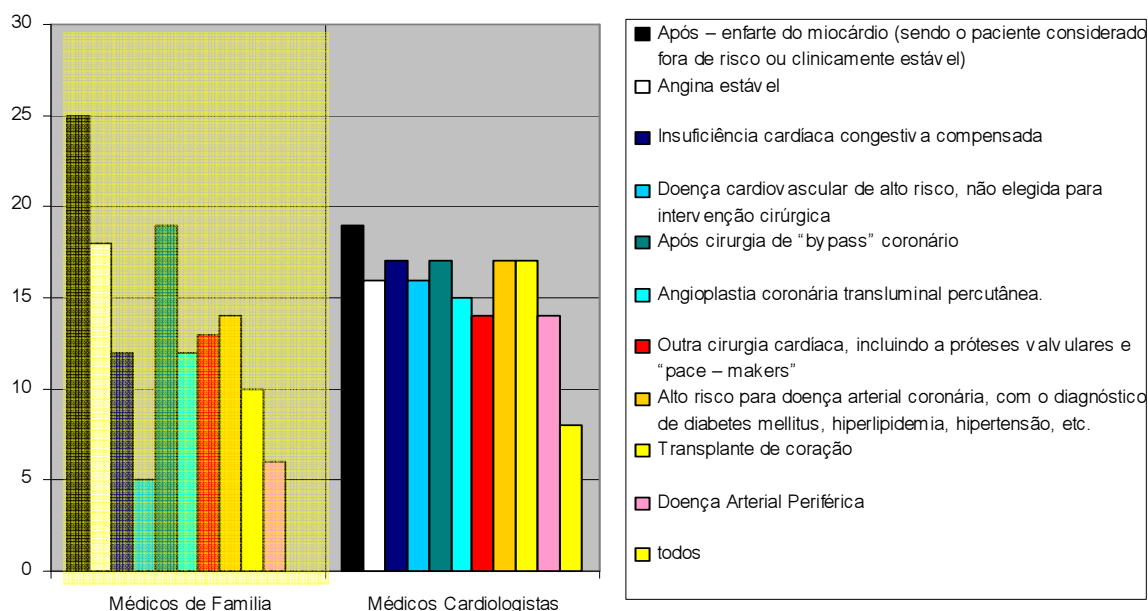


Gráfico 5.7: Quem deve participar num programa de Reabilitação Cardíaca - Médicos de Família Vs Médicos Cardiologistas

Frequências absolutas

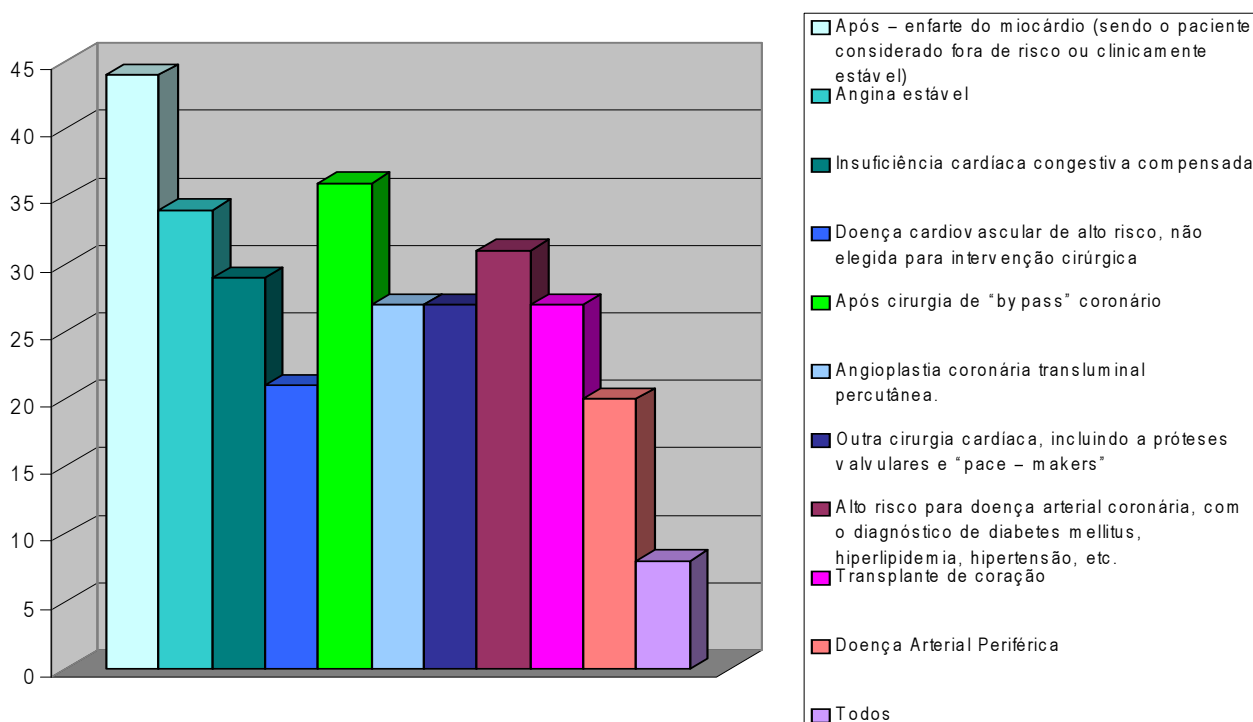


Gráfico 5.8: Quem deve participar num programa de Reabilitação Cardíaca – Frequências absolutas



Quando analisados, em conjunto, os dados dos médicos de família e de cardiologistas (gráfico 5.8) verificamos que todas as patologias enunciadas e que segundo o ACSM deveriam participar num programa de reabilitação cardíaca apresentam taxas de respostas bastante elevadas, sendo as patologias com menor taxas de resposta a “doença arterial periférica” ($F_i=20$; $F_r=43\%$) e a doença cardiovascular de alto risco, não elegida para intervenção cirúrgica” ($F_i=21$; $F_r=46\%$).

Apenas 8 ($F_r=17\%$) dos médicos responderam que todas as patologias deveriam integrar um programa de reabilitação cardíaca, sendo que todos pertenciam à classe dos cardiologistas.

“Pós- enfarte do miocárdio” foi a patologia mais elegida para integrar os programas de reabilitação cardíaca ($F_i=44$; $F_r=96\%$), seguida pela “após cirurgia de “bypass” coronário” ($F_i=36$; $F_r=78\%$) e “angina estável” ($F_i=34$; $F_r=74\%$).

Nesta questão o grupo dos médicos cardiologistas foi mais homogêneo que o dos médicos de família, apresentando os primeiros taxas de selecção muito mais altas, para todas as categorias do que os médicos de família, conforme se pode ver no gráfico 5.9, e que nos pode levar a colocar a hipótese de os médicos cardiologistas terem uma noção muito mais abrangente e inclusiva da reabilitação cardíaca do que os médicos de família. Apesar disso, de todas as patologias indicadas apenas quatro apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, nomeadamente: “insuficiência cardíaca congestiva compensada” [$p=0,002$]; “doença cardiovascular de alto risco, não elegida para intervenção cirúrgica” [$p=0,000$]; “doença arterial periférica” [$p(t_a \leq t_c)=0,001$] e “Transplante de coração” [$p(t_a \leq t_c)=0,000$].

O gráfico seguinte, reforça a ideia das diferenças encontradas, bem como o padrão de respostas dos dois grupos inquiridos.

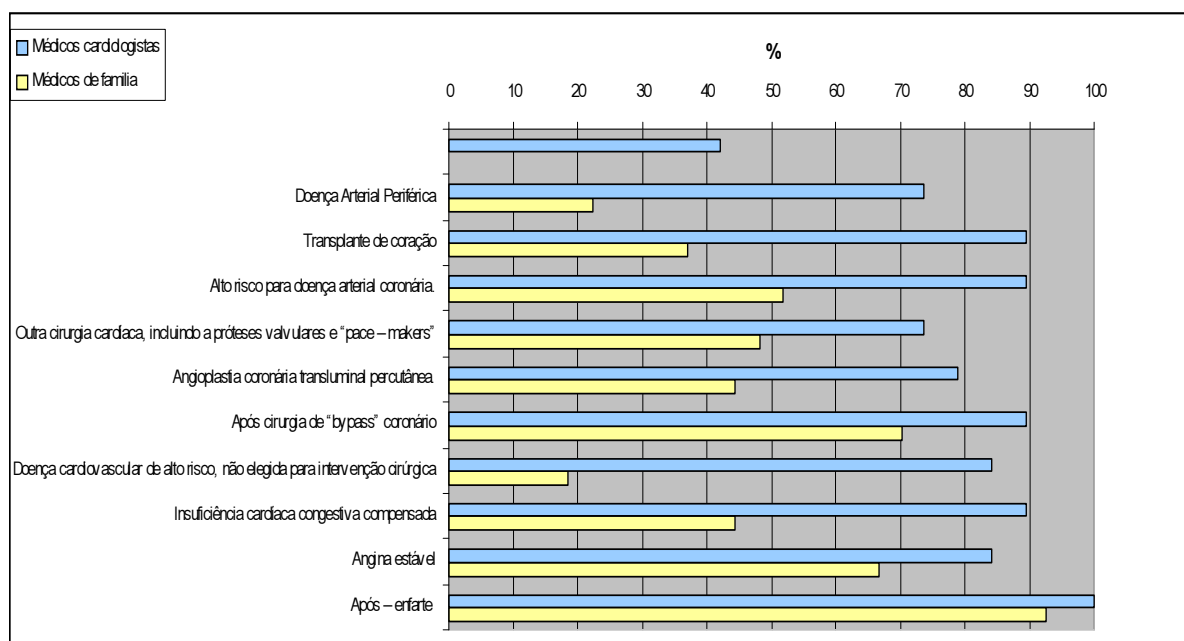


Gráfico 5.9: Quem deve participar num programa de Reabilitação Cardíaca – Médicos de Família VS Médicos Cardiologistas
Frequências Relativas

A apresentação dos dados efectuada, permite-nos levantar algumas questões e desenvolver algumas ideias que consideramos pertinentes.

A primeira é que, realmente, as noções ou o conceito de reabilitação cardíaca por parte da amostra vai ao encontro da defendida pela OMS, parecendo que tanto médicos de família como médicos cardiologistas acreditam na importância da multidisciplinaridade e na necessidade de se trabalhar o paciente de forma integral e multilateral. Tanto nos objectivos como nas práticas terapêuticas as respostas intra e entre grupos são bastante homogêneas e coerentes, tendo a maioria dos constituintes da amostra seleccionado “todas as opções” como a resposta às questões formuladas.

De salientar algumas diferenças entre médicos cardiologistas e médicos de família quanto à importância do apoio psicoterapêutico, sendo este bastante salientado pelos cardiologistas e pouco pelos médicos de família.

No entanto, as diferenças encontradas não colocam em causa a ideia bem patente e que realça dos dados: a de que ambas as classes médicas acreditam e defendem a multidisciplinaridade dos programas de reabilitação cardíaca.

Se por um lado defendem a multidisciplinaridade de terapêuticas e de objectivos, ambas as classes médicas já têm mais dificuldade em aceitar a ideia de uma equipa multidisciplinar,



facto bem patente quando o número daqueles que escolhem a opção “todos os profissionais” é de 17% (4 médicos de família e 4 cardiologistas), sendo que os profissionais das opções dadas eram os especialistas das diferentes práticas terapêuticas enunciadas na primeira pergunta, pergunta esta em que 65% da totalidade da amostra seleccionou todas as terapêuticas.

Aqui fica evidente uma clara tendência da amostra para eleger os profissionais denominados por “técnicos de saúde” e aqueles especialistas com que habitualmente cada um dos grupos trabalha, e que, talvez por isso, por perceberem ou terem a prova real da importância desses especialistas os considerem indispensáveis para a equipa. Assim, por exemplo, foi mais frequente ver um médico cardiologista eleger uma enfermeira ou técnico de cardiopneumologia como um elemento a integrar na equipa do que um médico de família, pois o primeiro trabalha todos os dias com esse tipo de profissionais, que são de extrema importância em situações agudas ou de internamento hospitalar, algo que não ocorre no contexto da medicina familiar.

Como já foi referido, achamos curioso o facto de apenas 74% dos médicos cardiologista integrarem o médico de família na equipa de reabilitação cardíaca, no entanto, esta opinião pode ser facilmente compreendida caso, por exemplo, estes médicos não considerem que a reabilitação cardíaca seja um programa de duração ilimitada ou para toda a vida, mas sim um programa de duração limitada e, provavelmente, com duração apenas durante os dias procedentes a um evento cardíaco agudo.

Um outro ponto para nós importante, e que vai ao encontro do que dizíamos, mais em cima acerca da capacidade de trabalhar com diferentes profissionais, é o facto de que enquanto nas práticas terapêuticas a prática de actividade física é uma das mais apontadas pela amostra (com Fr de 96%) e nos objectivos deste tipo de programas a elevação da aptidão física aparecer com Fr entre os 80 e 90%, no que toca aos profissionais a integrar a equipa de reabilitação cardíaca, o professor de educação física é nomeado por apenas 59% da totalidade da amostra. Justificações para os dados encontrados, não pudemos ainda efectuar, no entanto, o facto do aconselhamento nutricional ser uma terapêutica com uma frequência relativa igual à da prática de actividade física (96%) e o nutricionista aparecer, como técnico a integrar a equipa de reabilitação cardíaca, com uma frequência relativa entre os 80% e os 90%, em oposição aos 59% dos professores de educação física, leva-nos a acreditar na hipótese de haver de facto alguma tendência, por parte da classe médica, em trabalhar apenas com os restantes profissionais associados ou denominados como “técnicos de saúde”.

Mais uma vez, na questão dos profissionais é patente a maior importância dada por parte do médico cardiologista à vertente emocional ou psíquica dos pacientes, na medida em que



100% dos cardiologistas nomeia o psicólogo/psiquiatra como elemento da equipa de reabilitação cardíaca em oposição aos 70% dos médicos de família.

No que ao tipo de pacientes a integrar os programas de RC, diz respeito, mais uma vez confirmamos que, de uma forma geral, a amostra vai ao encontro das guidelines encontradas na literatura e de que defendem uma reabilitação cardíaca o mais inclusiva possível. A amostra parecer ser da opinião de que neste tipo de programas devem ser integrados não só aqueles pacientes que sofreram um evento cardíaco agudo, mas todos aqueles que possuem patologias cardíacas e que possam vir a beneficiar com este tipo de programas.

Apesar disso o índice de respostas onde foi seleccionado o “pós – enfarte do miocárdio” (n=99%) foi muito superior aos das restantes patologias, algo que indica que embora as noções tradicionais estejam a mudar, ainda se associa muito a reabilitação cardíaca aos pacientes enfartados. Estes dados vão de encontro à literatura, nomeadamente em Alves (2004) que chama atenção para a necessidade da Reabilitação Cardíaca ser acessível a todas as pessoas com doenças cardiovasculares, bem como vai ao encontro das ideias de Pinho (2005) que nos diz que embora inicialmente dirigido aos doentes após – enfarte agudo do miocárdio, a reabilitação cardíaca está progressivamente alargando a sua área de acção a outras patologias cardíacas.

Vemos, então, que de uma forma geral as ideias e os princípios subjacentes à definição de reabilitação cardíaca da OMS e outras importantes entidades, é do conhecimento e faz parte das noções que a amostra possui desta terapêutica reabilitativa.

Objectivo nº 2: Averiguar qual a opinião dos Médicos Cardiologistas e Médicos de Família relativamente aos programas de actividade física como terapêutica de Reabilitação Cardíaca.

Embora já sabendo que a amostra parece acreditar que a prática de actividade física deve ser uma das terapêuticas a levar a cabo nos programas de reabilitação cardíaca, era nosso objectivo aprofundar um pouco mais a questão e saber se realmente estes dois tipos de especialistas não só acreditavam nos benefícios da actividade física mas também se a recomendavam aos seus pacientes cardíacos.



Atentemos aos dados:

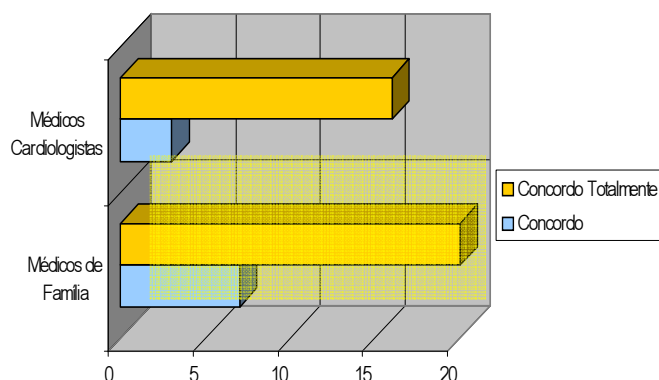


Gráfico 5.10: A prática de actividade física é benéfica para os doentes coronários? Frequências absolutas

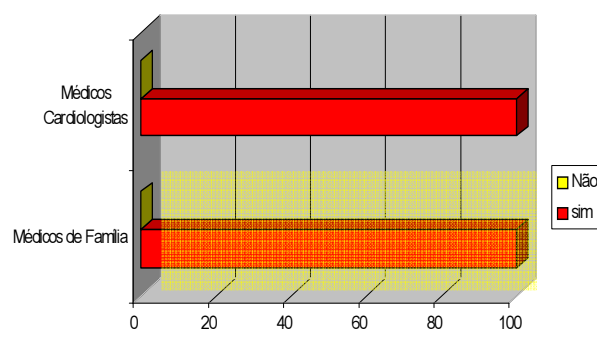


Gráfico 5.11: Costuma aconselhar a prática de actividade física aos pacientes com doença cardíaca. Frequências absolutas

R

Relativamente à questão “ A prática de actividade física é benéfica no controlo dos factores de risco, estabelecimento e aumento da capacidade funcional, bem como na melhoria dos sentimentos de bem estar e auto estima, contribuindo para a redução da morbilidade/mortalidade e aumento da qualidade de vida desta população” e perante uma escala que ia de -2 (discordo totalmente) a 2 (concordo totalmente) não há nenhum elemento da amostra que não concorde ou que não tenha opinião sobre a afirmação citada, ou seja, as respostas dos 46 elementos da amostra situaram-se todas entre o 1 e o 2, resultados estes que evidenciam uma forte credibilidade nos benefícios da actividade física para o doente cardíaco.

Especificando mais os resultados temos que 78% da totalidade da amostra ($F_i=36$) diz concordar totalmente com a afirmação e 22% diz apenas concordar, havendo muito provavelmente algumas reticências face a uma frase tão afirmativa e generalista, nomeadamente, o facto de estar provado que embora benéfica a prática de actividade física por si só, não leva a tantos benefícios quanto os esperados, devendo assim esta ser vista como uma terapêutica que deve ser aplicada em conjunto com tantas outras, nomeadamente programas de cessação tabágica e aconselhamento nutricional.

Em coerência com a questão anterior, temos uma frequência relativa de 100% da totalidade da amostra para a resposta “sim”, perante a pergunta: Costuma aconselhar a prática de actividade física, aos pacientes com doenças cardiovasculares?”. O gráfico 5.11 dá conta disso mesmo.

Estes dados encontrados vão ao encontro do estudo de Moreira (1998), onde a autora conclui que os médicos cardiologistas têm uma opinião muito favorável acerca da prática de



actividade física por parte dos doentes cardíacos atribuindo à mesma inúmeros benefícios e um índice benefício/risco muito favorável.

Por outro lado, os mesmos dados não vão ao encontro de alguma da literatura, quando como por exemplo Thompson (2002), que nos diz que a principal causa da pouca aderência e existência de programas de reabilitação cardíaca é a falta de conhecimento dos benefícios desta iniciativa, por parte da classe médica. Ou com Mendes (1999) ao afirmar que, é necessário promover uma mudança cultural da atitude dos médicos, em relação ao exercício físico e à RC, demonstrando as suas vantagens no campo da melhoria da qualidade e da esperança de vida e nos aspectos económicos de custo – benefício, para os doentes e para a sociedade.

A pergunta “Por que razão não aconselha a prática de actividade física aos seus pacientes?” ficou sem efeito, na medida em uma vez que todos os constituintes da amostra aconselhavam a prática de actividade física aos seus pacientes, não tiveram de responder à questão já enunciada.

Relativamente aos dados já analisados, verificamos que os médicos constituintes da amostra concebem os programas de reabilitação cardíaca como projectos multidisciplinares, que trabalham de forma integral o ser humano, devendo, igualmente, abranger todos os indivíduos que possuem patologias cardíacas.

Dentro das práticas e objectivos dos programas de reabilitação cardíaca a prática de actividade física e seus benefícios são apontados como aspectos que devem pertencer a este tipo de programas, tendo sido já evidenciado a grande credibilidade, por parte da amostra, acerca dos benefícios advindos da prática de actividade física em pacientes cardíacos. De igual forma, também já verificamos que a totalidade da amostra costuma aconselhar a prática de actividade física aos seus utentes com doença cardíaca.

No entanto, e em nossa opinião, face a uma amostra que aparentemente acredita tanto nos benefícios da prática de actividade física, para reabilitação do doente cardíaco, haver apenas 27 médicos, num universo de 46 (Fr=59%), que incluem o professor de educação física na equipa de reabilitação é um número pequeno. Esta situação levou-nos ao levantamento de algumas hipóteses, cujas perguntas seguintes tentam validar ou refutar.

O primeiro raciocínio por nós efectuado, foi que o facto de não associarem o profissional de educação física e desporto à equipa de reabilitação cardíaca, não quereria obrigatoriamente dizer que não considerassem que estes especialistas tivessem um papel importante na reabilitação do doente cardíaco. Daí que tenha surgido a questão de como, os dois grupos



inquiridos, abordam com os pacientes, a necessidade de praticar actividade física. Sabendo de antemão que apenas 1% dos pacientes cardíacos tem oportunidade de participar num programa de reabilitação cardíaca estruturado, que tipo de conselhos e prescrição farão os médicos constituintes da amostra? Aconselhará os pacientes a procurarem profissionais de desporto e educação física? Preferirá que o paciente pratique actividade física no domicílio? Delineará ele próprio um plano de treino para o paciente?

Um segundo raciocínio, por nos efectuado foi o de que, realmente, os médicos da amostra não consideram que o profissional de educação física tem um papel importante na reabilitação cardíaca, na medida em que ele próprio pode prescrever e elaborar um plano de treino ao seu paciente. A questão é que, existindo, como existe de forma tão correcta e detalhada e ainda por cima fornecidas por entidades altamente credenciadas, guidelines relativas à prática de exercício físico para este tipo de população, poderemos levantar a hipótese de que os médicos não sintam a necessidade de ter um profissional de educação física na equipa, pois acreditam possuir todos os conhecimentos, princípios e directrizes necessários à prescrição do exercício para este tipo de população e, esta, pode muito bem ser feita em casa e em segurança, conforme o já comprovado por muitos estudos.

Ou então, talvez simplesmente, os médicos realmente nunca tenham posto a hipótese de fazermos parte da equipa de reabilitação cardíaca porque nunca nos associaram à prática de actividade física terapêutica, nem tão pouco confiam ou conhecem os nossos níveis conhecimentos e competências para levar a cabo esse tipo de programas. E aqui, surgiu a questão: não terão eles todo o direito de duvidar? Não deverá ser nossa, a função de nos valorizarmos e mostrarmos aos técnicos de saúde a nossa competência e os nossos conhecimentos para levarmos a cabo este tipo de programas. Não teremos de ser nós, profissionais de desporto e educação física a mostrar a toda a classe médica que nós somos uma necessidade para quase todos os tipos de reabilitação?

Não terá o pessoal médico, toda a legitimidade para desconfiar dos profissionais de educação física e desporto, relativamente à sua competência em levar a cabo a supervisão de programas de actividade física para a população cardiopata? Pensamos que sim, pelo menos até conseguirmos provar o contrário.

Pensamos que os dados seguintes e sua análise nos dão mais material para tentar responder às questões colocadas.



Objectivo nº 3: Perceber se o Profissional de Desporto e Educação Física tem lugar na equipa de Reabilitação Cardíaca e, se sim, em que fases do programa.

Este terceiro objectivo nos irá permitir responder à questão anteriormente levantada: se os médicos da amostra atribuem ou não um papel ao profissional de desporto e de educação física, na equipa de reabilitação cardíaca. Atentemos aos dados:

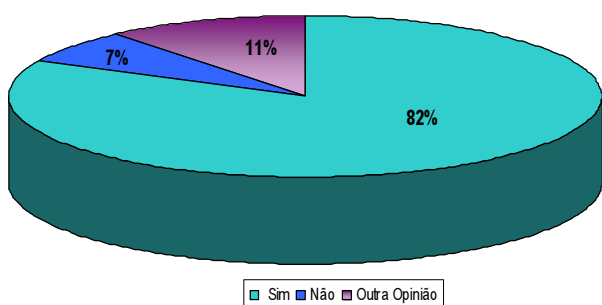


Gráfico 5.12: Professor de educação física tem um papel importante na equipa de reabilitação cardíaca?
Frequências relativas

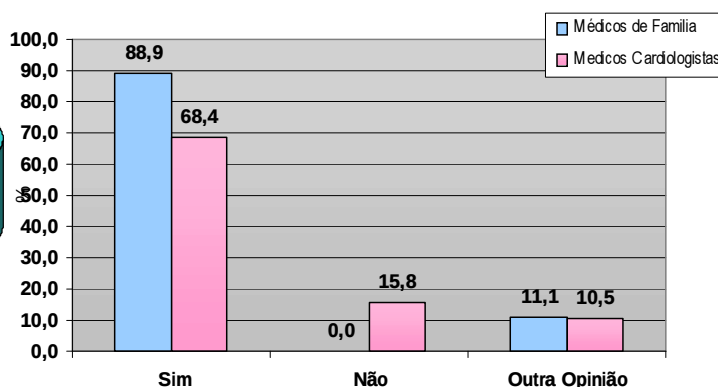


Gráfico 5.13: Professor de educação física tem um papel importante na equipa de reabilitação cardíaca? Médicos de Família Vs Médicos Cardiólogistas – Frequências relativas

Na questão “ O professor de educação física tem um papel importante na equipa de reabilitação cardíaca”, foi detectado um erro, em termos de semântica, não evidenciado pelos resultados do pré – teste.

A detecção do erro foi assinalada por algumas respostas, onde nos apercebemos que a questão formulada poderia ter dois sentidos, nomeadamente, um primeiro (que era o sentido que queríamos dar à questão) poderia se entender que era perguntado se o professor de educação física tem um lugar importante na equipa de reabilitação cardíaca, enquanto profissional e especialista na actividade física e desporto, ou seja, se faz sentido existir um professor de educação física neste tipo de programas. Por outro lado, a questão poderia ser interpretada como se estivesse a ser questionado se, na sua opinião, actualmente o professor de educação física tinha ou estava a ter um papel importante na reabilitação cardíaca, daí termos obtidas respostas como: “Presentemente não têm, mas julgo que no futuro ocuparão um lugar importante na equipa de reabilitação cardíaca”.



Apesar de alguma incerteza, os resultados obtidos levam-nos a deduzir que a maioria da amostra entendeu a questão conforme o pretendido e daí não termos excluído esta questão.

Os dados obtidos mostram-nos que 82% da amostra ($F_i = 37$) dizem que sim, que o profissional de desporto e educação física tem um papel importante da reabilitação do doente cardíaco e um lugar na equipa de reabilitação cardíaca. Estes dados, mais uma vez, não deixam de ser um pouco contraditórios com os 41% dos médicos da amostra que afirmam que o profissional de desporto e educação física não deve integrar a equipa de reabilitação cardíaca. Cinco dos médicos inquiridos (11%) dizem ter “outra opinião”, sendo que nesta opção encontramos as respostas seguintes:

- “Sim, pode contribuir” ($F_i = 1$).
- “Sim, mas sempre em coordenação com o médico cardiologista” ($F_i = 1$).
- “Não há grande experiência nessa área, sendo essa actividade geralmente da responsabilidade de fisiatras e fisioterapeutas na maioria das instituições (hospitais ou não) que têm programas de reabilitação cardíaca “ ($F_i = 1$).
- Presentemente não têm, mas no futuro julgo que serão um elemento muito importante na equipa de reabilitação cardíaca ($F_i = 1$).
- “Não sei” ($F_i = 1$)

Quando comparadas as respostas de médicos de família e médicos cardiologistas, enquanto que quase 90% dos médicos de família respondem que “sim”, apenas 68,4% dos médicos cardiologistas ($F_i = 13$) vêem o profissional de desporto e educação física como um especialista importante na reabilitação cardíaca. Isto leva-nos a pensar que há, por parte dos médicos cardiologistas um maior descrédito nas capacidades e conhecimentos dos profissionais de desporto e educação física, hipótese que parece ser comprovada quando verificamos que nenhum médico de família assinalou a opção “não” e que 15,8% dos médicos cardiologistas o fizeram. No entanto as diferenças encontradas não se revelaram estatisticamente significativas ($p = 0,9$), o que significa que não existem diferenças significativas entre os dois grupos e que ambos são da opinião de que sim, o profissional de desporto e educação física, tem um papel importante nas equipas de reabilitação cardíaca.

Queremos ressaltar que não consideramos existir, de facto, um real descrédito, por parte da amostra de cardiologistas no profissional de educação física, na medida em que a maioria dos constituintes desse grupo têm uma opinião positiva quanto à participação do profissional de desporto e educação física nesse tipo de programas.



De forma, a aprofundarmos um pouco a opinião quanto ao papel do profissional de educação física nas equipas de reabilitação cardíaca, perguntamos em que fases do programa, deve este participar. Atentemos agora aos gráficos.

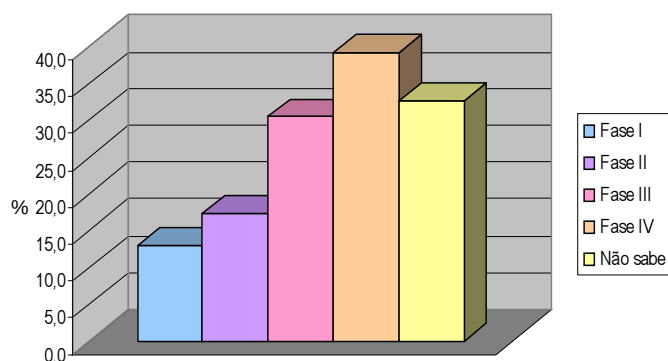


Gráfico 5.14: Em que fases o professor de educação física deve integrar a equipa de reabilitação cardíaca? (Frequências relativas)

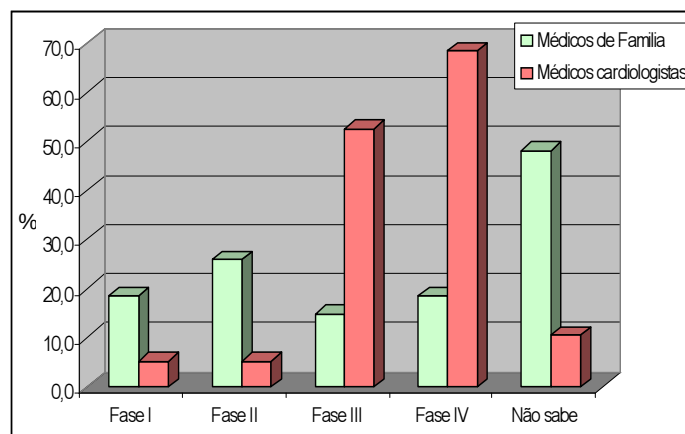


Gráfico 5.15: Em que fases o professor de educação física deve integrar a equipa de reabilitação cardíaca? - Médicos de família Vs Médicos Cardiologistas – Frequências relativas

Os dados obtidos na amostra de médicos de família, mostra-nos a veracidade para uma realidade que nos foi alertada enquanto realizadas as entrevistas não directivas, enunciadas no capítulo 4, e que não foi verificável no objectivo nº1. Ou seja, a de que os médicos de família não se encontram muito familiarizados com a estrutura e todo o processo que constitui os programas de reabilitação cardíaca, muito embora, as noções acerca do conceito em si, estivessem muito próximas das enunciada pela OMS. Assim, quase metade da amostra de médicos de família (fr=48%), diz que não sabe em que fases deve o profissional de educação física ter lugar na equipa de reabilitação cardíaca, e pensamos que este número se deve, muito provavelmente, ao factor já enunciado: a dos médicos de família não estarem familiarizados com as diferentes fases de um programa de reabilitação cardíaca.

Quando analisados todos os dados da amostra a fase IV é a mais apontada como aquela onde o professor de educação física poderá integrar a equipa de reabilitação, seguindo-se a fase III, ambas com uma frequência relativa de respectivamente 39% e 30,4% da totalidade da amostra. Dos 32 médicos que assinalaram a fase III e/ou fase IV, 12 (26% da totalidade da amostra) assinalou que o profissional de educação física deveria participar tanto na fase III como na fase IV, assinalando as duas.



A fase 1 é aquela que menos vezes foi seleccionada, sendo que os 13% que seleccionaram esta opção, correspondem a 6 médicos, sendo 5 médicos de família e um cardiologista.

Apenas 2 (4%) médicos (um médico de família e um cardiologistas) assinalaram todas as fases, como as fases onde o profissional de desporto e educação física podia participar.

Quando comparados médicos de família com médicos cardiologistas, verificamos que os últimos, aparentam ser mais esclarecidos e mais convergentes na sua opinião que os primeiros, sendo que a fase III e IV é a mais apontada pelos médicos cardiologistas (52,6% fase III e 68,4% fase IV). Nos médicos de família, não contando com as respostas na opção “não sabe”, a fase II é a mais votada (25,9%), seguindo-se a fase I e IV, com a mesma pontuação e assinalada em 18,5% da amostra.

Os dados obtidos para os médicos cardiologistas vão, de certa forma, ao encontro dos estudos de Moreira (1998), quando conclui que segundo os médicos cardiologistas inquiridos em seu estudo, o licenciado em educação física deve fazer parte da equipa de reabilitação cardíaca, apenas na fase IV.

Achamos que, de uma forma geral, os resultados obtidos nas duas questões anteriores são positivos e que segundo a opinião da amostra, o profissional de desporto e educação física tem, de facto, um papel importante nas equipas de reabilitação cardíaca (mais de metade da amostra diz que “sim”), sendo que a sua participação estará condicionada à fase III e IV dos programas.

Apesar de ser importante, sabemos que poucos são os programas onde realmente um professor de educação física está integrado. E embora as razões subjacentes a tal facto possam ser inúmeras, consideramos que as questões económicas e de impossibilidade de recrutar tantos profissionais para integrar uma equipa de reabilitação possa ser uma das maiores causas, principalmente se o profissional de educação física não é considerado um elemento indispensável.

Assim, embora sabendo que para a amostra o professor de educação física é importante, queríamos saber o quão é realmente importante. É um especialista sem o qual o programa de reabilitação cardíaca fica fortemente condicionado? Ou é um especialista importante, mas de todo, não indispensável?

Os gráficos seguintes mostram-nos as respostas obtidas:

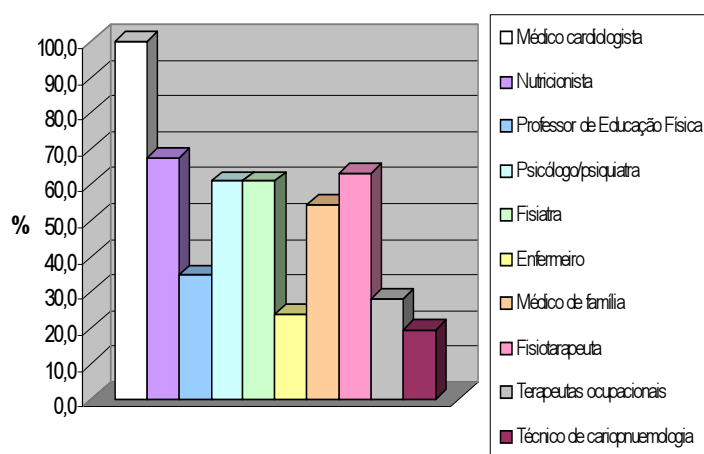


Gráfico 5.16: Quais os especialistas indispensáveis num programa de reabilitação cardíaca?
Frequências relativas)

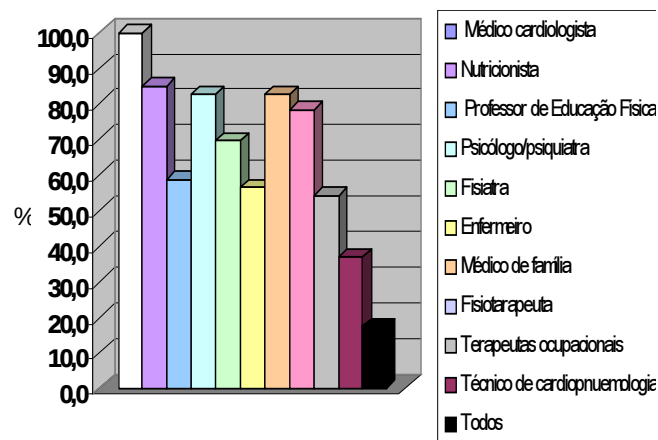


Gráfico 5.17: Quais os especialistas que devem integrar num programa de reabilitação cardíaca?

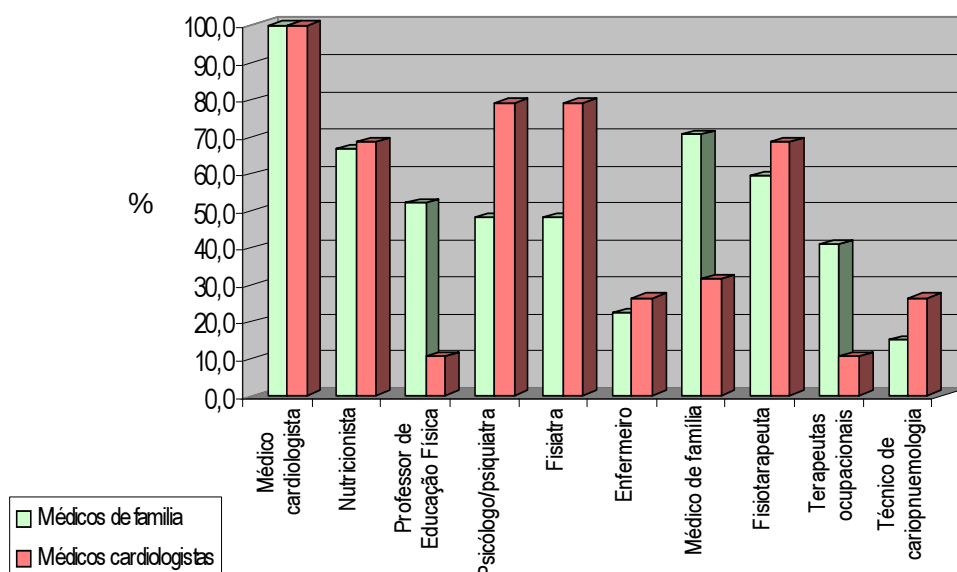


Gráfico 5.18: Quais os especialistas indispensáveis num programa de reabilitação cardíaca?
Médicos de Família vs Médicos Cardiologistas – Frequências relativas

Quando comparamos os dados obtidos entre as duas questões “quais os especialistas a integrar a equipa de reabilitação cardíaca” e “quais os especialistas indispensáveis num programa de reabilitação cardíaca”, verificamos que o padrão de respostas é o mesmo, embora os resultados apresentem frequências absolutas e relativas menores, para a maioria dos especialistas na segunda questão.



Não restam dúvidas, de que para ambos os grupos, o médico cardiologista é o especialista mais indispensável aos programas de reabilitação cardíaca, resultado este que pensamos ser óbvio e altamente preditivo, na medida em que jamais poderia ser diferente. A seguir ao médico cardiologista, o nutricionista apresenta-se como o especialista mais indispensável com uma Fr = 67% para a totalidade da amostra. A seguir temos o fisioterapeuta (Fr= 63%) e o psicólogo e fisiatra (Fr=60% em ambos), como os especialistas mais indispensáveis.

Sem dúvida que o professor de educação física não é, de todo, considerado um especialista indispensável, na medida em que apenas 34% da totalidade da amostra o seleccionou. Abaixo dos profissionais de educação física, temos os terapeutas ocupacionais, enfermeiros e técnicos de cardiopneumologia, com frequências relativas de 28%, 23%, 20% respectivamente.

Quando comparamos médicos cardiologistas com médicos de família, verificamos que continua a haver divergências relativamente à importância atribuída ao psicólogo/psiquiatra e técnico de cardiopneumologia (com os médicos cardiologistas atribuindo maior importância a estes especialistas), aumentando a diferença entre os dois tipos de especialistas nas opções “médicos de família”, “professores de educação física” e “terapeutas ocupacionais”, sendo estes especialistas mais nomeados por médicos de família que por médicos cardiologistas.

Nenhuma das diferenças encontradas entre os dois grupos é estatisticamente significativa, à excepção do professor de educação física, que teve um valor de prova (pelo teste qui – quadrado) de $p = 0,04$, o que significa que nesta pergunta e para o especialista “profissional de educação física e desporto” as opiniões dos dois grupos são realmente diferentes e que enquanto os médicos de família consideram o professor de educação física um elemento indispensável à reabilitação cardíaca, os médicos cardiologistas consideram que não, o profissional de desporto e educação física não é indispensável à equipa de reabilitação cardíaca.

Objectivo nº 4: Perceber que tipo de prescrição o médico faz acerca da prática de actividade física e qual o seu grau de confiança relativamente aos conhecimentos que possui para desenhar um programa de actividade física ao paciente

Os dados analisados, relativos ao objectivo número três, permitiu-nos perceber que, embora, o profissional de desporto e educação física seja visto como um profissional importante na equipa de reabilitação cardíaca, este não é considerado indispensável para o desenrolar deste tipo de programas, pelo menos por parte dos médicos cardiologistas.



As constatações efectuados, levam-nos assim ao segundo raciocínio por nós expresso em páginas anteriores e que se reporta ao facto dos médicos sentirem que não só podem, como têm conhecimentos que lhes permitam fazer o “trabalho” do profissional do desporto e educação física, nomeadamente o de delinear um programa de treino e supervisionar.

Observemos aos gráficos em baixo:

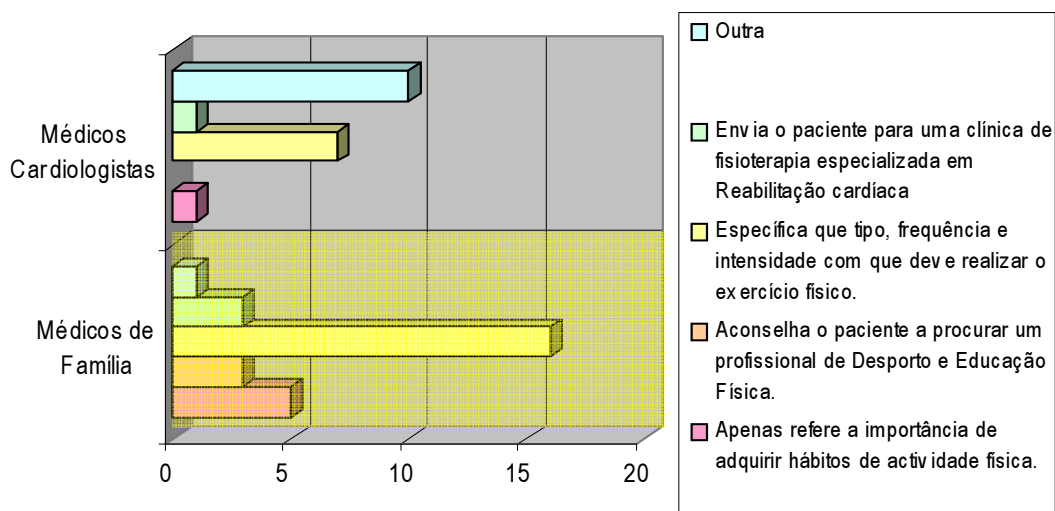


Gráfico 5.19: Que tipo de prescrição de actividade física costuma fazer - Médicos de Família vs Médicos cardiologistas

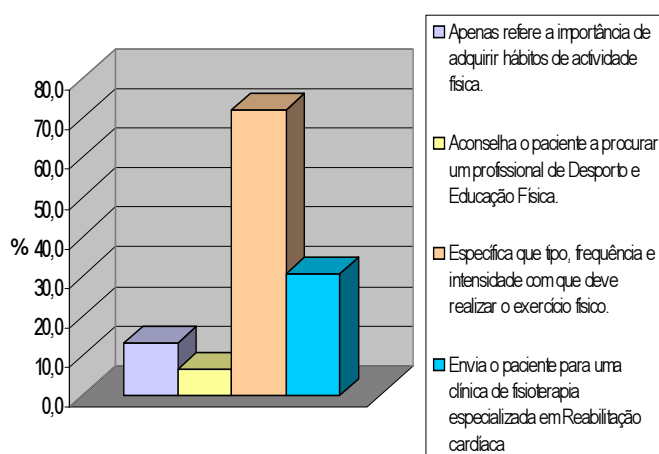


Gráfico 5.20: Que tipo de prescrição de actividade física costuma fazer

Os dados relativos à questão “Que tipo de prescrição costuma fazer aos seus doentes, quando os aconselha a praticar actividade física?”, mostram-nos que tanto nos médicos de família como nos médicos cardiologistas, a opção “especifica que tipo, frequência e intensidade com que deve realizar o exercício” é a mais votada. Nos médicos de família 16 dos 27 inqueridos (Fr=61%) dizem que costumam

especificar o tipo de programa de treino que o doente deve fazer, 3 médicos de família (Fr=11%) aconselham o paciente a procurar um profissional de desporto e educação física e outros 11% dizem que enviam o paciente para uma clínica de fisioterapia especializada em reabilitação



cardíaca. Os restantes 18% dizem que apenas referem ao paciente a necessidade de começar a adquirir hábitos de vida mais activa.

Nos médicos cardiologistas as respostas foram mais homogéneas, havendo 10 dos 19 médicos (53%) que indicaram duas opções em simultâneo, estando por isso localizados na barra correspondentes a “outra opinião”. Estes 53% da amostra de médicos cardiologistas dizem que ou especificam/ desenham um plano de treino ou então enviam o paciente para uma clínica de fisioterapia especializada em reabilitação cardíaca.

Nenhum médico cardiologista diz aconselhar o paciente a procurar um profissional de desporto e educação física, para que este lhe oriente o treino, facto que é coerente com os dados obtidos, relativamente ao facto de estes especialistas não considerarem que o profissional de desporto e educação física é indispensável às equipas de reabilitação cardíaca.

Curiosamente, nesta questão foram vários os constituintes da amostra que sentiram necessidade de esclarecer que o ideal seria enviar todos os pacientes para clínicas especializadas, no entanto, por variadíssimas razões, nomeadamente disponibilidade económica do doente e escassa existência de instituições adequadas para o efeito, “obrigam” o médico a tomar a iniciativa e a prescrever um programa de treino para os seus pacientes.

Os dados obtidos, apesar de não serem surpreendentes, levam-nos a ficar com uma ideia de que alguns dos médicos optam por delinear um plano de treino, não porque sentem que é da sua competência o fazer, mas sim porque não existem muitas respostas por parte da sociedade, que lhes permitam enviar com segurança seus pacientes para centros de reabilitação cardíaca credíveis e competentes. E de facto, a situação descrita é fortemente criticada pela literatura, que não se cansa de salientar o reduzido número de programas de reabilitação cardíaca tanto no mundo como no nosso país, sendo que em 1999, e segundo Mendes, existiam apenas 7 centros de reabilitação cardíaca, que conseguiam dar resposta apenas a 1% dos indivíduos cardiopatas nacionais.

Poderemos compreender que na falta de técnicos de confiança ou devidamente credenciados, bem como de instituições credíveis para o acompanhamento deste tipo de pacientes, os médicos se vejam obrigados a delinear programas de actividade física, de forma a garantir que pelo menos alguns dos pacientes se tornem um pouco mais activos.

No entanto, para nós, é inevitável perguntar, o porquê de serem tão poucos os médicos que recomendam o paciente a se aconselhar junto de um professor de educação física (especialista na actividade física e desporto) e o porquê de ser tão “natural” que um médico desenhe um plano de actividade física a um doente, quando é impensável um professor de



educação física receitar um medicamento a um dos seus alunos? Em termos de consequências, se calhar o risco não é assim tão diferente em ambas as situações, e não estarão ambos a fazer um trabalho para o qual não têm competência? Compreenderão os médicos que o exercício apesar de ser visto como uma terapia não é um medicamento, nem tão pouco existe uma única “receita” infalível para sua aplicação?

Queríamos, então saber, qual o grau de confiança que os médicos possuem face aos conhecimentos relativos ao delineamento de um plano de treino, pensando que caso os médicos evidenciassem uma grande confiança nos seus conhecimentos, isso explicaria um pouco melhor, o porquê do profissional de educação física ter uma importância secundária na equipa de reabilitação cardíaca.

Os gráficos seguintes expressam os dados obtidos.

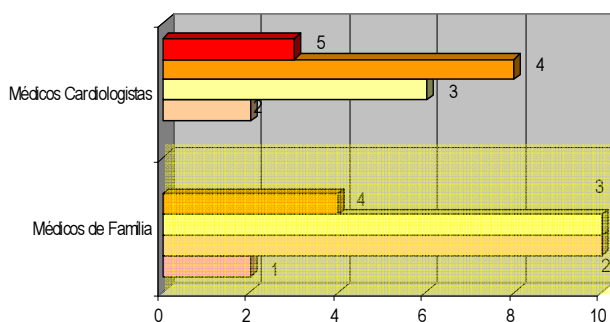


Gráfico 5.21: Grau de conhecimento, relativamente aos tipos de actividade, frequência, intensidade e densidade no exercício físico aos doentes cardíacos? . Médicos de Família vs Médicos cardiologistas - Frequências absolutas

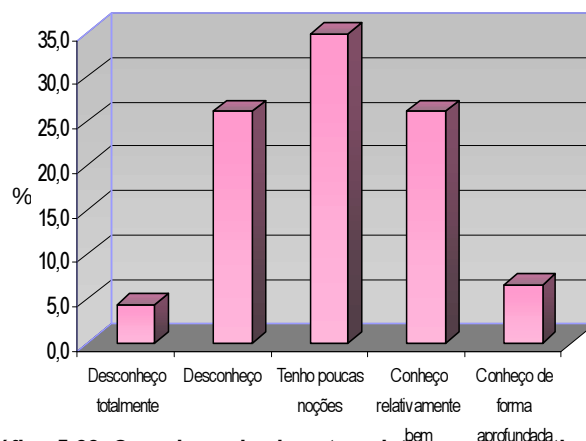


Gráfico 5.22: Grau de conhecimento, relativamente aos tipos de actividade, frequência, intensidade e densidade no exercício físico aos doentes cardíacos? -Frequências relativas

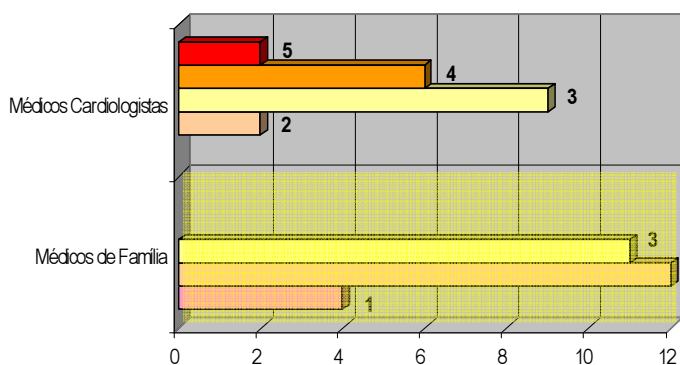


Gráfico 5.23: Grau de conhecimento, relativamente aos princípios e metodologias aplicados num programa de actividade física para doentes cardíacos? -Médicos de Família vs Médicos cardiologistas Frequências absolutas

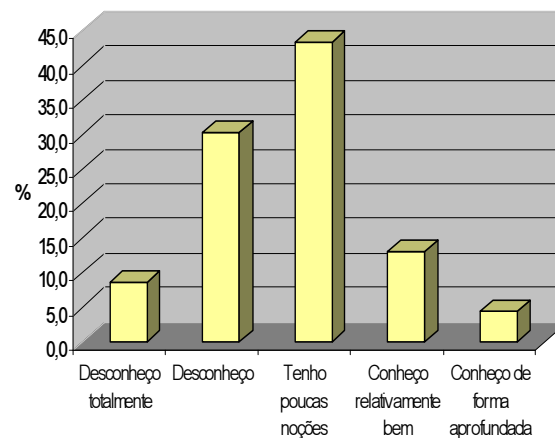


Gráfico 5.24: Grau de conhecimento, relativamente aos princípios metodologias aplicados num programa de actividade física para doentes cardíacos? -Frequências relativas

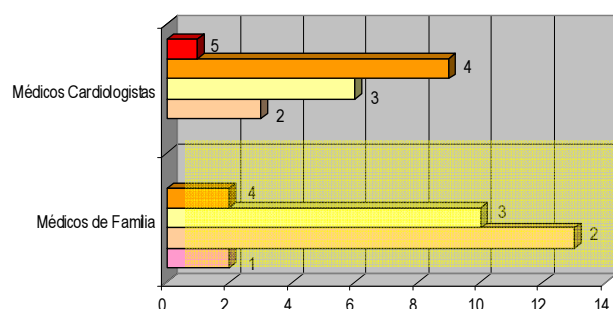


Gráfico 5.25: Grau de conhecimento, relativamente à diversidade de desportos que hoje se oferecem; vantagens e desvantagens para os doentes cardíacos? Médicos de Família vs Médicos cardiologistas (Frequências absolutas)

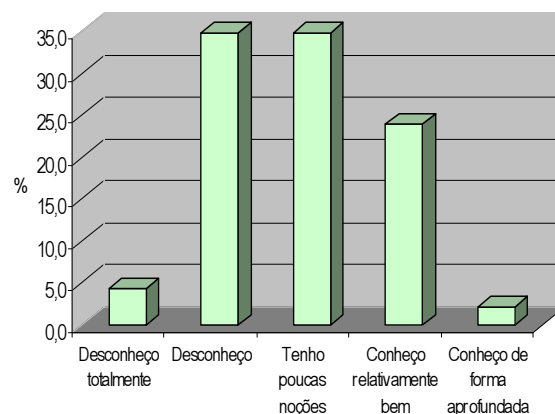


Gráfico 5.26: Grau de conhecimento, relativamente à diversidade de desportos que hoje se oferecem; vantagens e desvantagens para os doentes cardíacos? (Frequências relativas)

Pensamos que ante de analisar os dados obtidos e representados nos gráficos acima, convém esclarecer que aqui não tencionamos questionar a veracidade das afirmações dos médicos, relativamente ao seu real grau de conhecimentos, até porque não temos meios para o fazer. Interessava - nos saber qual o grau de confiança ou segurança que os médicos têm nos conhecimentos que possuem, para delinear um plano de treino, de forma assim poder compreender um pouco melhor as respostas emitidas anteriormente.

Analisando os dados, vemos que (e um pouco de forma paradoxal visto que a maioria da amostra diz que, para a maioria dos doentes, elabora um plano de treino), o grau de conhecimentos que considera possuir situa-se, na sua maioria, na opção “tenho poucas noções acerca do assunto”.

Relativamente aos conhecimentos acerca do tipo de actividade, intensidade e volume de treino a prescrever a um paciente cardíaco, num total de 46 médicos inquiridos, 65% (Fi=30) situam os seus graus de conhecimento entre os níveis 1 e o 3, situando-se a maioria no nível 3 (53% dos 30 já referidos ou 35% dos 46 médicos da totalidade da amostra).

Na questão relativa aos princípios e metodologias de treino, o padrão mantém-se, mas agora o nível de médicos que se situam entre os níveis 1 e 3 aumenta para 83% (n=38).

De igual forma temos as respostas à questão “se conhece a diversidade de modalidades que hoje são oferecidas e as vantagens e desvantagens para a população com doença cardíaca?”, mostrando-nos os gráficos que 78% dos médicos dizem ter um nível de conhecimentos até ao nível 3; tenho “algumas/poucas noções”.



Quando comparados médicos de família com médicos cardiologistas, verificamos que estes últimos, de uma forma geral, apresentam uma pontuação do seu nível de conhecimentos mais elevada que os primeiros. Se não vejamos, enquanto nos médicos de família, nenhum considerou que o seu nível de conhecimento era de nível 5, nas três perguntas apresentadas, inclusive não havendo nenhum médico de família que pontua de nível 4 o seu grau de conhecimento relativamente às metodologias e princípios de treino, o padrão de respostas dos médicos cardiologistas é ao contrário, havendo poucos médicos que atribuem um nível 1 aos seus conhecimentos. Talvez por serem especialistas neste tipo de patologia os médicos cardiologistas apresentem, de facto, mais conhecimentos que abrangem à área da actividade física terapêutica para este tipo de populações, do que os médicos de família.

Os dados da tabela 5.2 mostram-nos as diferenças encontradas entre os dois grupos, mostrando-nos que segundo o teste qui – quadrado apenas existem diferenças estatisticamente significativas na questão 11, relativa ao conhecimento dos princípios e metodologias de treino.

Tabela nº 5.2: diferença de médias entre Médicos cardiologistas e médicos de família para respostas às perguntas 10, 11 e 12, relativas ao grau de conhecimentos para prescrição e delineamento de um plano de treino – calculo do teste qui - quadrado

Teste Qui - Quadrado	p
Grau de conhecimento relativo ao tipo de actividade/intensidade e densidade recomendadas	0,017
Grau de conhecimento relativo aos princípios e metodologias de treino	0,001
Grau de conhecimento relativo à diversidade de desportos no mercado, vantagens e desvantagens	0,008

Os dados obtidos levam-nos, assim, a questionar uma certa incoerência encontrada nos dados, pois, uma vez que são os próprios médicos que se apercebem ou têm a noção que têm poucos conhecimentos na área da actividade física, porque são tão poucos os médicos que dizem aconselhar seus pacientes a procurar os verdadeiros especialistas da actividade física?

Por outro lado, é levantada a hipótese de que talvez o facto da amostra não ter, por parte da sociedade, locais de confiança para onde enviar o seu paciente, se vejam “obrigados” a serem eles a delinear os planos de treino, apesar de saberem que não são os especialistas mais indicados para o efeito.



Muito embora tenhamos a esperança, que até ao momento, a leitura e análise dos dados tenha sido clara e coerente para o leitor, pensamos que não é demais recordar que todos os objectivos por nós formulados visam uma meta geral: a de saber/perceber qual o opinião de médicos cardiologistas e médicos de família relativamente à existência de um lugar ou não, por parte do profissional de desporto e educação física, nas equipas de reabilitação cardíaca.

Até ao momento constatamos que ambos os grupos inquiridos acreditam nos benefícios da actividade física, vêm esta como uma das terapêuticas mais importantes dos programas de reabilitação cardíaca e recomendam-na a todos os seus pacientes. No entanto, também verificamos que os verdadeiros especialistas da actividade física e desporto, apesar de, segundo a amostra em causa, puderem desempenhar um papel importante nos programas de reabilitação cardíaca, estão longe de desempenharem um papel ou uma função indispensável.

De forma a tentar perceber o porquê de muitos dos médicos considerarem que o professor de educação física não é um profissional indispensável nas equipas de reabilitação cardíaca, colocamos a hipótese de os mesmos não sentirem que houvesse necessidade de um especialista em exercício, uma vez que as guidelines e os conhecimentos que eles próprios possuem, seriam os suficientes. Curiosamente, a hipótese levantada não foi verificada, na medida em que muitos foram os médicos que registaram o seu grau de confiança nos conhecimentos que possui para o delinear de um programa de actividade física para pacientes cardíacos, entre o “Desconheço totalmente” e “tenho algumas noções”.

Vemos assim reforçada a nossa última hipótese: os médicos não confiam nos profissionais de desporto e educação física para o delineamento e supervisão de programas de actividade física em doentes cardíacos. A amostra em causa não considera os profissionais de desporto e educação física suficientemente competentes e capazes para o desempenho dessa função.

Ao formular esta hipótese não pudemos evitar a questão que em nós se instalou e que, de alguma forma nos surpreende, até ao momento, a amostra dá a entender que prefere que seus doentes se exercitem em casa e sem supervisão do que sejam acompanhados por um especialista de exercício, será esta a verdade?



Objectivo nº 5: Saber se os cardiologista/médicos da família confiam nos Profissionais de Desporto e Educação Física, para orientação de um programa de exercício na população com doença cardiovascular.

A resposta não poderia ser mais directa: “Considera que os profissionais de desporto e educação física têm competência e conhecimentos para elaborarem e orientarem planos de actividade física, seguros e eficazes, para pacientes com doença cardiovascular?”

Os resultados estão expressos nos gráficos que se seguem:

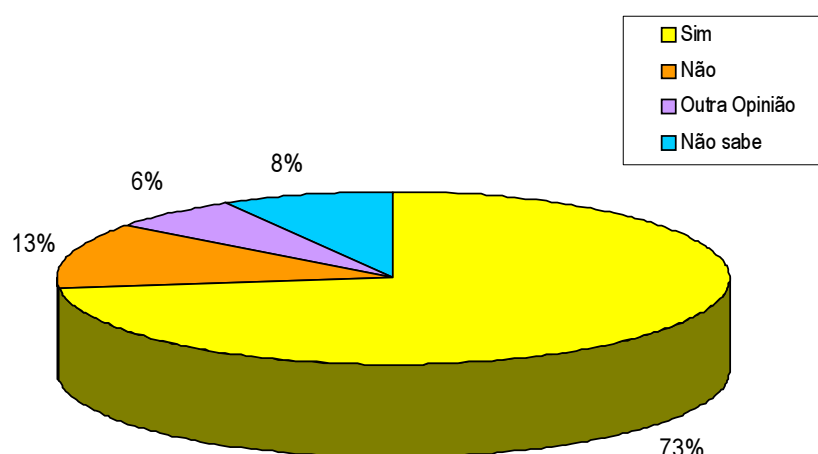


Gráfico 5.27: Profissionais de educação física têm competência e conhecimentos para elaborarem e orientarem planos de treino em RC? – Frequências relativas

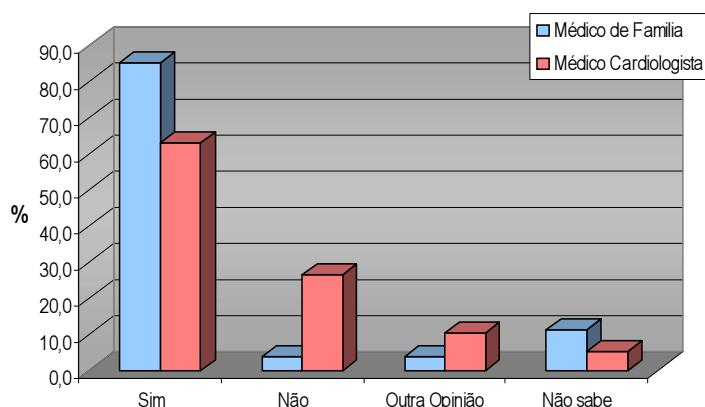


Gráfico 5.28: Profissionais de educação física têm competência e conhecimentos para elaborarem e orientarem planos de treino em RC? Médicos Cardiologistas VS Médicos de Família
Frequências relativas

Tabela nº 5.3: diferença de médias entre Médicos cardiologistas e médicos de família na pergunta: Profissionais de educação física têm competência e conhecimentos para elaborarem e orientarem planos de treino em RC? - Cálculo da estatística qui - quadrado

Teste Qui - Quadrado	p
Pergunta nº 16	0,018



De acordo com os dados observados nos gráficos e tabela, verificamos que, quando analisada a totalidade da amostra, a maioria dos médicos inquiridos (73%, que corresponde a uma frequência absoluta de 35 médicos), afirma que sim; os profissionais de desporto e educação física tem competências e conhecimentos suficientes para elaborar e supervisionar planos de actividade física para doentes cardíacos.

Seis médicos (Fr= 13%), dizem que não acreditam que o profissional de desporto e educação física tenha conhecimentos ou competência para participar num programa de reabilitação cardíaca; 4 (Fr=9%) dizem não saber responder a essa pergunta, provavelmente por desconhecerem quais os conhecimentos que um profissional de desporto e educação física tem e 2 (4%) dos médicos dizem ter outra opinião, contando-se nesse item respostas muito semelhantes à seguinte: “Sim, se tivessem formação específica nessa área”.

Quando comparadas as respostas dos médicos de família e cardiologistas, verificamos que apesar de ligeiras diferenças de frequências relativas, a média das respostas foi de 2 (Sim) para ambos os grupos, havendo, no entanto, 85% dos médicos de família que dizem que “sim” contra 63% dos médicos cardiologistas. O número de cardiologistas que considera que um profissional de desporto e educação física não tem conhecimentos suficientes é maior quer em termos absolutos quer em termos relativos do que os médicos de família, sendo respectivamente de 26% e 4%.

Quando analisadas as diferenças encontradas entre os dois grupos, através do teste qui-quadrado, verificamos que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas (ver tabela 5.3) e que, portanto, de uma forma geral ambas as especialidades inquiridas consideram que o profissional de desporto e educação física tem competência e conhecimentos para levar a cabo planos de exercícios junto da população com doença cardíaca.

Sem dúvida que os dados encontrados contribuíram ainda mais para acentuar as contradições até agora encontradas, pois se a maioria dos médicos constituintes da amostra confia no profissional de educação física e desporto para supervisionar e desenhar um plano de treino, porque são tão poucos aqueles que aconselham seus pacientes a procurar esse tipo de especialistas?

Ao colocarmos a questão anterior, em nós surgiu a dúvida de como poderíamos dar razão ou não à amostra, se não sabíamos quais os conhecimentos que para esta eram importantes possuir. Achamos que a questão seguinte também é pertinente para uma reflexão acerca do plano de estudos da faculdade, e para nos perguntarmos se está ou não a suprir as necessidades formativas exigidas pela sociedade.



Atentemos aos gráficos:

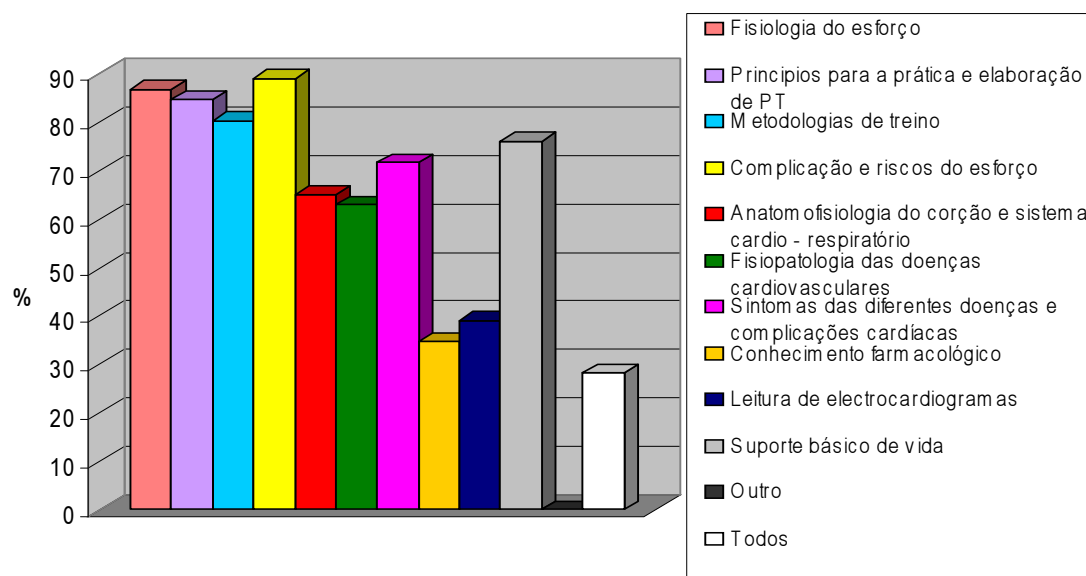


Gráfico 5.29: Que conhecimentos considera imprescindíveis, para alguém poder planear e supervisionar uma sessão de actividade física, de forma segura e eficaz? -Frequências relativas

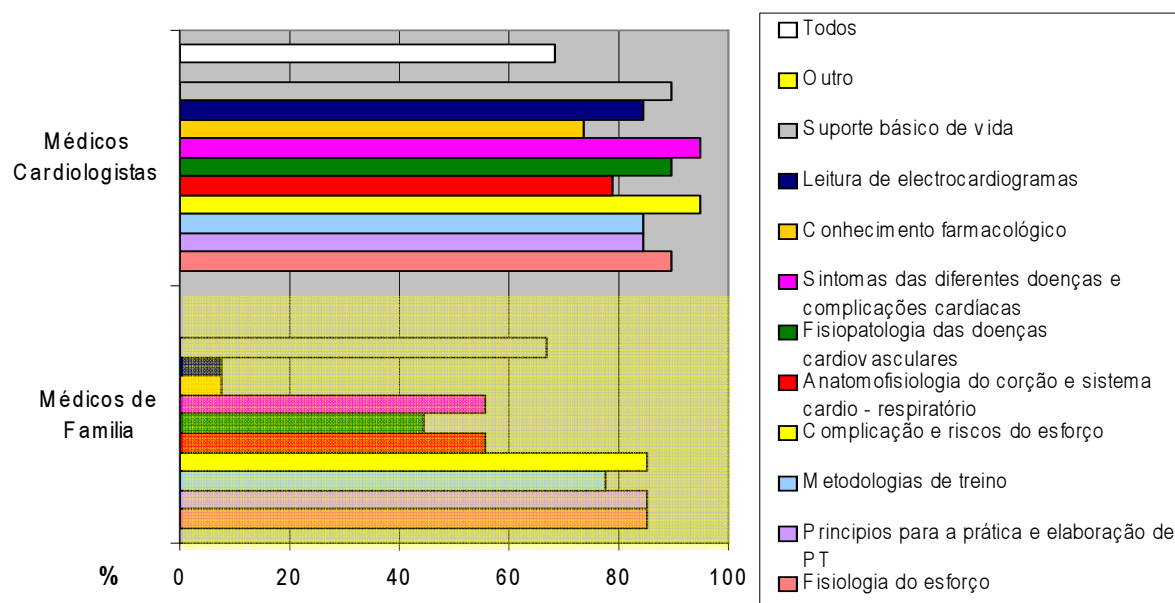


Gráfico 5.29: Que conhecimentos considera imprescindíveis, para alguém poder planear e supervisionar uma sessão de actividade física, de forma segura e eficaz? Médicos de família vs médicos cardiologistas -Frequências relativas



Antes de termos começado a analisar com pormenor os dados obtidos, um primeiro e descuidado olhar para os mesmos fez-nos perguntar: se a amostra pensa que é necessário ter tantos conhecimentos para se poder supervisionar com competência a prática de actividade física dos doentes coronários, é porque tem consciência que apesar de benéfica a mesma reporta alguns riscos (sendo necessária a supervisão) e tem que ser um programa devidamente pensado e planeado para se obter resultados. Se assim é, porque, então, os médicos optam que os seus pacientes se exercitem em casa sem supervisão e com um plano de treino feito por eles, ao invés por especialistas no ramo?

Analisando os dados mais em pormenor verificamos, que de uma forma geral, todos os conhecimentos colocados como opção apresentam frequências relativamente altas. Os tipos de conhecimentos mais seleccionados foram “complicações e riscos durante a prática desportiva” (Fr= 89%); “fisiologia do esforço” (Fr= 87%); “Princípios para a prática e elaboração de planos de treino” (Fr=80%) e “Metodologias de treino” (Fr=80%).

Por seu lado, os conhecimentos menos seleccionados foram “conhecimentos farmacológicos” (Fr= 35) e “leitura de electrocardiogramas” (Fr=39).

Quando analisados separadamente as respostas dos dois grupos, o padrão de respostas se mantêm, havendo contudo algumas diferenças em termos de frequência de respostas, principalmente para “conhecimento farmacológico” e “leitura de electrocardiogramas”, respostas que obtiveram um frequência relativa de 74% e 84% nos médicos cardiologistas e de 7% nos médicos de família.

Em nossa opinião, o profissional de desporto e educação física deveria possuir todos os conhecimentos enunciados na questão.

Em termos de formação, consideramos (por experiência própria) que a faculdade de Ciências de Desporto e Educação Física promove, realmente, a aquisição da maioria dos conhecimentos enunciados havendo, no entanto, algumas lacunas que consideramos importantes, nomeadamente relativos ao suporte básico de vida.

Quanto às restantes faculdades de ciências do desporto e/ou educação física do país, não nos poderemos pronunciar, não sendo igualmente este o objectivo do trabalho, embora consideremos a pergunta pertinente.

Achamos que seria importante a realização de um estudo onde se verificaria se realmente o profissional de desporto e educação física tem uma bagagem teórico/prática que lhe permita realizar um trabalho competente neste âmbito, pois esta, em nossa opinião, é uma questão que, de alguma forma, constitui o reverso da medalha de toda esta problemática. Ou seja, se está



provado que a actividade física é uma excelente terapêutica na reabilitação cardíaca, coloca-se inevitavelmente a questão: estarão os profissionais de desporto e educação física (especialistas da actividade física) preparados para desempenhar, nessa área, um trabalho competente? Não será que, só quando estivermos devidamente preparados poderemos reivindicar trabalho nas áreas que são da nossa competência?

Por considerarmos pertinente a reflexão nesta questão, mas sem nos pretendermos afastar do tema e do assunto do trabalho, gostaríamos de nos debruçar um pouco mais sobre ela, relatando um estudo por nós encontrado.

O estudo referido foi elaborado por MCInnis e col (2001) e tinha como objectivo averiguar as condições de segurança dos ginásios do estado de Ohio (USA), que ofereciam programas de reabilitação cardíaca. Estes autores investigaram 122 health clubs, sendo que 52% dos mesmos possuíam programas especiais e de reabilitação à população cardiopata. No entanto, a sua maioria falhava no cumprimento das regras de segurança mais básicas das recomendadas pela American Heart Association e pelo ACSM, sendo que a maioria dos proprietários destes centros desconhecia a existência das mesmas.

As recomendações incluíam a triagem dos utentes, nomeadamente a identificação dos problemas de saúde e recomendações médicas dos alunos que se inscreviam no ginásio; a formação do pessoal técnico, devendo os mesmos possuir e dominar os conhecimentos de suporte básico de vida e por último a existência de planos e procedimentos de emergência.

Relativamente à triagem dos alunos, mais de 25% dos health clubs participantes no estudo não pediam atestado médico nem realizavam um pré – teste ou prova de esforço aos seus utentes, bem como desconheciam sobre o nível de saúde e de risco dos alunos.

Quando se investigou a formação do pessoal técnico, os autores observaram que a maioria dos ginásios tinha um quadro composto principalmente por pessoal licenciado em educação física e desporto. No entanto um terço dos ginásios não possuía pessoal técnico que tivesse tido formação em suporte básico de vida ou em reabilitação do doente cardíaco (MCInnis e col, 2001).

Quanto aos planos de emergência, mais de 50% das instituições não tinham planos de emergência e mais de um terço raramente revia ou verificava se os procedimentos de segurança, por exemplo sistemas de segurança nas máquinas de musculação ou saídas de emergência estavam operacionais.

Embora seja preciso cuidado na generalização os dados deste estudo, é preocupante saber que num país como nos EUA, cerca 50% dos ginásios não se preocupem sequer em



identificar indivíduos com doença cardíaca, nem se preocupem em assegurar que todas as precauções para assegurar a máxima segurança dos seus utentes, são tomadas.

Não foi encontrada literatura sobre as condições oferecidas aquando a realização deste tipo de programas, em contexto nacional, mas pensamos que o estudo demonstra que muitas vezes temos tendência a exigir um lugar ou um papel, que sem sombra de dúvida é uma área nossa, no entanto, não reflectimos se estamos realmente preparados para desenvolver e trabalhar nessa mesma área.

Pensamos que embora a questão analisada não tenha uma relação imediatamente directa com o tema do trabalho, leva-nos a compreender melhor as opiniões dos constituintes da amostra, bem como ao levantamento de questões relacionadas com o tema (o que também é positivo, pois sem questões e dúvidas não conseguimos evoluir).

Objectivo nº 6: Saber qual o grau de adesão dos médicos de família e cardiologistas à ideia da Reabilitação Cardíaca Domiciliária, sendo as sessões de exercício físico ministradas por profissionais de educação física.

Este último objectivo tem para nós a função de dar um desfecho ao trabalho, tendo também o duplo objectivo de estudar um pouco o mercado. Ou seja, para além de tentarmos perceber se existe realmente um lugar para o profissional de desporto e de educação física nas equipas de reabilitação, também queríamos averiguar possíveis soluções para ultrapassar as barreiras existentes à proliferação deste tipo de programas.

Achamos nós, que se realmente os professores de educação física têm um papel na reabilitação cardíaca, eles podem ter uma função muito importante na proliferação de programas de reabilitação na comunidade, levando a actividade física a cada vez mais pessoas, reabilitando cada vez mais gente.

Não pudemos esquecer que apenas 1% dos doentes cardíacos participam nos programas de reabilitação cardíaca, os restantes após receberem alta hospitalar vão para casa e para a sua comunidade, tentando refazer a sua vida. E, estamos a esquecer os doentes de alto risco, que apesar de não terem tido um evento cardíaco agudo também possuem patologia cardíaca e beneficiariam muito com a prática de actividade física.

O que tentamos dizer é que existem muitos pacientes com doença cardíaca que não usufruem dos benefícios de um programa reabilitativo e que, talvez, a integração do professor de educação física nas equipas de reabilitação fosse uma forma de dar algumas respostas e soluções para o problema.



Por outro lado, a própria literatura diz-nos que devido a questões económicas e a limitações espaciais, a necessidade de levar a reabilitação cardíaca para a comunidade impõem-se, pois só assim ela pode realmente alcançar todos os que dela precisam.

Sabemos também que, devido à falta de tantos profissionais e especialistas da área da saúde, a entrada de professores de educação física nos hospitais e clínicas privadas de reabilitação não é, nem será num futuro próximo, urgente e por isso é muito mais fácil fazer crescer este tipo de programas em ambientes extra – hospitalares.

Lógico será, que este tipo de programas só terá sucesso se os médicos responsáveis pela supervisão de todo o processo de reabilitação do doente cardíaco, concordarem e fomentarem a existência dos mesmos, daí sentirmos necessidade de colocar questões relativas a este subtema.

Os gráficos seguintes expressam os dados recolhidos:

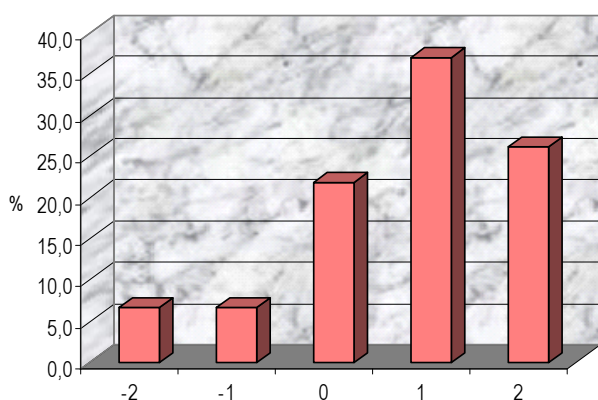


Gráfico 5.30: A reabilitação cardíaca em ambiente extra – hospitalar é a solução para os baixos índices de participação nos programas desta natureza
-Frequências relativas

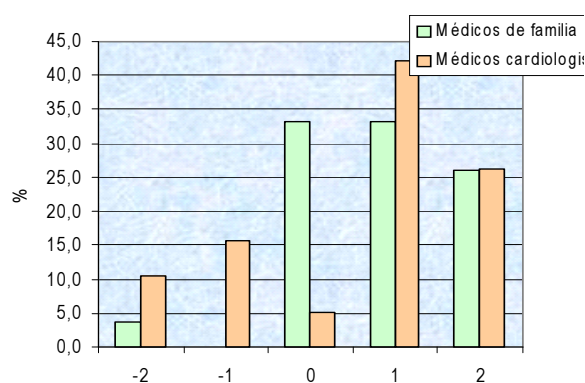


Gráfico 5.31: A reabilitação cardíaca e, ambiente extra – hospitalar é a solução para os baixos índices de participação nos programas desta natureza
Médicos de Família Vs médicos cardiologistas
-Frequências relativas

Relativamente à questão da reabilitação cardíaca feita em ambiente extra – hospitalar, ser uma forma de combater a escassa existência e participação deste tipo de programas, vemos, pelos gráficos que representam os dados obtidos, que as opiniões foram heterogéneas, não havendo (quando olhamos para a totalidade da amostra) nenhuma opinião que ultrapasse os 50%. Apesar disso, a opção 1 e 2 (concordo e concordo totalmente) são as mais votadas e juntas perfazem uma frequência relativa de 63% ($F_i=29$), o que nos permite concluir, que sim, a maioria da amostra concorda que a reabilitação cardíaca feita em ambiente extra – hospitalar constitua uma das soluções para os baixos índices de participação neste tipo de programas.



Dez médicos (Fr=22%) dizem não ter opinião sobre o assunto, sendo que 9 desses médicos são médicos de família, o que, em nossa opinião, é mais uma prova de que, de facto, muitos dos médicos de família não estão muito familiarizados (também por não ser sua especialidade) com todo o processo e problemática da reabilitação cardíaca.

Esta questão, lembra-nos Thompson (2000), que no seu artigo “ A reabilitação cardíaca em cuidados primários”, afirma que com a crescente necessidade de se começarem a implementar programas de reabilitação cardíaca de base domiciliária ou na comunidade, esta situação irá, obrigatoriamente, atingir os médicos de família, que não só terão de estar mais envolvidos no processo reabilitativo do doente, como serão eles os principais coordenadores deste tipo de iniciativas.

Pensamos que as questões levantadas por este autor são importantes, na medida em que o mesmo também afirma que os médicos não têm muita experiência na reabilitação cardiovascular, porque, em parte, não recebem uma formação adequada para o efeito, o que nos leva a colocar a hipótese de que os médicos de família não aconselham a procura de um profissional de desporto e educação física para seus pacientes cardíaca, porque nunca reflectiram realmente no seu papel enquanto agentes de reabilitação e também porque não estão devidamente preparados para assumirem essa função de coordenadores do processo de reabilitação do doente coronário, em ambiente extra - hospitalar. Talvez ainda se tenha muito a ideia de que a reabilitação deve ser feita em ambiente hospitalar e por isso, não se compreenda a necessidade de ter um profissional de desporto e educação física na equipa.

Tanto as hipóteses “discordo totalmente” (-2) e “discordo” (-1) tiveram uma frequência relativa de 6,5%.

Quando comparados os dois grupos, verificamos que o padrão de respostas é sensivelmente o mesmo, só que agora as respostas tornam-se mais homogêneas, de tal forma que 59% dos médicos de família e 68% dos médicos cardiologistas dizem que “concordam” ou “concordam totalmente”.

Grande é a diferença entre médicos cardiologistas e médicos de família na opção “não tenho opinião”, com os segundos a obter um frequência relativa de 33% (igual á obtida para a resposta “concordo”) contra os 5% dos primeiros.

Uma vez sabendo que os médicos constituintes da amostra aparentam ter uma posição favorável à reabilitação cardíaca na comunidade, pensamos que seria pertinente aprofundar um pouco mais esta questão e perceber que tipo de programas na comunidade idealizavam tanto os



médicos de família quanto os médicos cardiologistas, quando o assunto sobre o tema era abordado.

Pensamos, que as principais reticências que se podem colocar aos programas de base comunitária ou ambiente extra – hospitalar é o da segurança, principalmente porque na comunidade ou em casa dificilmente se tem toda a monitorização e controlo constante dos sinais vitais, possível de obter em ambiente hospitalar. Por outro lado, toda essa monitorização encarece o próprio programa e ao fazê-lo, cria-se uma “barreira” à proliferação deste tipo de programas, daí termos feito a pergunta, de forma a sabermos o quão importante a monitorização electrocardiográfica é importante para a amostra em causa. Os dados recolhidos estão ilustrados nos gráficos seguintes:

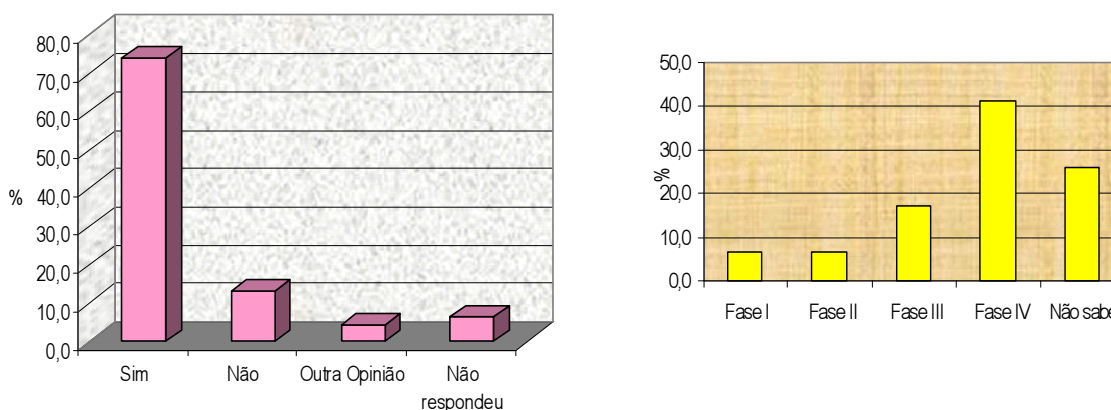


Gráfico 5.32/33: Acredita ser possível levar a cabo programas reabilitação cardíaca em ambiente extra – hospitalar, seguros e eficazes? Em que fases? -Frequências relativas

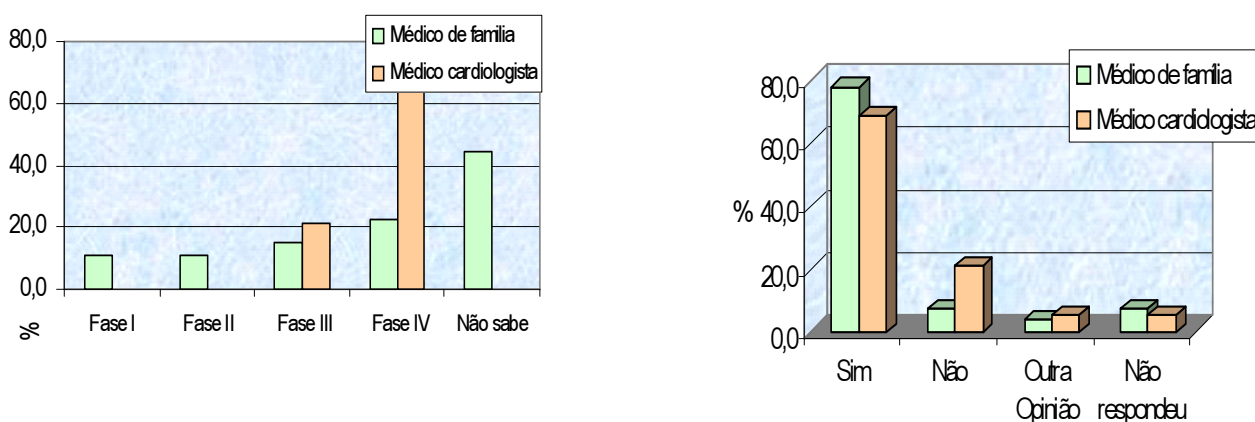


Gráfico 5.34/35: Acredita ser possível levar a cabo programas reabilitação cardíaca em ambiente extra – hospitalar, seguros e eficazes? Em que fases? Médicos de família vs médicos cardiologistas - Frequências relativas



Da análise dos gráficos, podemos deduzir que, de uma forma geral, o facto de não haver monitorização electrocardiográfica não é algo de impeditivo, segundo a amostra, para a realização eficaz e segura de planos de actividade física em pacientes cardíacos. Assim, 74% da amostra ($F_i=34$) respondem que sim, é possível levar a cabo um programa de reabilitação cardíaca em ambiente extra – hospitalar e sem monitorização electrocardiográfica, seguro e eficaz. Seis médicos ($F_r=13\%$) respondem não à questão enunciada e 2 ($f_r= 4,3\%$) dizem ter outra opinião, encontrando-se neste ponto as seguintes respostas: “ Não sei” ($F_i=1$) e “Apenas na fase IV e em doentes de baixo risco para novos eventos cardiovasculares ($F_i=1$). Quatro dos médicos não responderam à questão.

Quando se comparam os dois grupos, a resposta sim, continua a prevalecer tanto para os médicos cardiologistas como para os médicos de família com uma frequência relativa de 68% e 78% respectivamente.

As diferenças entre os grupos aumentam para a resposta “Não”, sendo esta assinalada por 21% dos médicos cardiologistas e por 7% de médicos de família. Neste ponto, talvez por os cardiologistas trabalharem directamente com casos agudos e situações mais graves coloquem mais reticências ao facto de os programas não terem a monitorização electrocardiográfica, na medida em que estão mais conscientes do estado debilitado dos doentes e seus riscos.

Relativamente às fases em que este tipo de programas poderia ocorrer, a fase IV é, sem sombra de dúvida a mais votada, sendo assinalada por 41% da amostra. À fase IV segue-se a fase III com uma frequência relativa de 17%.

Mais uma vez, transparece nesta questão, a pouca familiarização dos médicos de família com o processo de reabilitação cardíaca, na medida em que torna a ser elevada a percentagem de médicos deste grupo que respondem “Não sei” ($F_i= 12$; $F_r=44\%$).

Os médicos cardiologistas apresentam uma opinião bastante homogénea, situando-se as suas respostas entre a fase III (21%) e a fase IV (68%).

Sabendo, então, que os médicos da amostra concordam com a existência de planos de reabilitação cardíaca em ambiente extra – hospitalar e não consideram que a ausência de monitorização electrocardiográfica seja um parâmetro indispensável para a realização de programas desta natureza seguros e eficazes, restava-nos saber o que pensam os médicos de serem os profissionais de desporto e educação física a supervisionar as sessões da prática de actividade física, neste tipo de programas. Eis as respostas obtidas:

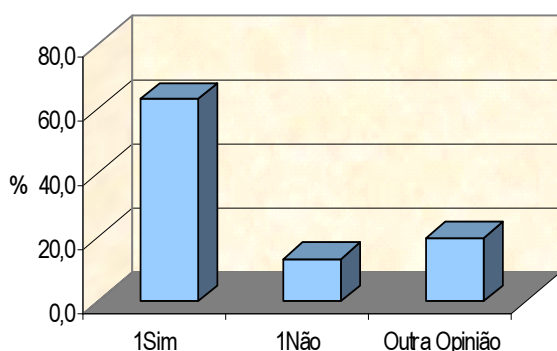


Gráfico 5.36: Se existissem programas de actividade física, na sua comunidade, para doentes cardíacos que fossem supervisionados por professores de educação física recomendaria os mesmos aos seus pacientes? - Frequências relativas

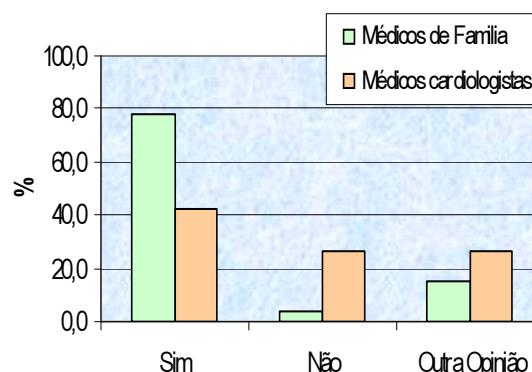


Gráfico 5.37: Se existissem programas de actividade física, na sua comunidade, para doentes cardíacos que fossem supervisionados por professores de educação física recomendaria os mesmos aos seus pacientes? Médicos de família vs médicos cardiologistas - Frequências relativas

As respostas obtidas, são, em nossa opinião, bastante favoráveis, sendo que 63% da amostra afirma que sim, que recomendaria seus pacientes para esse tipo de programas, caso eles existissem. De todos os médicos que responderam sim 21 foram médicos de família e apenas 8 foram médicos cardiologistas, confirmando-se aqui um maior descrédito, por parte desta última especialidade médica, nos profissionais de desporto e educação física, visto que na questão anterior 13 (68%) dos médicos cardiologistas afirmam que a ausência de monitorização electrocardiográfica não era impedimento para a realização de programas deste tipo, enquanto que quando se junta a ausência de monitorização electrocardiográfica com a supervisão por parte do professor de educação física, o número de respostas “Sim” decresce para 42%.

A seguir à resposta “Sim”, a opção “outra opinião” é que apresenta maior frequência relativa (19%), havendo 4 médicos de família e 5 médicos cardiologistas que a assinalaram. Entre as respostas dadas nesta opção encontram-se as seguintes:

- “Sim, mas só na fase III e/ou IV e/ou doentes de baixo risco” (Fi=4).
- Sim, mas sempre trabalhando em equipa, não sozinho e com supervisão do cardiologista (Fi=3).
- Possível mas só com monitorização electrocardiográfica (Fi=1)
- Não sabe (Fi=1)

A resposta “não” teve uma frequência relativa de 13%, sendo que 5 dos 6 médicos que a assinalaram são médicos cardiologistas e um deles é médico de família.



As diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas ($p=0,25$), o que nos permite dizer que, de uma forma geral, os médicos da nossa amostra, possuem uma posição bastante favorável relativamente à existência de programas de reabilitação cardíaca na comunidade, mesmo que estes não possuam monitorização electrocardiográfica e cujas sessões de exercício físico sejam supervisionados e orientados por um professor de educação física.

Estes dados, mais uma vez, nos causaram a sensação de contradição, pois se assim é, porque não recomendam seus pacientes para procurarem um profissional de educação física? Lembramos, porém, que a principal diferença entre as questões é o facto de existir nesta última a ideia de um programa, sem dúvida em ambiente extra – hospitalar, mas que é estruturado e pressupõe uma coordenação de diversos especialistas (nomeadamente profissional de educação física e desporto) com o cardiologista ou médico de família, e talvez seja aí que resida toda a questão: o problema não está no facto de serem os profissionais de desporto e de educação física a supervisionar as sessões de actividade física, o problema é que actualmente são poucos os que oferecem programas de reabilitação cardíaca estruturados, credíveis e credenciados. E aqui surge então a ideia de que tal, só será realmente possível, quando houver união por parte dos diferentes profissionais e quando começarmos todos a entender que mais do que trabalhos diferentes nós fazemos trabalhos complementares.

Mendes (1999), ao reflectir sobre o que pode ser feito para melhorar toda esta problemática em torno da reabilitação cardíaca, afirma que é necessário encetar uma acção concertada da Sociedade Portuguesa de Cardiologia e dos responsáveis de cada serviço junto do Ministério da Saúde e dos hospitais, de forma que a população portuguesa possa ter acesso a uma terapêutica com benefícios comprovados. Urge, ainda segundo Mendes (1999), realizar um esforço para facilitar o acesso aos programas, promovendo o aparecimento de centros em mais pontos do país e fornecendo condições financeiras que permitam o seu funcionamento digno. É recomendável que surja um centro de reabilitação cardíaca junto de cada serviço de Cardiologia ou de Cirurgia Cardíaca, para intervir nas fases hospitalar e de convalescença. Em cada cidade também deveriam existir outros centros, provavelmente privados, para onde seriam encaminhados os doentes de baixo risco nas fases de convalescença e de treino, e, um Clube Coronário para a fase de manutenção.

Às ideias de Mendes nós acrescentamos algumas nossas como por exemplo, porque não a Sociedade Portuguesa de Cardiologia (ou A fundação Portuguesa de Cardiologia) e as faculdades de Ciências do Desporto e Educação Física se unirem e promoverem cursos credenciados e reconhecidos por ambas as instituições, cingindo o direito de supervisionar e



orientar planos de treino de doentes cardíacos para aqueles que fossem certificados pelas instituições referidas, como sendo especialistas nesta matéria? Assim, não só se conseguiria garantir uma maior seriedade do trabalho efectuado, o que para os médicos de família e cardiologistas constituiria uma prova de confiança e uma maior segurança ao enviar seus pacientes para tais programas, como também evitaríamos que legalmente pessoas não especializadas trabalhassem com esta população de risco. Por outro lado, porque não a sociedade portuguesa de cardiologia ou outras instituições (como por exemplo as autarquias locais) fomentam a existência desse tipo de programas junto de clubes, ginásios/academias, criando-se protocolos que garantissem as condições de segurança e a competência dos intervenientes?

Mas voltando à descrição e análise dos dados, uma última pergunta teria de ser feita, de foram a esclarecer-mos um pouco melhor as noções de reabilitação cardíaca domiciliária, para a amostra em causa: a de saber, qual a população que poderia participar nos programas de reabilitação cardíaca em ambiente extra – hospitalar. As respostas estão expressas nos gráficos seguintes:

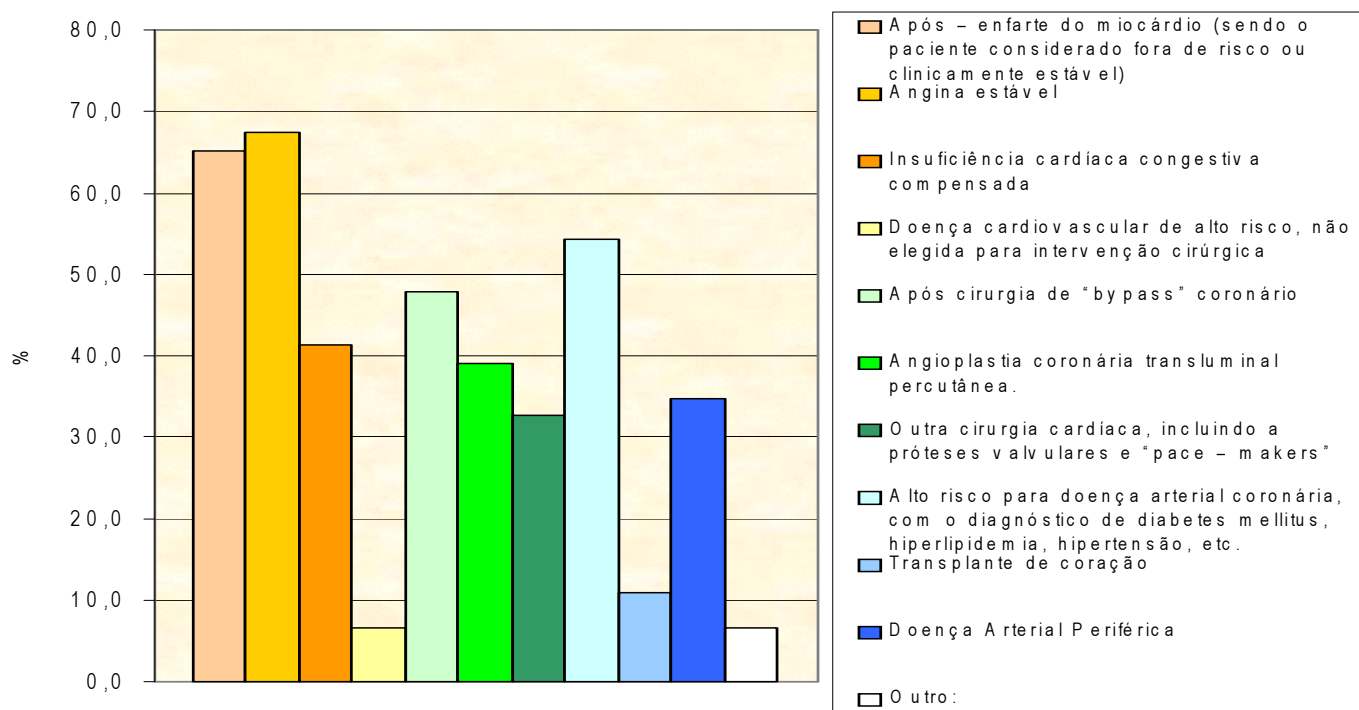


Gráfico 5.38: Quais as patologias a integrar nos programas de reabilitação cardíaca em ambiente extra – hospitalar?
Frequências relativas

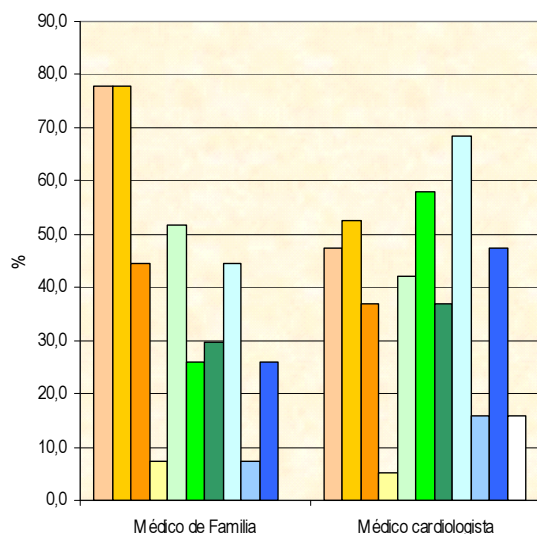


Gráfico 5.39: Quais as patologias a integrar nos programas de reabilitação cardíaca em ambiente extra – hospitalar? Médicos de família Vs Médicos cardiologistas
Frequências relativas

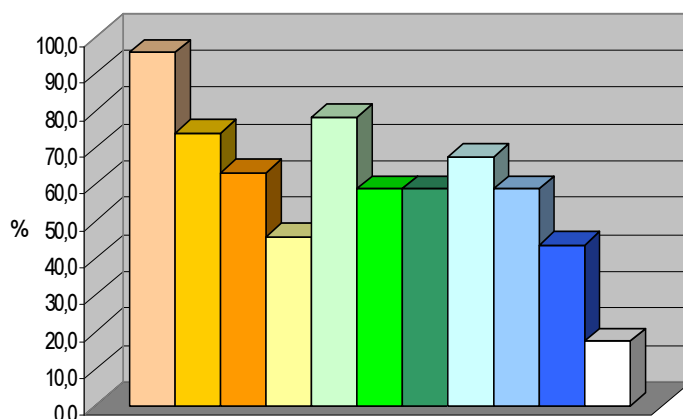


Gráfico 5.40: Quais as patologias que devem integrar nos programas de reabilitação cardíaca (pergunta nº 5)
Frequências relativas

De acordo com os dados dos gráficos, podemos constatar que entre as patologias indicadas, que deveriam participar num programa geral de reabilitação cardíaca (questão 5) e aqueles que deveriam participar em programas de reabilitação extra – hospitalares (questão 20), as frequências das respostas decrescem da primeira para a segunda, o que revela uma maior sensação de insegurança, por parte da amostra, relativamente aos programas em ambientes extra – hospitalar.

Assim, enquanto que a amostra apresentou uma frequência de mais de 50% (quando lhe perguntamos quais as patologias a integrar num programa de reabilitação cardíaca) nas seguintes patologias: “após – enfarte do miocárdio”; “angina estável”; “insuficiência cardíaca congestiva compensada”; “após cirurgia de “bypass” coronário”; “angioplastia coronária transluminal percutânea”; “outra cirurgia cardíaca, incluindo a próteses valvulares e «pace – makers»”; “alto risco para doença arterial coronária” e transplante de coração. A mesma amostra quando a mesma pergunta se restringia à reabilitação feita em ambiente extra – hospitalar apresentou uma frequência de mais de 50% apenas para as seguintes patologias: “após – enfarte do miocárdio”; “angina estável” e “alto risco para doença arterial coronária”.



As descidas maiores são relativas às patologias “pós enfarte de miocárdio” (que descem dos 96% para os 65%); “transplante do coração” (que desce dos 56% para os 10%); e “Doença cardiovascular de alto risco, não elegida para intervenção cirúrgica” (que desce dos 46% para os 7%).

Apesar disso o padrão de respostas, entre as duas questões, é semelhante.

Quando analisados médicos de família e médicos cardiologistas separadamente verificamos que mais uma vez o padrão de respostas se mantém, só que agora os médicos cardiologistas apresentam frequências relativas e absolutas em todas as patologias, bem menores que nos médicos de família, algo que transparece uma maior insegurança e espírito crítico e exigente face aos programas de reabilitação cardíaca na comunidade, bem como um maior conhecimento das patologias e dos riscos inerentes.

Enquanto que para os médicos de família as patologias mais enunciadas são o “após – enfarte do miocárdio” (78%) e “angina estável”, para os médicos cardiologistas das patologias que podem integrar esse tipo de programas as mais enunciadas são: “alto risco para doença arterial coronária, com o diagnóstico de diabetes mellitus, hiperlipidemia, hipertensão, etc” (68%) e “Angioplastia coronária transluminal percutânea” (57%).

Em ambos os grupos, as patologias menos seleccionadas foram: “doença cardiovascular de alto risco, não elegida para intervenção cirúrgica” ($Fr_{\text{médicos de família}} = 7\%$; $Fr_{\text{médicos cardiologistas}} = 5\%$) e “transplante do coração” ($Fr_{\text{médicos de família}} = 7\%$; $Fr_{\text{médicos cardiologistas}} = 16\%$).

Apenas um médico cardiologistas seleccionou todas as patologias e nenhum médico de família o fez. Dois médicos cardiologistas assinalaram nenhum das patologias indicadas.

Dos dados obtidos, podemos concluir que embora haja alguma discordância entre grupos, no geral a amostra aparenta ter mais reticências face aos programas de reabilitação em ambiente extra – hospitalar do que intra – hospitalar. No entanto, foram várias as patologias enunciadas, o que demonstra que os médicos continuam a acreditar que este tipo de programas deve abranger a maioria das patologias cardíacas possível e como tal deve conseguir a participação do maior número de doentes cardíacos possível.



Tentamos, agora, reunir e sintetizar toda a análise feita nas páginas anteriores:

Dos dados obtidos, inferimos que de uma forma geral, a amostra, apresenta uma definição do conceito de reabilitação cardíaca muito próximo ao proposto pela OMS, o que nos leva a colocar a hipótese de que tantos os médicos de família como os médicos cardiologistas inquiridos, acreditam na necessidade de serem definidos objectivos multidisciplinares (que abranjam a totalidade do ser humano – a sua dimensão física/fisiológica; dimensão cognitiva; psicológica, social, emocional, etc.); num trabalho interdisciplinar (realizado por um equipa composta por vários especialistas de diferentes áreas); bem como num processo de reabilitação e prevenção secundária de duração ilimitada, centrada na modificação de comportamentos e aquisição de novos hábitos de vida.

Apesar dessas ideias, ao longo do questionário e da análise dos dados fomos nos apercebendo que muitos dos médicos de família não estão familiarizados com todo o processo e problemática que enreda o tema da reabilitação cardíaca, nomeadamente e relativamente às diferentes fases, suas características e objectivos.

Em coerência com as conclusões relativas ao objectivo número um, verificamos que a prática de actividade física é vista pela maioria da amostra como uma terapêutica importantíssima para a reabilitação do doente cardíaco, sendo inclusive recomendada pela totalidade da amostra a todos os seus pacientes.

Apesar de toda a relevância atribuída à prática de actividade física no doente cardíaco o profissional de desporto e educação física não é visto como um elemento importante ou como um profissional indispensável à equipa de reabilitação cardíaca, facto este que nos levou ao levantamento das seguintes hipóteses:

- A amostra não considera que o profissional de desporto e de educação física seja importante, porque sente que possui conhecimentos suficientes que lhes permitem serem eles próprios a elaborarem aos seus pacientes planos de treino seguros e eficazes.

- A amostra admite que o profissional de desporto e educação física até poderá ter um papel importante na reabilitação cardíaca, no entanto, não tem conhecimentos e competências para orientar esta população de forma segura e eficaz.

Face aos dados analisados, nenhuma das hipóteses anteriores foi comprovada tendo-se verificado, no entanto, algumas incoerências por parte da amostra que passamos a enunciar:

Se por um lado os médicos inquiridos atribuem ao profissional de desporto e educação física um papel na equipa de reabilitação cardíaca (principalmente nas fases III e IV), afirmando



que os mesmos têm conhecimentos e competências para elaborar planos de treino à população cardiopata. Por outro lado, são poucos os médicos que orientam seus pacientes na procura deste tipo de profissionais, preferindo serem eles próprios a elaborarem planos de treino para os seus pacientes (e que estes se exercitem no domicílio), muito embora sejam os próprios médicos inquiridos a dizerem que não têm conhecimentos suficientes para o fazerem.

As aparentes incoerências encontradas foram melhor explicadas quando nos debruçamos sobre o objectivo número 6.

Assim, ao perceber que os médicos tinham uma atitude positiva face aos programas de reabilitação cardíaca domiciliária, bem como ao facto de nestes, as sessões de actividade física serem ministradas por professores de educação física, percebemos, mais uma vez (dado que a ideia já tinha ficado latente nos objectivos anteriores) que a questão não está no facto de ser o profissional de educação física a supervisionar as sessões de actividade física, mas o que leva os médicos inquiridos a não solicitarem este profissional, é o facto de não existirem programas e protocolos devidamente credenciados, creíveis e competentes que confirmem a segurança e a competência de todos os profissionais intervenientes, bem como uma articulação médico/profissional de desporto e educação física.

Os medos e reticências demonstrados pela amostra são por nós facilmente compreendidos, pois num mercado desportivo cada vez mais abrangente e cada vez mais voltado para a saúde são muitas as ofertas e, infelizmente, nem todas são seguras e competentes, sendo obrigatório encarar todas as ofertas com um espírito crítico e inseguro.

Compreendemos que segundo os médicos mais vale pecar por falta de confiança do que por excesso dela e assim, embora acreditem que os profissionais de desporto e educação física têm competências para trabalhar com os doentes cardíacos sabem que nem todos as têm e como tal preferem ser eles próprios a responsabilizarem-se pela prática de actividade física do doente, pois têm as guidelines que os protegem e orientam.

Daí que para nós seja importante começar a haver protocolos entre instituições de formação e a sociedade de cardiologia portuguesa (ou outras entidades afins), de forma a que sejamos vistos, pela classe médica, como profissionais competentes e eficazes e assim, começarmos a ter um papel real nas equipas de reabilitação cardíaca, podendo assim contribuir para a proliferação deste tipo de programas.



5.1 – O profissional de desporto e educação física na equipa de reabilitação cardíaca (a nossa opinião ...)

Não queríamos deixar esta análise sem uma reflexão sobre se de facto o profissional de desporto e educação física tem um papel na reabilitação cardíaca dos pacientes.

Da pesquisa bibliográfica efectuada, e apesar de não haverem estudos que realmente nos comprovem a utilidade do professor de educação física nas equipas de reabilitação, consideramos que a resposta à nossa questão é: Sim! Sem dúvida o professor de desporto e educação física tem um importante papel na reabilitação do paciente cardíaco!

E isto é por nós afirmado, não só porque o exercício e a prática de actividade física são a nossa especialidade (mesmo na vertente terapêutica), mas também, porque nós temos conhecimentos e competências que as guidelines não têm...

Assim, e para nós a primeira competência que nos distingue “dessas guidelines” (que embora não seja mais importante é sem sombra de dúvida de relevância vital) é a nossa paixão pelo desporto e actividade física. Nós vivemos e acreditamos na actividade física, mais do que qualquer outro especialista de saúde. Prometemos dedicar nossa vida a uma missão: levar o desporto e a prática de actividade física a todos os seres humanos, pelo simples facto de que percebemos e acreditamos nos enormes benefícios que esta nos traz. E quando acreditamos na mensagem que passamos e quando amamos a nossa missão os resultados terão obrigatoriamente de ser os melhores.

Depois, temos conhecimentos, competências e meios que nos permitem individualizar o plano de treino e propor actividades físicas motivantes e apropriadas ao paciente, que ultrapassam a caminhada/jogging ou o tapete ou cicloergómetro. Temos conhecimentos de psicologia e pedagogia que nos permitem levar o desporto e a actividade física a todas as pessoas, inclusive aquelas que não sabem que gostam da prática desportiva (ou que não gostam mesmo!) tornando esta numa necessidade para o bem-estar da segunda.

E terceiro, somos a resposta para a necessidade e para as vantagens (apontadas na literatura) dos pacientes cardíacos terem supervisão e assistência durante as sessões de treino. Somo igualmente uma classe que trabalha na e para a comunidade e daí pudermos ter uma enorme influencia na proliferação de programas de reabilitação cardíaca em ambiente extra – hospitalar.



Mais uma vez reforçamos que a importância de uma formação e de uma personalidade competente para pudermos ter um real lugar nas equipas de reabilitação cardíaca. Sem dúvida que os planos dos cursos de desporto e educação física, nomeadamente, na especialidade terapêutica e reabilitativa deverão ser alvo de reflexão, de forma a confirmar que são respondidas todas as necessidades da sociedade. De igual forma, é necessária a certificação e a existência de instituições que comprovem a seriedade e competência dos profissionais e dos locais que oferecem esse tipo de programas, para que a classe médica responsável pela supervisão dos programas de reabilitação cardíaca fomenta a procura desses centros por parte dos seus pacientes.

É também importante que todos os profissionais comecem a perceber que mais do que terem funções e papéis diferentes têm funções e papéis complementares, sendo necessária uma real articulação entre todos e um trabalho de equipa para se obterem os melhores resultados.

Urge igualmente dar a conhecer o nosso trabalho e competência à população médica, para que estes que compreendam que o professor de educação física faz e sabe muito mais do que “dar uns chutos na bola” e que pode, realmente, ter um papel muito importante nas equipas de reabilitação cardíaca.



6. Conclusões

Do tratamento e análise dos dados efectuada, chegamos às seguintes conclusões:

1. A literatura sobre o tema é escassa, sendo poucos os estudos que tratam ou pretendem averiguar se, de facto, o profissional de educação física tem um real papel nas equipas de reabilitação cardíaca.
2. Tanto os médicos de família como os médicos cardiologistas dos hospitais de Santo António, Pedro Hispano, São Sebastião e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia possuem uma definição do conceito de reabilitação cardíaca muito semelhante ao proposto pela organização mundial de saúde, salientando a importância da existência de um programa multifacetado, de uma equipa multidisciplinar, e da necessidade de incluir o maior número de pacientes possível.
3. Tanto os médicos de família como os médicos cardiologistas dos hospitais de Santo António, Pedro Hispano, São Sebastião e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia acreditam nos benefícios da actividade física, enquanto terapêutica de reabilitação cardíaca, aconselhando-a aos seus pacientes.
4. Embora reconheçam que os profissionais de desporto e educação física possam ter uma função na reabilitação do paciente cardíaco (nomeadamente nas fases III e IV do processo) a amostra não considera que o profissional de desporto e educação física seja um especialista de grande importância, não sendo por isso indispensável a sua integração nas equipas de reabilitação cardíacas.
5. Os médicos de família da cidade de Santa Maria da Feira atribuem uma importância maior ao papel do profissional de desporto e educação física enquanto agente de reabilitação cardíaca do que os médicos cardiologistas dos hospitais de Santo António, Pedro Hispano, São Sebastião e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.
6. Tanto os médicos de família da cidade de Santa Maria da Feira, como os médicos cardiologistas dos hospitais de Santo António, Pedro Hispano, São Sebastião e Centro



Hospitalar de Vila Nova de Gaia, possuem poucos conhecimentos relativamente à elaboração de programas de actividade física, para pacientes com doenças cardiovasculares.

7. Tantos os médicos de família da cidade de Santa Maria da Feira, como os médicos cardiologistas dos hospitais de Santo António, Pedro Hispano, São Sebastião e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, confiam nos Profissionais de Desporto e Educação Física, para orientação de um programa de exercício na população com doença cardiovascular.
8. Tantos os médicos de família da cidade de Santa Maria da Feira, como os médicos cardiologistas dos hospitais de Santo António, Pedro Hispano, São Sebastião e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia têm uma opinião positiva perante a Reabilitação Cardíaca Domiciliária, confiando nos profissionais de educação física para supervisão das sessões de exercício físico.
9. É necessária a realização de mais estudos sobre o tema, de forma a ser possível a generalização dos dados a nível nacional.



7. Sugestões

Ao longo do trabalho foram debatidas algumas questões, bem como levantados alguns problemas que consideramos pertinentes para posteriores estudos, nomeadamente:

- Pensamos que seria interessante realizar um trabalho científico que averigua-se as reais competências dos profissionais de desporto e de educação física de forma a perceber se estes especialistas têm de facto conhecimentos para integrarem a equipa de reabilitação cardíaca.
- Fazer uma análise de mercado, de forma a perceber se é realmente exequível a criação de programas de reabilitação cardíaca na comunidade, nos quais as sessões de actividade física fossem supervisionadas por profissionais de desporto e educação física. Realizar também estudos que avaliassem a efectividade desse tipo de programas.
- Perceber qual a imagem que a classe médica tem do profissional de desporto e educação física enquanto agente interveniente dos processos reabilitativos, através da prática de actividade física.
- Reflectir acerca da actividade física terapêutica e reabilitativa e perceber quais as saídas profissionais, bem como que aplicações práticas têm tido os profissionais de desporto e educação física nesta área.



8. Bibliografia:

Ades, Philip; Pashkow, Frederic; Fletecher, Gerald; Pina, Ileana; Zohman, Lenore; Nestor, James. (2000). Controlled Trial of Cardiac Rehabilitation in the Home Setting Using Electrocardiographic and Voice Transtelephonic Monitoring. American Heart Journal. Vol 139 (nº3): 543 – 548.

Álvaro, Paula C. (1999). Reabilitação Cardíaca na Fase III em Doentes Coronários de Baixo Risco. Estudo Piloto Realizado na Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências do Desporto.

Alves, Alberto Jorge (2004). Doença das Artérias Coronárias e Reabilitação Cardíaca. Monografia realizada no âmbito da disciplina de Seminário da opção de Desporto de Reeducação e Reabilitação, do 5º ano da Licenciatura em Desporto e Educação Física. Porto. FCDEFUP.

Balady, Gary; Berra, Kathy; Golding, Lawrence; Gordon, Neil; Mahler, Donald; Myers, Jonathan; Sheldahl, Lois (2003) Diretrizes do ACSM para os Testes de esforço e sua Prescrição. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A.

Bento, Jorge O.(1999). *Perspectivas de Desenvolvimento*. In Bento, Jorge O., Garcia, Rui; Graça, Amândio. *Contextos da Pedagogia do Desporto. Perspectivas e Problemáticas* (pag. 45 – 114). Lisboa. Livros Horizonte Lda.

Bethell, Hugh; Turner, Sally (1996). Management and Rehabilitation of the Post – Infarct Patient. Londres. Science press Ltd.

Behtell, Hugh. (1999). Exercise in Cardiac Rehabilitation. British Journal of Sports Medicine. Vol 33 (nº 2). Pag. 79 – 86.

Corvera, Teresita; Doering, Lynn; Woo, Mary; Khan Steven; Dracup; Kathleen (2004). Effects of a Home Walking Exercise program on Functional symptoms in Heart Failure. American Heart Journal 147 (2): 339 – 346.

Daly, Jonh; Sindone, Andrew; Thompson, David; hancock, Karen; Chang, Esther; Davidson, Patrícia. (2002). Barriers to Participation in and Adherence to Cardiac Rehabilitation Programs: A Critical Literature Review. Progress in Cardiovascular Nursing 17(1): 8 – 17.

Domingues, Hélder Bruno Castelo de Sá. (2001). Auto Avaliação por Questionário da Importância da Prática de Exercício Físico, na Prevenção Secundária da Doença Coronária.



Monografia realizada no âmbito da disciplina de Seminário da opção de Desporto de Reeducação e Reabilitação, do 5º ano da Licenciatura em Desporto e Educação Física. Porto. FCDEFUP.

📖 Duncan, Kathleen; Pozehlm Bunny (2002). Staying on Course: The Effects of na Adherence Facilitation Intervention on Home Exercise Participation. Progress in Cardiovascular Nursing. Vol 17 (nº2): 59 – 65.

📖 Ferreira, Maria J.; Martins, Luís (s/d). Reabilitação Cardíaca (documento de apoio). Porto. Faculdade das Ciências da Saúde. Universidade Fernando Pessoa.

📖 Gallagher, Robyn; McKinley, Sharon; Dracup, Kathleen (2003). Predictors of Women's Attendance at Cardiac Rehabilitation Programs. Progress in Cardiovascular Nursing. 18 (3): 121 – 126.

📖 Ghiglione, Rodolphe; Matalon, Benjamin. (1997). O Inquérito – Teoria e Prática. Oeiras. Celta Editora.

📖 Hage, Camilla; Mattsson, Eva; Stahle, Agneta. (2003). Long term effects of exercise training on physical activity level and quality of life in elderly coronary patients – a three – to six – year follow – up. Physiotherapy Research international. Vol 8 (1): 13 – 22.

📖 Maroco, João (2003). Análise Estatística com utilização do SPSS (2ª Edição). Lisboa. Edições Sílabo.

📖 McInnis, Kyle; Herbert, William; Herbert, David; Ribisl, Paul; Franklin, Barry. (2001) Low Compliance With National Standards for Cardiovascular Emergency Preparedness at Health Clubs. CHEST. 120(1): 283 – 288.

📖 Medscape Cardiology [Em linha] Medscape, USA. Staff Writer. 2004 [consultado em 17/8/05]. Disponível em <http://www.medscape.com/viewarticle/470115?src=search>

📖 Mendes, Miguel (2001). Inquérito aos Programas de Reabilitação Cardíaca em Portugal. Situação em 1999. Revista Portuguesa de Cardiologia. Vol 20 (nº 1). Pag. 7-19.

📖 Mital, Anil; Mital, Anubhav (2002). Returning Coronary Heart Disease Patients to Work: A Modified Perspective. Journal of Occupational Rehabilitation. Vol. 12 (No. 1). Pag. 31 – 42.

📖 Moraes, Ruy S.; Ribeiro, Jorge P. (2001). *Doenças Cardíacas*. In Frontera, Walter R.; Dawson, David M.; Slovik, David M. *Exercício Físico e Reabilitação* (pg. 173 – 186). Porto Alegre. Artmed Editora.



📖 Moraes, Ruy (Editor); Nóbrega, António (Co- editor); Castro, Renata; Negrão, Carlos; Serra, Salvador; Stein, Ricardo; Teixeira, José; Carvalho, Teles; Araújo, Cláudio; Alves, Maria (Colaboradores). (2005). Directriz De Reabilitação Cardíaca. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Vol 84 (5): 431 – 440.

📖 Moreira, Maria de Lurdes Morais (1998). Programas de Reabilitação Cardíaca e Qualidade de Vida em Doentes Coronários. Dissertação com vista à obtenção do Grau de Mestre na Área Científica de Ciências do Desporto, especialização em Actividade Física Adaptada. Porto. FCDEFUP.

📖 Mota, Eduardo. (2001). O Exercício Físico na Reabilitação do Doente Coronário. Revista Portuguesa de Cardiologia. Vol 20, (V): 127 – 134

📖 Oliveira, Luísa (2005). Bate Coração. Revista Visão, nº 635 (semana de 5 a 11 de Maio): 96 – 104.

📖 Pollock, Michael; Wilmore, Jack; Fox, Samuel. (1986). Doenças Cardiovasculares, In Pollock, Michael; Wilmore, Jack; Fox, Samuel. Exercícios na Saúde e na Doença (pag. 3 – 26). Rio de Janeiro. MEDSI Ltd.

📖 Pollock, Michael; Wilmore, Jack; Fox, Samuel. (1986). Prescrevendo exercício para a Reabilitação do Paciente Cardiopata. In Pollock, Michael; Wilmore, Jack; Fox, Samuel. Exercícios na Saúde e na Doença (pag. 307 – 381). Rio de Janeiro. MEDSI Ltd.

📖 Quivy, Raymond; Campenhoudt, Luc Van (1992). Manual de Investigação em Ciências Sociais. Pag. 190/192. Lisboa. Gradiva – Publicações Ltdª.

📖 Thompson, Paul D. (2002). Reabilitação Através de Exercício Físico em Doentes Cardíacos. Uma Terapêutica Benéfica mas Pouco Utilizada. The Physician and Sportsmedicine. Vol 4 (nº2). Pag. 5 – 15.

📖 Ribeiro, Álvaro Manuel Chaves (2001). Análise e Reflexão sobre a prescrição de exercício físico em Reabilitação Cardíaca em doentes pós Enfarte do Miocárdio. Monografia apresentada à FCDEF no âmbito da disciplina seminário da opção de Desporto de Reeducação e Reabilitação, do 5º ano da Licenciatura em Desporto e Educação Física. Porto. FCDEFUP.

📖 Yoshida, Toshiko; kohzuki, Masahiro; Hiwatari, Masao; Kamimoto, Masahiro; Yamamoto, Chitose; Meguro, Shinichiro; Endo, Norio; Kato, Atsushi, Kanazawa, Masaharu; Sato, Tokutaro. (1999). Physical and Psychological improvements after phase II cardiac rehabilitation in patients with myocardial infarction. Nursing and Health Sciences. Vol 1: 163 – 170.



Anexos

Anexo 1: Questionário aplicado para a realização do estudo

**O Papel do Profissional de Educação Física na Reabilitação Cardíaca –
Sondagem de Opinião de Médicos Cardiologistas e Médicos de Família da Região do Douro Litoral**

O presente questionário serve para a elaboração de um trabalho científico, realizado no âmbito da disciplina “Seminário”, da opção de Desporto de Reeducação e Reabilitação, da Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, da Universidade do Porto.

O tema do trabalho insere-se na temática da Reabilitação Cardíaca, consistindo numa sondagem de opinião, junto de Médicos Cardiologistas (supervisores e orientadores de todo o programa de Reabilitação Cardíaca) e Médicos de Família (responsáveis pelo acompanhamento e controlo dos factores de risco dos pacientes com doença cardiovascular) acerca das funções do Profissional de Educação Física na orientação e estabelecimento de planos de exercício físico na população com doenças cardiovasculares.

São objectivos do nosso estudo:

1. Saber se o conceito de “Reabilitação Cardíaca” que os Médicos Cardiologistas e Médicos de Família têm é igual ao proposto pela OMS.
2. Averiguar qual a opinião dos Médicos Cardiologistas e Médicos de Família relativamente aos programas de actividade física como terapêutica de Reabilitação Cardíaca.
3. Perceber qual o grau de conhecimento que os Médicos Cardiologistas e Médicos de Família possuem relativamente à elaboração de programas de actividade física, para pacientes com doenças cardiovasculares.
4. Perceber se o Profissional de Desporto e Educação Física tem lugar na equipa de Reabilitação Cardíaca e, se sim, em que fases do programa.
5. Saber se Médicos Cardiologista e Médicos da Família confiam nos Profissionais de Desporto e Educação Física, para orientação de programas de exercício na população com doença cardiovascular.
6. Saber se os Médicos Cardiologista e Médicos da Família adeririam à ideia da Reabilitação Cardíaca Domiciliária, sendo as sessões de exercício físico ministradas por profissionais de educação física.

Sem querer tomar, de forma excessiva, o seu tempo e desde já agradecendo atenção dispensada, pedíamos que respondesse de forma sincera às questões enunciadas.

Não é nossa intenção julgar ou formar juízos de valor acerca do conteúdo das respostas, mas sim analisá-las, no sentido de perceber melhor a problemática da Reabilitação Cardíaca e reflectir acerca de possíveis soluções.

As respostas ao questionário serão analisadas com imparcialidade e o anonimato será respeitado.

**O Papel do Profissional de Educação Física na Reabilitação Cardíaca –
Sondagem de Opinião de Médicos Cardiologistas e Médicos de Família da Região do Douro Litoral**

1. Das práticas terapêuticas abaixo indicados, indique qual(ais) considera que deve(m) estar incluídas na definição do conceito “Reabilitação Cardíaca”?

Aconselhamento Nutricional	☐	Tratamento Médico – Cirúrgico	☐	Readaptação Profissional	☐
Apoio Psicoterapêutico	☐	Tratamento Farmacológico	☐	Aconselhamento Familiar	☐
Actividade Física	☐	Programas de Cessação Tabágica	☐	Todas	☐
Nenhuma	☐				

2. De todos os objectivos definidos abaixo, qual(ais) aquele(s) que na sua opinião devem pertencer ao programa de “Reabilitação Cardíaca”?

Elevação da aptidão física	☐	Melhoria da qualidade de vida	☐	Evitar as complicações de um repouso prolongado	☐
Controlo/diminuição dos factores de risco	☐	Estabilização do doente	☐	Melhoria das capacidade sociais e mentais	☐
Retorno ao mundo do trabalho	☐	Permitir a realização das actividades de vida diária sem grande dificuldade e esforço.	☐	Todas	☐
Nenhuma	☐				

3. Em sua opinião, e independentemente das fases (I – IV) que habitualmente compõem um programa de Reabilitação Cardíaca, de todos os especialistas apontados a baixo, quais aqueles que deveriam fazer parte da equipa de “Reabilitação Cardíaca”?

Médico Cardiologista	☐	Nutricionista	☐	Professor de Educação Física	☐
Psicólogo/psiquiatra	☐	Fisiatra	☐	Enfermeiros	☐
Médico de Família	☐	Fisioterapeuta	☐	Terapeutas ocupacionais	☐
Técnico de cardiopneumografia	☐	Outro qual?	☐		

4. De todos os especialistas apontados a baixo, independentemente das fases (I – IV) que habitualmente compõem um programa de Reabilitação Cardíaca, quais aqueles que considera indispensáveis num programa de “Reabilitação Cardíaca”?

Médico Cardiologista	☐	Nutricionista	☐	Professor de Educação Física	☐
Psicólogo/psiquiatra	☐	Fisiatra	☐	Enfermeiros	☐
Médico de Família	☐	Fisioterapeuta	☐	Terapeutas ocupacionais	☐
Técnico de cardiopneumografia	☐	Todos	☐	Nenhum	☐
Outro! Qual?	☐				

5. Das patologias a baixo indicadas, qual(ais) considera a(s) mais apropriada(s) para integrar(em) um programa de “Reabilitação Cardíaca”?

Após – enfarte do miocárdio (sendo o paciente considerado fora de risco ou clinicamente estável)

Angina estável

Insuficiência cardíaca congestiva compensada

Doença cardiovascular de alto risco, não elegida para intervenção cirúrgica

Após cirurgia de “bypass” coronário

Angioplastia coronária transluminal percutânea.

Outra cirurgia cardíaca, incluindo a próteses valvulares e “pace – makers”

Alto risco para doença arterial coronária, com o diagnóstico de diabetes mellitus, hiperlipidemia, hipertensão, etc.

Transplante de coração

Doença Arterial Periférica

Outro:

6. Numa escala de -2 (discordo totalmente) a 2 (concordo totalmente) qual a sua opinião face à seguinte afirmação (assinale um círculo no número pretendido): “A prática de exercício físico por doentes coronários, é benéfica no controlo dos factores de risco, restabelecimento e aumento da capacidade funcional do sujeito, bem como na melhoria dos sentimentos de bem estar e auto estima, contribuindo para a redução da morbilidade/mortalidade e aumento da qualidade de vida desta população.

-2	-1	0	1	2
Discordo Totalmente				Concordo totalmente

7. Costuma aconselhar a prática de actividade física, aos pacientes com doenças cardiovasculares (considerados estáveis e sem contra – indicações para a prática de exercício físico)?

Sim	☐
Não	☐

8. Se respondeu que sim à questão 7, que tipo de prescrição de actividade física costuma fazer?

1. Apenas refere a importância de começar a adquirir hábitos de actividade física, não especificando o tipo de exercício, frequência e intensidade com que deve ser praticado.
2. Aconselha o paciente a procurar um profissional de Desporto e Educação Física, para que este oriente o seu programa.
3. Especifica que tipo, frequência e intensidade com que deve realizar o exercício físico (exemplo: 60 minutos de caminhada 3 vezes por semana).
4. Envia o paciente para uma clínica de fisioterapia especializada em Reabilitação cardíaca
5. Outra:

9. Se respondeu que não, à questão 7, quais as razões que o levam a não aconselhar a prática de actividade física aa pacientes com doença cardiovascular?

1. Acha que não vale a pena, pois o doente nunca irá ter força de vontade ou motivação para levar a cabo um programa de actividade física.
2. Tem medo que o paciente ou o técnico que o orienta (professor/fisioterapeuta, etc.) não conheça os limites do doente e principais sintomas e o coloque em situações de risco.
3. Não acredita nos benefícios da prática de actividade física.
4. Outra:

10. De uma escala de 1 (desconheço totalmente) a 5 (conheço de forma aprofundada), como classificaria o seu grau de conhecimento relativamente aos tipos de actividades (caminhadas, natação, jogos de equipa, musculação etc.), frequência (nº de vezes por semana), intensidade e densidade (duração dos intervalos, séries, etc.) recomendadas na prescrição de exercício físico para pacientes com doenças cardiovasculares? (assinale um círculo no número pretendido)

1	2	3	4	5
Desconheço totalmente				Conheço de forma aprofundada

11. De uma escala de 1 (desconheço totalmente) a 5 (conheço de forma aprofundada), como classificaria o seu grau de conhecimento relativamente aos princípios de treino e metodologias que devem ser aplicados num programa de treino para pacientes com doenças cardiovasculares?

1	2	3	4	5
Desconheço totalmente				Conheço de forma aprofundada

12. De uma escala de 1 (desconheço totalmente) a 5 (conheço de forma aprofundada), como classificaria o seu grau de conhecimento relativamente aos diferentes tipos e à grande diversidade de desportos que hoje se oferecem a população, bem como as suas vantagens e desvantagens perante um quadro clínico, como a doença cardiovascular?

1	2	3	4	5
Desconheço totalmente				Conheço de forma aprofundada

13. Numa escala de -2 (discordo totalmente) a 2 (concordo totalmente) qual a sua opinião face à seguinte afirmação (assinale um círculo no número pretendido): “A reabilitação cardíaca feita em ambiente extra – hospitalar é a solução para os baixos índices de participação nos programas desta natureza”

-2 -1 0 1 2
 Discordo Totalmente Concordo Totalmente

14. Acredita ser possível levar a cabo, em doentes considerados estáveis e sem contra – indicações para a prática de exercício físico, um programa de reabilitação cardíaca em ambiente extra – hospitalar, seguro e eficaz, onde as sessões de actividade física decorressem sem monitorização electrocardiográfica? Se sim, em que fases do programa?

Sim	☐	Fase I	☐
Não	☐	Fase II	☐
Outra opinião. Qual?	☐	Fase III	☐
		Fase IV	☐
		Não sabe	☐

15. Se, na sua comunidade, existisse um programa de actividade física especializado para doentes com doença cardiovascular, em regime extra – hospitalar e sem monitorização electrocardiográfica, monitorizado por um profissional de Desporto e Educação Física, recomendaria o mesmo aos seus pacientes?

Sim	☐
Não	☐
Outra opinião. Qual?	☐

16. Considera que os profissionais de Desporto e Educação Física têm competência e conhecimentos para elaborarem e orientarem planos de actividade física (sempre em articulação e comunicação com pessoal médico) para doentes com doença cardiovascular seguro e eficaz?

Sim	☐
Não	☐
Outra opinião. Qual?	☐

17. Que conhecimentos considera ser imprescindíveis, para alguém poder planear e supervisionar uma sessão de actividade física, de forma segura e eficaz?

Fisiologia do esforço	☐	Princípios para a prática e elaboração de planos de treino	☐	Metodologias de treino	☐
Complicações e riscos do esforço	☐	Anatomofisiologia do coração e sistema cardio - respiratório	☐	Fisiopatologia das doenças cardiovasculares	☐
Sintomas das diferentes doenças e complicações cardíacas	☐	Conhecimento farmacológico	☐	Leitura de electrocardiogramas	☐
		Suporte básico de vida	☐	Outro	☐

18. Em sua opinião os profissionais de Deporto e Educação Física têm um papel importante na monitorização e delineação de planos de actividade física, levados a cabo nos programas de Reabilitação Cardíaca?

Sim ☐
 Não ☐
 Outra opinião. Qual? ☐

19. Se respondeu que sim à questão anterior, em que fase, dos programas de Reabilitação cardíaca considera que o profissional de Educação Física e Desporto pode intervir?

Fase I ☐
 Fase II ☐
 Fase III ☐
 Fase IV ☐
 Não sabe ☐

20. Das patologias em baixo indicadas, quais considera as mais apropriadas para integrarem um plano de actividade física extra – hospitalar, orientado por profissionais de Desporto e Educação Física e sem monitorização electrocardiográfica?

Após – enfarte do miocárdio (sendo o paciente considerado fora de risco ou clinicamente estável)

Angina estável

Insuficiência cardíaca congestiva compensada

Doença cardiovascular de alto risco, não elegida para intervenção cirúrgica

Após cirurgia de “bypass” coronário

Angioplastia coronária transluminal percutânea.

Outra cirurgia cardíaca, incluindo a próteses valvulares e “pace – makers”

Alto risco para doença arterial coronária, com o diagnóstico de diabetes mellitus, hiperlipidemia, hipertensão, etc.

Transplante de coração

Doença Arterial Periférica

Outro:

Fim!
Muito Obrigado!