

Laura Bianca Dorásio da Silva¹

Hugo Henrique de Oliveira¹

Luis Henrique Gomes Neves^{1,2}

Isabella da Silva Teixeira¹

Laura Alves Cabral^{1,2}

Cristino Carneiro Oliveira^{1,2}

¹Universidade Federal de Juiz de Fora,
campus Governador Valadares, Brasil.

²Programa de Pós-graduação em Ciências
da Reabilitação e Desempenho Físico-
funcional, Universidade Federal de Juiz
de Fora, campus Governador Valadares,
Brasil.

✉ **Cristino Oliveira**

R. São Paulo, 745, Centro, Governador
Valadares, Minas Gerais
CEP: 35010-180
✉ cristinocoli@gmail.com

Submetido: 08/11/2021

Aceito: 30/03/2022

RESUMO

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) possui alta prevalência e gera altos custos aos sistemas de saúde. A reabilitação pulmonar (RP) é uma intervenção não-farmacológica que gera benefícios clínicos para os pacientes e economia de gastos para o sistema de saúde devido a redução do número de exacerbações da doença e internações hospitalares. Embora fortemente recomendada, a RP tem sido subutilizada havendo um baixo índice de indicações. **Objetivo:** Identificar as barreiras e os facilitadores para o encaminhamento de pacientes com DPOC à RP e à prática de atividade física. **Métodos:** Estudo qualitativo, realizado com médicos atuantes na atenção primária à saúde (APS) e uso de entrevistas semiestruturadas. As entrevistas foram gravadas e transcritas literalmente e submetidas a análise de conteúdo. Itens (trechos) identificados nos discursos e relacionados ao encaminhamento de pacientes com DPOC à RP e à prática de atividade física foram classificados como barreiras ou facilitadores. Tal classificação se baseou entre os quatorze domínios da *Theoretical Domains Framework* (TDF) e suas definições para identificar determinantes de comportamento entre os participantes relevantes para a mudança na prática clínica. Resultados: Setecentos e cinquenta e seis itens foram identificados nos discursos de vinte e um participantes e classificados como sendo barreiras (n= 279, 37%) ou facilitadores (n= 477, 63%) relacionados principalmente aos domínios da TDF de "Conhecimento" (n= 245, 32%), "Contexto e recursos ambientais" (n= 124, 16%) e "Papel e identidade social/profissional" (n= 107, 14%). **Conclusão:** As principais barreiras identificadas foram relacionadas aos programas de RP devido ao conhecimento restrito dos profissionais médicos sobre programas de RP, a disponibilidade reduzida de locais que oferecem estes programas e as dificuldades de acesso dos pacientes à RP. Os principais facilitadores identificados foram relacionados a orientação e o conhecimento pelos médicos sobre os benefícios da atividade física e a presença dos grupos de exercícios fornecidos na APS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Reabilitação; Exercício Físico.

ABSTRACT

Introduction: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) has a high prevalence and entails high costs to health systems. Pulmonary rehabilitation (PR) is a non-pharmacological intervention that generates clinical benefits for patients and cost savings for the health system due to a reduced number of exacerbations and hospitalizations. Although strongly recommended, PR has been underutilized, with a low rate of indications. **Objective:** To identify barriers and facilitators for referring patients with COPD to PR and physical activity. **Method:** Qualitative study was carried out with medical staff working in primary health care using semi-structured interviews. The interviews were recorded, transcribed literally and underwent content analysis. Items (text excerpts) identified in the speeches and related to the referral of patients with COPD to PR and physical activity were classified according to as barriers or facilitators, and among the fourteen domains of the *Theoretical Domains Framework* (TDF) and its definitions; aiming to identify the determinants of behaviour which were relevant to change in clinical practice. **Results:** Seven hundred and fifty-six items were identified in the speeches of twenty-one participants and classified as barriers (n= 279, 37%) or facilitators (n= 477, 63%) mainly related to the TDF domains of "Knowledge" (n= 245, 32%), "Context and environmental resources" (n=124, 16%) and "Role and social/professional identity" (n= 107, 14%). **Conclusion:** The main barriers identified were related to referring patients PR due to lack of knowledge by medical staff about PR programs, the limited number of programs available, and the restricted access to PR program locations. The main facilitators were related to physical activity, mainly the medical staff's knowledge on physical activity benefits and availability of exercise group activities delivered at primary health care centres.

Key-words: Primary Health Care; Pulmonary Disease, Chronic Obstructive; Rehabilitation; Exercise.

INTRODUÇÃO

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) possui alta prevalência, é evitável e tratável, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação do fluxo aéreo, causada por exposição a partículas ou gases nocivos, em especial ao hábito tabágico.¹ Além da dispneia, tosse e o favorecimento de infecções respiratórias de repetição, a DPOC ocasiona alterações sistêmicas, como a fraqueza muscular.¹ Atualmente, a DPOC é a quarta principal causa de morte no mundo, projetada para ser a terceira em 2030.² A prevalência de exacerbações da doença é elevada (50%) e acarreta altos custos aos sistemas de saúde.³ No Brasil, houve um custo de aproximadamente 67 milhões de reais ao Sistema Único de Saúde (SUS) relacionados à DPOC no ano de 2021, incluindo 60.654 internações.⁴

A reabilitação pulmonar (RP) é uma intervenção não-farmacológica, com avaliação ampla do paciente seguida de tratamento personalizado. O tratamento inclui, treinamento com exercícios físicos, educação em saúde e a mudança de comportamento, para melhora das condições física e psicológica de pessoas com doenças respiratórias crônicas.⁵ Dentre os benefícios da RP, estão redução da dispneia, aumento da tolerância ao exercício, melhora da força muscular, da funcionalidade e da qualidade de vida.¹ Além disso, a RP pode gerar economia de gastos aos sistemas de saúde por auxiliar na redução do número de exacerbações e de hospitalizações.⁶ Pacientes com DPOC e inativos fisicamente estão suscetíveis ao aumento do número de hospitalizações e aumento da mortalidade.⁷

Embora fortemente recomendada, a RP tem sido subutilizada e muitas vezes não incluída nos cuidados integrados aos pacientes com doenças respiratórias.⁸ Um dos principais fatores limitantes ao fornecimento de RP aos pacientes com DPOC é o número reduzido de encaminhamentos e o fato de a maior parte desses centros de reabilitação estarem situados possivelmente dentro de hospitais de referência e clínicas-escola universitárias nos grandes centros urbanos.⁹⁻¹² Estima-se que somente entre 3% a 16% dos pacientes elegíveis são encaminhados a programas de RP.¹³ A estrutura do sistema de saúde brasileiro preconiza o acompanhamento da população por profissionais atuantes nas Estratégias de Saúde da Família inseridas na atenção primária à saúde (APS).¹⁴ Acredita-se que dentre esses profissionais, os médicos sejam os pivôs para o encaminhamento de pacientes com DPOC a programas de RP e quanto à orientação sobre a prática de atividade física regular. O conhecimento sobre a opinião dos profissionais médicos pode então identificar possíveis barreiras e facilitadores relacionados a ações em saúde para esta população assistida na APS.¹⁵ O objetivo deste estudo foi identificar as barreiras e os facilitadores para o encaminhamento de pacientes com

DPOC à RP e à orientação sobre a prática de atividade física na opinião dos profissionais médicos atuantes na APS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado na APS em Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (parecer nº 3.128.241; CAAE: 93838918.0.0000.5147). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A amostra foi composta por médicos atuantes na APS. Os critérios de inclusão foram: atuar na APS e estar exercendo suas atividades por pelo menos seis meses. Foram excluídos da pesquisa profissionais que não atendiam pacientes com doenças pulmonares crônicas e com compreensão limitada dos procedimentos do estudo. Seguindo o critério da saturação amostral-como critério para composição do número de participantes em estudos qualitativos, o recrutamento foi interrompido a partir do momento em que foi identificado elementos repetidos nos discursos, consistentes com a lógica interna e objetivo do estudo, sendo possível realizar conexões e interconexões em relação ao tema estudado.¹⁶

Os participantes foram identificados por meio de uma lista disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares, Minas Gerais. Foram coletados dados gerais de identificação e atuação profissional por meio de convite presencial nas Estratégias de Saúde da Família da APS onde esses profissionais prestavam atendimento. Em seguida, foi agendada uma entrevista semiestruturada contendo dez perguntas direcionadas ao tema central da pesquisa. A entrevista envolvia perguntas sobre o conhecimento acerca de programas de RP, a importância dessa intervenção, sobre atividade física para os pacientes com DPOC, além da rotina de encaminhamentos dos pacientes para serviços de reabilitação, conforme descrito no quadro 1. As entrevistas foram conduzidas sempre pelos mesmos avaliadores, previamente treinados e não envolvidos diretamente com a concepção do presente estudo. As entrevistas foram realizadas de forma presencial ou via ligação telefônica, sendo gravadas e transcritas literalmente. O anonimato dos participantes foi garantido e os dados foram protegidos por meio de senha e de criptografia.

Os itens identificados em trechos transcritos das entrevistas foram analisados por meio de metodologia da análise de conteúdo e classificados como itens relacionados a barreiras ou facilitadores em relação ao encaminhamento de pacientes com DPOC aos programas de RP e quanto às orientações sobre a prática de atividade física.⁹ Posteriormente, os mesmos itens foram classificados seguindo princípios da *Theoretical Domains*

Quadro 1: Perguntas realizadas durante entrevista semiestruturada.

1. Na sua rotina profissional você atende pacientes com DPOC? E outras doenças pulmonares crônicas? Em caso afirmativo, quais?
2. Na sua opinião, qual o papel da atividade física para pacientes com DPOC e outras doenças pulmonares crônicas?
3. Você habitualmente orienta pacientes com DPOC ou outras doenças pulmonares crônicas quanto à prática regular de atividade física?
 - 3.1 Em caso negativo, por quê?
 - 3.2 Em caso afirmativo, por quê?
 - 3.2.1 Quantos pacientes aproximadamente você orientou nos últimos 6 meses?
 - 3.2.2 Como usualmente é feita essa orientação?
4. Existem barreiras que dificultam a orientação desses pacientes para a prática regular de atividades físicas?
 - 4.1 Em caso afirmativo, fale sobre elas.
5. Existem fatores que podem facilitar este tipo de orientação?
 - 5.1 Em caso afirmativo, fale sobre eles.
6. Para você, o que são os programas de Reabilitação Pulmonar?
7. Quais pacientes podem/devem participar destes programas? Por quê?
 - 7.1 E quais os possíveis efeitos dessa participação para estes pacientes?
8. Você sabe da existência de programas de Reabilitação Pulmonar na cidade de Governador Valadares?
 - 8.1 Em caso afirmativo, você já encaminhou pacientes a este(s) programa(s)?
 - 8.1.1 Em caso negativo, por que não?
 - 8.1.2 Em caso afirmativo, por quê? Quantos nos últimos 6 meses?
9. Na sua opinião, existem barreiras que dificultam o encaminhamento de pacientes para programas de Reabilitação Pulmonar?
 - 9.1 Em caso afirmativo, fale sobre elas.
10. Existem fatores que podem facilitar o encaminhamento de seus pacientes a estes programas?
 - 10.1 Em caso afirmativo, fale sobre eles.
11. Você gostaria de acrescentar alguma coisa sobre o assunto?

Framework (TDF).¹⁷ A TDF sintetiza teorias de mudanças comportamentais usadas para ajudar a explicar questões relacionadas à implementação de evidências e melhorar práticas em ambientes de assistência à saúde. Para isso, as informações são categorizadas em quatorze domínios e suas definições (quadro 2).¹⁷ O uso da TDF possibilita identificar determinantes de comportamento entre os profissionais, que são relevantes para a mudança na prática clínica que sejam favoráveis ao encaminhamento de pacientes com DPOC à RP ou tornar a orientação quando a prática de atividade parte de sua rotina nos cuidados a esta população.

As transcrições das entrevistas foram analisadas por itens nas respostas identificados como pertencentes a um ou mais dos domínios da TDF. Citações autênticas também foram utilizadas para exemplificação nos resultados e suporte das categorias. Os itens identificados e organização de categorias foram discutidos entre os pesquisadores para consenso. Este estudo é reportado de acordo com as *Standards for Reporting of Qualitative Research* (SRQR).¹⁸

RESULTADOS

Quarenta e nove médicos atuantes na APS foram convidados a participar do estudo entre março de 2019 e fevereiro de 2020. Os motivos para a não participação

foram: recusa em participar (n= 19), exclusão por ter tempo de serviço mínimo de seis meses na APS (n= 2) e dificuldade de compreensão do português (n= 7). Vinte e um participantes foram incluídos no estudo. A média de idade dos participantes foi de 30±7 anos, e a maioria eram mulheres (n= 17, 81%) com tempo de experiência profissional menor que 5 anos (n= 16, 76%). O tempo das entrevistas variou entre 10 a 15 minutos.

Os 14 domínios da TDF foram identificados nos discursos dos participantes. Os domínios identificados em cada discurso e o número de vezes que cada domínio foi identificado nos discursos dos participantes estão descritos no quadro 3.

Inicialmente os itens (trechos) identificados foram classificados como sendo relacionados a barreiras e/ou facilitadores relacionados ao encaminhamento à RP ou à orientação quanto a prática de atividade física. Um total de 756 itens foram classificados, sendo 477 (63%) referentes a facilitadores e 279 (37%) a barreiras. O mesmo item também foi classificado no domínio da TDF com o qual mais se relacionava, podendo ser incluído em mais de um dos domínios. A tabela 1 apresenta a porcentagem de itens classificados como barreiras e como facilitadores ao encaminhamento para a RP e a orientação à prática de atividade física para cada domínio da TDF. Os domínios com maior representatividade foram "Conhecimento" (n= 245, 32%) sendo a

Quadro 2: Os quatorze domínios da *Theoretical Domains Framework* e suas definições.^{17,19}

1. Conhecimento: Uma consciência da existência de algo.
2. Habilidades: uma habilidade ou proficiência adquirida através da prática.
3. Papel e identidade social/profissional: comportamentos e qualidades pessoais exibidas em um ambiente de trabalho ou social.
4. Crenças sobre capacidades: aceitação da verdade, realidade ou validade sobre uma habilidade, talento ou facilidade que uma pessoa pode colocar em uso construtivo.
5. Otimismo: confiança de que os resultados serão os melhores e/ou os objetivos serão alcançados.
6. Crenças sobre consequências: aceitação da verdade, realidade ou validade dos resultados de um comportamento em uma dada situação.
7. Reforço: aumentar a probabilidade de uma resposta por meio da existência de um relacionamento dependente entre o estímulo e a resposta.
8. Intenções: uma decisão consciente de realizar um comportamento ou agir de uma maneira específica.
9. Metas: representação mental dos resultados desejados.
10. Memória, atenção e processos de decisão: a capacidade de reter informações, focar seletivamente e escolher entre várias alternativas.
11. Contexto e recursos ambientais: circunstâncias da situação ou do ambiente de uma pessoa que promovem (ou impedem) o desenvolvimento de habilidades ou comportamentos.
12. Influências sociais: processos interpessoais que influenciam indivíduos a mudar seu comportamento ou pensamento.
13. Emoção: uma reação complexa, com base na experiência, no comportamento e nos componentes fisiológicos que permitem que um indivíduo tente lidar com um evento/problema significativo.
14. Regulação comportamental: qualquer coisa destinada a gerenciar ou alterar ações objetivamente observadas ou medidas.

maioria relacionados a facilitadores (58%); seguido por "Contexto e recursos ambientais" (n= 124, 16%), a maioria relacionados a barreiras (73%); e "Papel e identidade profissional/social" (n= 107, 14%), a maioria relacionados a facilitadores (83%).

Alguns trechos dos discursos relacionados aos domínios com maior representação por número de itens, foram extraídos para exemplificação, seguindo recomendações para reportar estudos qualitativos.¹⁸

Conhecimento

A maioria dos participantes (n= 16, 76%) não estava ciente da existência de programas de RP no local onde atendiam os pacientes com DPOC, sendo esse um relato constante durante as entrevistas e uma barreira significativa para o encaminhamento de pacientes.

Uma das barreiras é o fato da gente não conhecer, então o encaminhamento é feito pela fisioterapeuta do posto, ela faz o encaminhamento direto pra lá, ou eu encaminho para o pneumologista e o pneumologista faz o encaminhamento, mas eu encaminhar direto para o programa eu não consigo fazer isso até por não conhecer mesmo onde que tem. (M019)

Outra barreira importante relacionada ao

domínio do "Conhecimento" foi o fato dos participantes estarem inseguros quanto a definição do programa de RP:

[...] uai.... difícil... (risos)... pra mim, os programas de Reabilitação Pulmonar é fazer exercício que vai trabalhar... não sei...a questão de respiração, mobilização, que vai melhorar o condicionamento pulmonar...não sei. (M004)

Em contrapartida, foi encontrado um facilitador relacionado a esse mesmo domínio, pois os participantes mostraram conhecimento sobre os benefícios e efeitos positivos da atividade física.

Justamente a melhora na qualidade de vida, diminuição dos sintomas da doença que ele possui, né? Melhor adesão ao tratamento também, acredito que associar tanto a medicação quanto essa reabilitação, possa ajudar o paciente a ter mais fé no tratamento porque ele vai ver mais resultado. (M001).

Contexto e recursos ambientais

Os participantes deram exemplos das dificuldades encontradas por seus pacientes com DPOC para comparecer a consultas e aos grupos de

Quadro 3: Domínios da TDF mapeados na entrevista de cada participante e número de vezes que foram identificados nos discursos dos participantes.

Entrevistas	Domínios													
	Conhecimento	Habilidades	Papel e identidade social/profissional	Crenças sobre capacidades	Otimismo	Crenças sobre consequências	Reforço	Intenções	Metas	Memória, atenção e processos de decisão	Contexto e recursos ambientais	Influências sociais	Emoção	Regulação comportamental
M001														
M002														
M003														
M004														
M005														
M006														
M007														
M008														
M009														
M010														
M011														
M012														
M013														
M014														
M015														
M016														
M017														
M018														
M019														
M020														
M021														
Total	21	6	21	13	9	17	12	18	4	21	20	4	3	10

Abreviações: M001 a M021: código de identificação dos participantes de número 1 ao 21. Total: número de vezes que o mesmo domínio foi identificado nos discursos dos participantes.

atividade física fora de sua residência. A distância dos locais onde os serviços são oferecidos, dificuldades de acesso e transporte ou indisponibilidade financeira para deslocamento e participação, foram algumas das barreiras identificadas para o encaminhamento para a RP e para a realização de atividade física.

[...] a gente, até encaminha os pacientes, mas chega lá no serviço... é longe... o paciente demora pra conseguir uma vaga, né? pra poder iniciar o tratamento, e isso faz o paciente desistir, deixar pra lá. (M004)

Outra barreira identificada foi a preocupação dos participantes com a disponibilidade de serviços próximos aos seus pacientes ou com o tempo de espera dos pacientes para conseguirem acesso a esses serviços.

Dificuldade que a gente tem, é em tudo, em geral no SUS é porque eles mesmos falam, ah eu vou lá pra quê? Vai demorar anos para eu conseguir encaminhamento, e aí às vezes muitos deles até desistem por causa disso. (M017)

A existência dos grupos de atividade física

Tabela 1: Frequência de itens relacionados a barreiras e facilitadores para o encaminhamento a RP e orientação à prática de atividade física em cada domínio da TDF (n= 756).

Domínios	Barreiras	Facilitadores
Conhecimento (n= 245)	103 (42%)	142 (58%)
Habilidades (n= 10)	2 (20%)	8 (80%)
Papel e identidade social/profissional (n= 107)	18 (17%)	89 (83%)
Crenças sobre capacidades (n= 31)	23 (74%)	8 (26%)
Otimismo (n= 12)	0 (0%)	12 (100%)
Crenças sobre consequências (n= 47)	5 (11%)	42 (89%)
Reforço (n= 25)	3 (12%)	22 (88%)
Intenções (n= 62)	9 (15%)	53 (85%)
Metas (n= 3)	0 (0%)	3 (100%)
Memória, atenção e processos de decisão (n=64)	23 (36%)	41 (64%)
Contexto e recursos ambientais (n= 124)	90 (73%)	34 (27%)
Influências sociais (n= 4)	0 (0%)	4 (100%)
Emoção (n= 3)	0 (0%)	3 (100%)
Regulação comportamental (n= 19)	3 (16%)	16 (84%)

Dados apresentados em n (%). Abreviações: n= número de itens mapeados para cada domínio em todas as entrevistas.

na APS ministrados por profissionais de fisioterapia e educação física foi um facilitador frequentemente citado pelos participantes, e a maioria deles (n= 19, 91%) disse encaminhar os pacientes para esses grupos organizados por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

[...] a finalidade de saúde que tem na atividade regular que o NASF faz, com os grupos de atividade física que tem apoio. E caso ele fique bastante resistente a ir ao grupo, eu faço algumas orientações básicas, mas não muito técnicas, pra ele manter pelo menos algum nível de Atividade física. Fazer ginástica, alguma caminhada, dependendo da limitação que ele tenha, né? (M006)

Papel e identidade profissional/social

Os participantes relataram barreiras impostas pelo próprio sistema de saúde como o número elevado de atendimentos, o que dificultaria o processo de orientação e indicação para a RP e para a prática de atividade física para esses pacientes.

Tem dias que são mais cheios, mais tumultuados... e aí pra você orientar uma pessoa que não faz atividade física, que é sedentária, gasta tempo, pra explicar o benefício da atividade física, que ia ser bom tanto pro quadro clínico quanto pra saúde mental da pessoa, que ia melhorar. Então...gasta tempo. Nos dias muito cheios com

atendimentos muito corridos, não dá pra fazer as orientações necessárias. (M004)

DISCUSSÃO

Este estudo investigou as barreiras e facilitadores ao encaminhamento à RP e o fornecimento de orientações quanto à prática regular de atividade física a pacientes com DPOC, nos discursos de profissionais médicos atuantes da APS. As barreiras e facilitadores identificados foram relacionados, em sua maioria, aos domínios da TDF de "Conhecimento", "Contexto e recursos ambientais", e "Papel e identidade social/profissional".

Nas diretrizes internacionais e no Caderno de Atenção Básica publicado pelo Ministério da Saúde em 2010,^{7,20} voltado ao manejo das Doenças Respiratórias Crônicas, são descritas informações sobre a RP e seus benefícios para os pacientes com DPOC. Porém, ainda assim o conhecimento foi a principal barreira para o encaminhamento dos pacientes com DPOC para os programas de RP, principalmente sobre o que caracteriza como um programa de RP e os locais onde o serviço é oferecido. Um estudo qualitativo realizado na Austrália sob a perspectiva de médicos clínicos gerais atuantes na comunidade relatou achados semelhantes e mostrou que 83% dos participantes entrevistados nunca haviam encaminhado um paciente com DPOC para um programa de RP.²¹ Uma importante barreira identificada foi sobre a indisponibilidade de programas para encaminhamento. Atualmente não estão disponíveis centros específicos para a RP na APS do município de Governador

Valares, Minas Gerais, além de um número limitado de serviços de reabilitação cardiopulmonar oferecidos por clínicas-escola de universidades ou clínicas privadas de reabilitação. Uma investigação mais detalhada deve ser realizada para avaliar o número exato de serviços e se os disponíveis fornecem programas de reabilitação que atendam o amplo conceito de RP com equipe multidisciplinar. Modelos de referência dos pacientes dentro do sistema de saúde brasileiro com melhor integração entre os níveis de atenção à saúde, associados à capacitação profissional, podem aumentar a efetividade destes encaminhamentos para cuidados especializados e programas de RP disponíveis nas regiões do país.²²

Ao contrário do que foi observado em relação aos programas de RP, o domínio “Conhecimento” foi um facilitador para a orientação sobre a prática regular de atividade física aos pacientes com DPOC atendidos na APS. A maioria dos participantes relatou encaminhar os pacientes para grupos de atividade física presentes nas próprias APS. Atualmente, 64,8% do sistema de saúde do país possui Estratégias de Saúde da Família e implementação de NASF.²³ A interconsulta com outros profissionais para a prescrição de exercício físico e a implementação de programas de reabilitação para DPOC presentes na rede NASF podem ser alternativas viáveis para a manutenção da prática regular de atividade física para esses pacientes.

Em relação ao contexto ambiental, foram identificadas barreiras relacionadas às estruturas físicas e de acesso a serviços de reabilitação ou indisponibilidade financeira para participação. Evidências apontam que o suporte social, o transporte e recursos financeiros limitados são barreiras para a adesão dos pacientes a programas de reabilitação.²⁴ A oferta de programas de RP na comunidade, reduzindo o distanciamento geográfico com a descentralização de programas realizados em hospitais e universidades, pode facilitar o fornecimento do tratamento de reabilitação a indivíduos com DPOC. De modo semelhante, os programas de RP domiciliares e envolvendo estratégias de telerreabilitação têm se tornado alternativas comuns e benéficas.²⁵⁻²⁷

Entre os fatores facilitadores, a maioria dos participantes relatou encaminhar ou recomendar atividade física regular, principalmente aquelas desenvolvidas na APS. Essas atividades são importantes ações para a promoção da saúde e possuem benefícios documentados para a condição clínica, social, afetiva e qualidade de vida de seus participantes.²⁸

Este estudo possui limitações. A maioria dos médicos participantes possuía menos de 10 anos de experiência em atuação na APS e suas opiniões e práticas podem diferir dos profissionais com maior experiência clínica e com formação especializada. Entretanto, o perfil dos participantes neste estudo é semelhante ao perfil da maioria dos profissionais atuantes na APS do

país, com predominância de indivíduos mais jovens e com tempo de experiência clínica médio de 5 anos.^{29,30} Por último, somente a opinião dos profissionais médicos responsáveis pelo encaminhamento a serviços especializados no sistema de saúde público foi analisada. Futuros estudos são necessários para documentar a opinião de outros profissionais de saúde atuantes nas redes pública e privada de saúde no país.

CONCLUSÃO

As principais barreiras identificadas para indicação de RP e recomendação para a prática de atividade física a pacientes com DPOC foram o desconhecimento dos profissionais médicos envolvidos no encaminhamento sobre o que são programas de RP, o número limitado de locais para encaminhamento e dificuldades de acesso dos pacientes. Os principais facilitadores encontrados foram a orientação dos pacientes realizada por médicos atuantes na APS quanto à prática de atividade física, o conhecimento de seus benefícios por estes profissionais e a presença dos grupos de exercícios fornecidos pelos NASF. O conhecimento sobre essas barreiras e facilitadores pode guiar futuras estratégias para melhora dos cuidados prestados aos pacientes com DPOC atendidos na APS no país.

REFERÊNCIAS

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. From the global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD, GOLD, 2020. [citado em 2020 mar]. Acesso em: <http://www.goldcopd.org/>.
2. Melo TG, Santoni NB, Finkelstein BJ, Veiga DLP, Nascimento MHS, Rosito FCA. Hospitalization rates and costs associated with chronic obstructive pulmonary disease among states standardized versus not standardized tiotropium – real-world data. *J Bras Econ Saúde*. 2018; 10(1):29-35.
3. Hurts JR, Skolnik N, Hansen GJ, Anzueto A, Donaldson GC, Dransfield MT et al. Understanding the impact of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations on patient health and quality of life. *Eur J Intern Med*. 2020; 73:1-6.
4. Ministério da Saúde (BR). Epidemiológicas e morbidade. [citado em 2022 fev]. Acesso em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>.
5. Zeng Y, Jiang F, Chen Y, Chen P, Cai S. Exercise assessments and trainings of pulmonary rehabilitation in COPD: a literature review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2018; 26(13):2013-23.
6. Farias CC, Resqueti V, Dias FAL, Silva AB, Arena R, Fregonezi GAF. Costs and benefits of pulmonary rehabilitation in chronic

- obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. *Braz J Phys Ther.* 2014; 18(2):165-73.
7. Spruit MA, Burtin C, Boever P, Langer D, Vogiatzis I, Wouters EFM et al. COPD and exercise: does it make a difference? *Breathe.* 2016; 12(2):38-49.
8. Rochester CL, Vogiatzis I, Holland AE, Lareau SC, Marciniuk DD, Puhan MA et al. ATS/ERS Task force on policy in pulmonary rehabilitation: an official american thoracic society/european respiratory society policy statement: enhancing implementation, use, and delivery of pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med.* 2015; 192(11):1373-86.
9. Cox NS, Oliveira CC, Lahham A, Holland AE. Pulmonary rehabilitation referral and participation are commonly influenced by environment, knowledge, and beliefs about consequences: a systematic review using the Theoretical Domains Framework. *J Physiother.* 2017; 63(2):84-93.
10. Nishi SP, Zhang W, Kuo YF, Sharma G. Pulmonary rehabilitation utilization in older adults with chronic obstructive pulmonary disease, 2003 to 2012. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2016; 36(5):375-82.
11. Hayton C, Clark A, Olive S, Browne P, Galey P, Knights E et al. Barriers to pulmonary rehabilitation: characteristics that predict patient attendance and adherence. *Respir Med.* 2013; 107(3):401-7.
12. Keating A, Lee A, Holland AE. What prevents people with chronic obstructive pulmonary disease from attending pulmonary rehabilitation? A systematic review. *Chron Respir Dis.* 2011; 8(2):89-99.
13. Johnston K, Somers KG. Pulmonary rehabilitation: overwhelming evidence but lost in translation? *Physiother Can.* 2010; 62:368-73.
14. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção básica. Brasília: 2017. [citado em 2020 mar]. Acesso em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
15. Harrison SL. Reviewing and applying qualitative research to inform management of chronic obstructive pulmonary disease. *Chron Respir Dis.* 2019; 16:1-3.
16. Minayo MCS. Sampling and saturation in qualitative research: consensus and controversies. *Rev Pesq Quali.* 2017; 5(7):1-12.
17. Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implement Sci.* 2012; 7(37):1-17.
18. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med.* 2014; 89(9):1245-51.
19. Huijg JM, Gebhardt WA, Crone MR, Dusseldorp E, Presseau J. Discriminant content validity of a theoretical domains framework questionnaire for use in implementation research. *Implement Sci.* 2014; 9(11):1-16.
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Doenças respiratórias crônicas. Brasília: 2010. [citado em 2020 jun]. Acesso em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_respiratorias_cronicas.pdf.
21. Johnston KN, Young M, Grimmer KA, Antic R, Frith PA. Barriers to, and facilitators for, referral to pulmonary rehabilitation in COPD patients from the perspective of Australian general practitioners: a qualitative study. *Prim Care Respir J.* 2013; 22(3):319-24.
22. Vimalananda VG, Meterko M, Waring ME, Qian S, Solch A, Wormwood JB et al. Tools to improve referrals from primary care to specialty care. *Am J Manag Care.* 2019; 25(8):e237-e242.
23. Ministério da Saúde (BR). e-Gestor Atenção Básica. Cobertura da atenção básica. Brasília: 2017. [citado em 2020 jun]. Acesso em: <http://egestorab.saude.gov.br/pagina/acessoPublico/relatorio/reHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
24. Li Y, Qian H, Yu K, Huang Y. Nonadherence in home-based pulmonary rehabilitation program for COPD patients. *Can Resp J.* 2020; 2020:5146765.
25. Cox NS, McDonald CF, Hill CJ, O'Halloran P, Alison JA, Zanaboni P et al. Telerehabilitation for chronic respiratory disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018; 2018(6):CD013040.
26. Lahham A, McDonald CF, Mahal A, Lee AL, Hill CJ, Brge AT et al. Home-based pulmonary rehabilitation for people with COPD: a qualitative study reporting the patient perspective. *Chron Respir Dis.* 2018; 15(2):123-30.
27. Hansen H, Bieler T, Beyer N, Kallemose T, Wilcke JT, Ostergaard LM et al. Supervised pulmonary tele-rehabilitation versus pulmonary rehabilitation in severe COPD: a randomised multicentre trial. *Thorax.* 2020; 75(5):413-21.
28. Friedrich TL, Petermann XB, Miolo SB, Pivetta HMF. Motivações para práticas coletivas na atenção básica: percepção de usuários e profissionais. *Interface.* 2017; 22(65):373-85.
29. Damo HS, Petermann XB, Miolo SB, Pivetta HMF. Perfil profissional dos médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família no município de Campo Grande - MS. *Rev Psicologia.* 2013; 16(25):125-37.
30. Costa SM, Prado MCM, Andrade TN, Araujo EPP, Junior WSS, Filho ZCG et al. Perfil do profissional de nível superior nas

equipes da estratégia saúde da família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(27):90-6.