

A qualidade de vida pela implementação de programas de telerreabilitação cardíaca em pessoas com doença coronária: Uma revisão Umbrella

Bernadette Correia Coelho

**Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto
Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de
Reabilitação**

Orientação Científica:
Professor Doutor Leonel São Romão Preto

Bragança, setembro de 2025



Coelho BC. RELATÓRIO DE ESTÁGIO. A QUALIDADE DE VIDA PELA IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS DE TELERREABILITAÇÃO CARDIACA EM PESSOAS COM DOENÇA CORONÁRIA: UMA REVISÃO *UMBRELLA* Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança.

Bragança, 2025.

Epígrafe

"O verdadeiro conhecimento é aquele que capacita as pessoas a se transformarem."

Paulo Freire

Agradecimentos

Começo por agradecer a Deus a resiliência, a persistência e a sua presença na minha vida!

Agradeço aos meus Pais, por sempre me apoiarem em todos os momentos da minha vida, por serem os meus pilares, sem o seu apoio eu não seria a pessoa que hoje sou! Esta formação surgiu na necessidade de melhor poder retribuir o Amor e o Carinho que me dedicam diariamente!

À família, miúdos e graúdos, e aos Amigos que sempre acreditaram em mim e me ajudaram a ultrapassar as vicissitudes da vida!...

À Matilde, ao Bernardo e ao Gustavo que sempre foram uma lufada de ar fresco por entre os dias em que estava quase a desistir...

Aos meus Professores que partilharam o seu conhecimento para que pudesse ser melhor nesta arte do cuidar!

Aos meus orientadores dos estágios, a todos sem exceção, que tão bem me acolheram e, de forma generosa, partilharam comigo o seu conhecimento/experiência que contribuiu para me tornar na Enfermeira que hoje sou...

Ao meu orientador, Professor Doutor Leonel Preto, serei eternamente grata pelo seu apoio, disponibilidade e colaboração prestada durante todo o processo de orientação deste trabalho!

A todos um muito OBRIGADA!

RESUMO

Enquadramento: As doenças cardíacas constituem uma das principais causas de morbidade e mortalidade a nível mundial, representando um desafio crescente para os sistemas de saúde. A reabilitação cardíaca convencional, ainda que eficaz, encontra barreiras significativas de adesão relacionadas com a acessibilidade geográfica e a disponibilidade de recursos humanos especializados. Neste contexto, a telerreabilitação cardíaca emergiu como uma estratégia inovadora, especialmente reforçada durante a pandemia de COVID-19, permitindo dar, à distância, continuidade aos programas de reabilitação.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto/benefícios da telerreabilitação na qualidade de vida da pessoa com doença coronária.

Metodologia: Revisão umbrella da literatura. A pesquisa foi realizada nas bases de dados PubMed e Cochrane, tendo sido aplicados critérios de inclusão que contemplaram revisões sistemáticas e meta-análises publicadas nos últimos dez anos. Dos 17 artigos inicialmente identificados, 5 foram incluídos no estudo, por cumprirem todos os critérios de elegibilidade.

Resultados: A análise evidenciou que a telerreabilitação cardíaca é eficaz na melhoria da capacidade funcional, no controlo de fatores de risco cardiovascular, na adesão terapêutica e no bem-estar psicológico. Alguns estudos reportaram redução da mortalidade cardiovascular, hospitalizações e reinternamentos, com benefícios semelhantes ou superiores aos obtidos na reabilitação cardíaca presencial.

Conclusão: Conclui-se que a telerreabilitação cardíaca promove ganhos significativos em saúde e qualidade de vida, devendo ser considerada uma prioridade de saúde, e alvo de novas investigações que avaliem o impacto económica e as barreiras tecnológicas à sua adoção.

Palavras-chave: Doença das Coronárias; Reabilitação Cardíaca; Telerreabilitação; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Background: Cardiovascular diseases are among the leading causes of morbidity and mortality worldwide, representing a growing challenge for healthcare systems. Conventional cardiac rehabilitation (CR), although effective, faces significant barriers to adherence related to geographical accessibility and the availability of specialized human resources. In this context, cardiac telerehabilitation (CTR) has emerged as an innovative strategy, particularly strengthened during the COVID-19 pandemic, enabling the continuity of rehabilitation programs remotely.

Objective: This study aimed to evaluate the impact/benefits of CTR on the quality of life of individuals with coronary artery disease.

Methods: Umbrella review. The search was conducted in PubMed and Cochrane databases, applying inclusion criteria for systematic reviews and meta-analyses published in the last ten years. Of the 17 initially identified articles, 5 met the eligibility criteria and were included in the study.

Results: The analysis showed that CTR is effective in improving functional capacity, controlling cardiovascular risk factors, enhancing treatment adherence, and promoting psychological well-being. Some studies reported reductions in cardiovascular mortality, hospitalizations, and readmissions, with benefits comparable or even superior to those achieved with conventional CR.

Conclusion: CTR promotes significant health and quality of life gains and should be considered a healthcare priority. Further research is needed to assess its economic impact and the technological barriers to its adoption.

Keywords: Coronary Disease; Cardiac Rehabilitation; Telerehabilitation; Quality of Life.

SIGLAS

AVD – Atividades de Vida Diária

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AP – Antecedentes Patológicos

AIT – Acidente Isquémico Transitório

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CR - Cardiac Rehabilitation

CTR - Cardiac Telerehabilitation

CHTS – Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

CHVNGE – Centro Hospitalar Vila de Gaia Espinho

DC – Doença Cardíaca

DCC – Doença Cardíaca Coronária

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EER – Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ER – Enfermagem de Reabilitação

EE – Enfermeiro Especialista

ECG-P – Escala de Coma de Glasgow com resposta pupilar

FA – Fibrilação Auricular

GS – Ganhos em Saúde

GUSS – *Gigging Swallowing Screen*

HSJ – Hospital de São João

ICP – Intervenção Coronariana Percutânea

INE – Instituto Nacional de Estatística

MER – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

MRC – *Medical Research Council Muscle*

m-MRC – *Modified Medical Research Council Dyspnea Scale*

MIF – Medida de Independência Funcional

NIHSS – *National Institute Health Stroke Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PTA – Prótese Total da Anca

PTJ – Prótese Total do Joelho

PRC – Programa de Reabilitação Cardíaca

PTRC – Programas de Telerreabilitação Cardíaca

PRC – Plano de Reabilitação Cardíaca

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

RM – Reabilitação Motora

RR – Reabilitação Respiratória

RC – Reabilitação Cardíaca

RR – Reabilitação Respiratória

SU – Serviço de Urgência

SIC – Serviço de Internamento da Cardiologia

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TRC – Telerreabilitação Cardíaca

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

Índice

INTRODUÇÃO.....	10
PARTE 1- ESTÁGIO PROFISSIONAL.....	13
1. ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONAL.....	13
1.1. CAMPOS DE ESTÁGIO/OBTENÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	14
1.2. COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO EEER ADQUIRIDAS	24
PARTE 2 - TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO	33
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	33
1.1. IMPORTÂNCIA DA REABILITAÇÃO CARDÍACA.....	34
1.2. PAPEL DA TELERREABILITAÇÃO NO CONTEXTO DA DOENÇA CORONÁRIA....	36
2. METODOLOGIA.....	38
2.1. CARATERIZAÇÃO DO ESTUDO	38
2.2. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	39
2.3. RECOLHA DE DADOS	40
3. RESULTADOS.....	41
3.1. PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ARTIGOS	41
3.2. CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS.....	42
3.3. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA.....	44
3.4. AVALIAÇÃO DO RISCO DE VIÉS	47
4. DISCUSSÃO.....	48
5. CONCLUSÃO	52
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	54
7. ANEXOS.....	59

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1- CRONOGRAMA DOS CAMPOS DE ESTÁGIO	33
TABELA 2- FORMATO DA QUESTÃO PICO.....	41
TABELA 3- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA A SELEÇÃO DOS ARTIGOS	41
TABELA 4: EXPRESSÃO BOOLEANA DE PESQUISA UTILIZADA NA PUBMED E NA COCHRANE...	42
TABELA 5 : CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO UMBRELLA	46
TABELA 6- CRITÉRIOS UTILIZADOS NA ANÁLISE DA QUALIDADE METODOLÓGICA	48
TABELA 7- CRITÉRIOS UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO DO RISCO DE VIÉS.....	50

INTRODUÇÃO

A realização do presente Relatório de Estágio tem como finalidade a obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Reabilitação.

Com o aumento da esperança média de vida (Plano Nacional de Saúde 2021-2030), deparamo-nos com um aumento do envelhecimento da população e com este aumento, o aumento das doenças crónicas associadas ao processo de envelhecimento. Dados do Instituto nacional de estatística (INE) de 2021 (Plano Nacional de Saúde 2021-2030), indicam que a tendência será para aumentar nas próximas décadas, o que significa que se vive mais tempo e com doenças crónicas.

Assim, é necessário criar condições que permitam responder às necessidades em saúde da população, para que este aumento da esperança média de vida seja acompanhado de uma maior qualidade de vida.

Neste contexto, é crucial apresentar uma resposta eficaz que atue na prevenção da doença e ao mesmo tempo na promoção de bem-estar e da qualidade de vida.

Ter Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER) nas equipas dos cuidados de saúde primários e no contexto de agudos é proporcionar cuidados de qualidade à pessoa ao longo do seu ciclo vital, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida.

São cada vez mais o número de pessoas que irão necessitar de cuidados de reabilitação ao longo da vida.

O Objetivo da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação (EER) “(...), *compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima.*” (Regulamento n.º 392/2019).

Segundo dados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) o número de utentes a aguardar vaga em unidades da RNCCI tem vindo a aumentar, tendo-se registado em 2022, 1562 utentes que aguardavam vaga para integrá-la. Sendo que a região Lisboa e Vale do Tejo era a zona com um maior número de utentes, com 649 a aguardar por uma vaga. (Monitorização RNCCI 2024).

Estes dados refletem a necessidade urgente de aumentar o número de EEER neste contexto e no contexto de agudização da doença, de modo a dar uma resposta social que permita diminuir o número e o tempo de espera destes utentes no acesso à sua recuperação ou manutenção da função, começando desde já pelo contexto hospitalar aumentando as dotações de EEER, iniciando desde cedo a trabalhar na recuperação destes utentes.

Quando estreitamos as necessidades em Enfermagem de Reabilitação para a Reabilitação Cardíaca, damo-nos conta que, nem todos os utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem acesso à mesma.

Um estudo publicado em novembro de 2021 na revista Portuguesa de Cardiologia, com dados reportados a 2019, dá conta que apenas existiam à data dezasseis unidades de saúde pertencentes ao SNS, distribuídas de norte a sul com predominância nos grandes centros, e que dispõe de Programa de Reabilitação cardíaca (PRC) fase I, das dezasseis unidades de saúde, apenas duas unidades apresentam PRC fase II e uma unidade com PRC fase III.

O que levanta a pertinência de criar meios que nos permitam aceder ao maior número possível de utentes que necessitam de PRC fase II e fase III e que, por constrangimentos geográficos, é-lhes vedado o acesso ao direito de melhorar a sua condição de saúde e como consequência o aumento da qualidade de vida.

Posto isto, é premente investigar, no sentido de aferir o que de boas práticas existe que possa ser transposto para a realidade portuguesa de modo a contribuir para os ganhos em saúde (GS) e, conseqüentemente, incrementar a qualidade de vida do utente com doença cardíaca (DC).

O presente relatório está dividido em três partes. A primeira parte, divide-se em dois pontos, sendo que no primeiro é feito o enquadramento do estágio profissional e no segundo ponto uma reflexão crítica sobre a atividade desenvolvida, a aquisição de competências gerais e as competências específicas desenvolvidas enquanto EEER.

Na segunda parte será apresentado o trabalho de Investigação que terá como tema “A qualidade de vida pela implementação de programas de telerreabilitação cardíaca em pessoas com doença coronária: Uma revisão *Umbrella*”, e cujo objetivo foi avaliar o impacto/benefícios da telerreabilitação na qualidade de vida da pessoa com doença coronária.

A segunda parte está dividida em quatro pontos, o primeiro ponto aborda conceitos sobre a patologia em questão, o segundo ponto a metodologia utilizada neste estudo, o terceiro ponto os resultados obtidos e, por fim, no quarto ponto a discussão dos resultados do trabalho de investigação.

A terceira parte apresenta a conclusão geral do relatório, seguida das referências bibliográficas e anexos.

PARTE 1- ESTÁGIO PROFISSIONAL

1. ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONAL

O Estágio, de cariz profissionalizante, foi estruturado de acordo com os requisitos previstos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Assim, para os diferentes campos de estágio foram definidos objetivos específicos de modo a desenvolver as competências comuns e específicas do EEER:

- *“Aplicar métodos e instrumentos que visem fazer juízo clínico e identificar necessidades de intervenção especializada;*
- *Planear, executar e avaliar cuidados especializados à pessoa/família/comunidade;*
- *Conceber, organizar, planear, executar e avaliar programas de cuidados especializados na prevenção, tratamento e reinserção da pessoa nos seus contextos de vida;*
- *Capacitar a pessoa com diversidade funcional para o exercício da cidadania;*
- *Desenvolver, com a pessoa, programas de maximização da função;*
- *Basear a prática clínica especializada em robustos padrões de conhecimento;*
- *Assumir responsabilidades na educação/formação em serviço;*
- *Desenhar projetos de investigação que permitam a transferência de conhecimento para a prática clínica e o desenvolvimento da especialidade; integrar equipas de investigação na área da reabilitação.”*

O mesmo emana objetivos específicos para a área cardiorrespiratória:

- *“Desenvolver competências específicas de enfermagem de reabilitação no cuidado à pessoa com alterações da função cardiorrespiratória;*
- *Desenvolver destreza e mestria na execução de técnicas terapêuticas manuais e instrumentais em enfermagem de reabilitação;*

- *Implementar planos de reabilitação respiratória baseados na avaliação da pessoa, diagnóstico, prescrição de cuidados e monitorização de resultados;*
- *Implementar planos de reabilitação cardíaca baseados na avaliação da pessoa, diagnóstico, prescrição de cuidados e monitorização de resultados;*
- *Identificar e seleccionar, através da análise crítico-reflexiva dos contextos e da prática clínica, uma linha de investigação a desenvolver.”*

No que toca à área neurológica, degenerativa e traumática foram apresentados os seguintes objetivos específicos:

- *“Desenvolver competências específicas de enfermagem de reabilitação no cuidado à pessoa com patologia neurológica vascular, degenerativa e traumática;*
- *Desenvolver competências específicas de enfermagem de reabilitação no cuidado à pessoa com patologia ortopédica, reumatológica e traumatológica;*
- *Desenvolver competências específicas de enfermagem de reabilitação no cuidado à pessoa/família/grupo em contexto domiciliário e comunitário;*
- *Implementar planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, em diferentes contextos, baseados na avaliação da pessoa, diagnóstico, prescrição de cuidados e monitorização de resultados;*
- *Identificar necessidades, desenhar e implementar planos de cuidados de enfermagem de reabilitação com o objetivo de promover a saúde, prevenir lesões ou maximizar a função.”*

1.1. CAMPOS DE ESTÁGIO/OBTENÇÃO DE COMPETÊNCIAS

I. Unidade de convalescença Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde

A Unidade de Convalescença da Santa casa da Misericórdia de Vila Verde, inserida na RNCCI, tem como missão a promoção e a melhoria da saúde, com uma resposta articulada com os diferentes saberes garantido assim o aumento da qualidade de

vida de quem, por condição de doença, ficou temporariamente com a sua capacidade/autonomia comprometida.

Nesta unidade encontram-se pessoas que já não necessitam de cuidados hospitalares, por doença aguda, mas que ainda não se encontram compensados, do ponto de vista da doença crónica, e cujos cuidados não podem ser prestados no domicílio.

Esta unidade tem uma estrutura de profissionais polivalente que, em conjunto, tratam o cliente para que ao final dos 30 dias previstos, possam regressar ao domicílio compensados e capacitados para a realização das atividades de vida diária (AVD).

Esta unidade apresenta como recursos humanos os seguintes EEER, Enfermeiros de cuidados gerais, Assistentes operacionais, Fisioterapeutas, Terapeuta ocupacional, Médico, Assistente social e Psicóloga. Estes profissionais fazem um trabalho conjunto o que permite o sucesso da recuperação da pessoa referenciada.

A unidade de convalescença dispõe de 20 camas, um ginásio, um gabinete médico, um gabinete de enfermagem e um refeitório.

Na Unidade de convalescença dos cuidados continuados da Santa Casa de Misericórdia de Vila Verde, a estudante contactou com pessoas com necessidades de reabilitação motora (RM) e reabilitação respiratória (RR).

Quando um cliente é encaminhado para a unidade de convalescença, este terá uma permanência até cerca de 30 dias, conforme preconizado no artigo 19º, da Portaria nº 174/2014, de 10 de setembro.

Assim, dada a curta permanência nesta unidade, foi possível observar o desenvolvimento de uma cliente, avaliar a sua funcionalidade e diagnosticar as alterações que seriam uma limitação para a execução das suas AVD, traçar um plano de reabilitação com vista a promover o autocontrolo e o autocuidado, elaborar e implementar um programa de treino respiratório e motor, avaliar e ajustar o plano sempre que necessário e promover, sempre que possível a participação social, integrando o plano de reabilitação em harmonia com os demais agentes de saúde que compõe a equipa multidisciplinar desta unidade de convalescença.

Assim, segue a exposição do caso de uma cliente do sexo feminino, que foi encaminhada para a rede de cuidados continuados a fim de realizar RR e RM.

Tratou-se de uma cliente, que recorreu ao serviço de Urgência (SU) por agravamento da dispneia, com tosse com expectoração e com dificuldade em expelir a mesma, já com alguns dias de evolução, numa pessoa já com antecedentes patológicos

(AP) de relevo tais como asma, insuficiência cardíaca, bronquiectasias, fibrilação auricular, hipertensão arterial, valvuloplastia mitral entre outros.

A cliente em questão, havia ficado internada, em contexto de agudização da sua doença, na especialidade de medicina interna com diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada, com infeção respiratória associada a uma insuficiência respiratória tipo 1.

O tempo de internamento deixou-a mais vulnerável, tendo sido encaminhada para a rede de cuidados continuados para reabilitação não só respiratória, como também motora.

Sendo este o primeiro estágio do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER), foi o primeiro contacto com as funções desempenhadas pelo EEER, tendo sido de grande valia o Enfermeiro orientador que, com a sua experiência como EEER, em conjunto, orientou a avaliação da capacidade funcional e o diagnóstico das suas limitações para executar as AVD.

Assim, foi traçado um plano de reabilitação à medida das suas necessidades, sempre tendo por base a promoção de capacidades adaptativas à nova condição com vista à maximização da sua autonomia e da qualidade de vida.

O plano foi implementado e, sempre que a necessidade assim exigia, era reajustado. Ao longo da estadia da cliente nesta unidade, assistiu-se a avanços e recuos na promoção da sua autonomia e autocontrolo, estas alterações eram discutidas em reunião de equipa multidisciplinar, cuja filosofia era a de traçar planos de intervenção que visassem a promoção da autonomia e do autocontrolo para que, no final do tempo de permanência nesta unidade, a cliente estivesse capaz de voltar para o quotidiano ajustada à sua nova condição de saúde.

Para o sucesso deste plano de Reabilitação motora e respiratória contribuíram os briefings realizados dia após dia com o orientador, as reuniões multidisciplinares e a empatia criada com a cliente que fez com que esta fosse a “chave do sucesso” ao ser parte ativa na sua reabilitação.

Observar a alta desta cliente, passados os 30 dias de permanência nesta unidade, com uma autonomia restabelecida que lhe permitisse realizar as suas tarefas de vida diária com a devida autonomia, foi elucidativo do quão importante é dispormos de EEER nestas unidades.

II. Serviço de ortopedia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

A Unidade de Internamento de Ortopedia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS), presta cuidados de saúde no tratamento de doenças musculoesqueléticas, traumatismos e lesões acidentais. Dispõe de uma equipa multidisciplinar composta por EEER, Enfermeiros de Cuidados Gerais, Médicos especialista em ortopedia e Assistentes Operacionais. Dispõe de duas enfermarias cada uma com 26 camas.

A experiência no serviço de ortopedia do CHTS tratou-se de um estágio em contexto hospitalar.

Esta especialidade, para além das emergências que recebe de politraumatizados, recebe também pessoas com cirurgia eletiva de colocação de próteses da anca e do joelho.

Trata-se de clientes que já tem uma vida limitada para as AVD causada pela dor da doença crónica osteoarticular.

Alterações demográficas têm vindo a notar-se na Europa e Portugal não é exceção. Segundo dados PRODATA (2015), que consta do programa do governo, Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, o índice de envelhecimento aumentou de 27,5% em 1961 para 143,9% em 2015.

Em 2015 as pessoas com mais 65 anos representavam cerca de 20,5% da população portuguesa. Dados indicam que em 2015 a esperança média de vida situava-se nos 77,4 anos para indivíduos do sexo masculino e de 83,2 anos para indivíduos do sexo feminino.

Dados provisório do INE, para 2021, a população idosa ascende aos 23,4%, o que demonstra a clara tendência ascendente, mostrando que por cada 100 jovens há 182 idosos.

Sendo a limitação para a realização das AVD notória entre a população portuguesa essencialmente idosa, vem confirmar o número de intervenções médicas que se realiza nesta faixa etária, de colocação próteses, para atribuir qualidade de vida para a realização das AVD.

As doenças osteoarticulares são a principal causa destas intervenções cirúrgicas.

Assim, para que a função fique restabelecida e o cliente volte para o seu quotidiano realizando as suas AVD sem limitações, é de extrema importância que no pré e no pós-operatório estes clientes sejam acompanhados por um EEER, contribuindo assim para o sucesso da reabilitação e possa regressar ao seu quotidiano com a função ajustada à sua nova realidade de saúde.

Posto isto, maioritariamente os doentes que estiveram presentes nesta unidade hospitalar, para colocação de prótese total da anca (PTA) ou prótese total do joelho (PTJ) pertenciam à faixa etária dos mais de 65 anos, com gonartrose ou coxartrose que os limitava nas suas AVD.

Nos clientes submetidos à colocação de PTJ ou PTA é primordial uma boa retaguarda que irá acompanhar a sua recuperação no pós-cirurgia.

Nestas intervenções cirúrgicas há um elemento que concorre para a boa adaptação do cliente à sua nova condição é a pessoa do cuidador, pessoa que dará retaguarda ao cliente no pós-cirúrgico. É fundamental dotar o cuidador de informação/competência que o irão capacitar para que possa dar suporte à recuperação do cliente. Assim, nesta fase é essencial a presença do EEER que retirará dúvidas e anseios que possam surgir e também realizar ensinamentos de modo a dotá-lo com as competências necessárias.

Foi um momento de grande aprendizagem para a estudante, pois foi propício à melhor compreensão do processo cirúrgico associado a estas intervenções, a fim de que, ao avaliar a funcionalidade e diagnosticar as alterações que limitam a atuação do cliente nas suas AVD, o plano de reabilitação fosse executado sem qualquer receio de haver alguma prática que pudesse comprometer a recuperação do cliente.

Neste contexto a estudante teve oportunidade de assistir à colocação de uma PTJ. Tornou-se importante validar o processo cirúrgico para que a reabilitação do membro fosse um sucesso.

Assim, para um cliente do sexo Masculino, com idade de 72 anos, com gonartrose que limitava as AVD e que foi submetido à colocação de PTJ à esquerda, a estudante avaliou a sua funcionalidade e diagnosticou as alterações que seriam uma limitação para a execução das suas AVD, traçou um plano de RM com vista a promover o autocontrolo e o autocuidado, elaborou e implementou o programa de RM, avaliou e ajustou o plano de acordo com o desenvolvimento do estado de saúde do cliente, envolvendo sempre este e o cuidador no plano de recuperação.

Embora a permanência destes clientes na unidade ortopedia do CHTS fosse por um curto espaço de tempo, era evidente a evolução da recuperação no pós-operatório e o quão importante é a presença de profissionais especializados, EEER, para recuperação do cliente neste momento de fragilidade da sua saúde.

III. Serviço de Pneumologia do Hospital de São João

A unidade de ambulatório de reabilitação respiratória do serviço de pneumologia do Hospital de São João (HSJ), no Porto, dedica-se ao apoio de clientes com doenças respiratórias crónicas, tanto em regime de internamento como em ambulatório. É composta por uma equipa multidisciplinar, de EEER, Médicos especialistas em pneumologia e Assistentes Operacionais, que trabalham em conjunto para melhorar a qualidade de vida dos pacientes, enquanto muitos deles aguardam por um transplante de pulmão.

Esta unidade dispõe de 2 grandes salas de RR e RM, sendo que uma das salas estava dividida em quatro gabinetes, devidamente equipados, a fim de poder executar os diferentes planos de reabilitação.

Os clientes que se encontram a realizar reabilitação neste serviço de ambulatório são encaminhados da consulta de pneumologia, pelas mais diversas patologias em que, uma boa parte, se encontra em lista de espera para transplante do pulmão ou, com necessidade de RR no decorrer da agudização da doença.

Este gabinete tem ao serviço dois EEER. Em época pandémica as duas grandes salas eram divididas, numa sala ficavam clientes que necessitassem de medidas de isolamento de contenção e na outra sala os restantes clientes. Sempre, antes de cada sessão de RR ou RM, era realizado o teste de rastreio à covid-19 e apenas seguiam para tratamento os que testassem negativo para a infeção.

Este estágio elucidou a estudante para a dura realidade de muitas pessoas com patologia respiratória grave. Dificuldades como executar simples tarefas do autocuidado, por exemplo os cuidados pessoais de higiene, o vestir, chegando até ao risco de exclusão social, por não se sentirem com capacidade de executar tarefas simples como caminhar, colocando-se à margem da sociedade, levando à clausura.

Muitos destes clientes, conforme já referido, encontram-se a aguardar transplante de pulmão e, até surgir esta oportunidade de poder atribuir qualidade à sua vida, este gabinete executa todo um trabalho de reabilitação que permita aos seus clientes manter a sua boa forma física, dentro da sua condição de saúde e realizar a RR e RM a fim de prepara-los para as possíveis dificuldades que poderão encontrar no pós-operatório e ao mesmo tempo torna-los mais eficientes na execução das suas AVD.

A faixa etária destes clientes é bastante diversificada, encontrando-se uma grande boa parte na casa dos 30 aos 60 anos, portanto adultos, alguns ainda muito jovens e que se encontra limitados para a realização das suas AVD.

Neste gabinete de reabilitação há todo um trabalho de parceria médico-enfermeiro que após avaliar a funcionalidade e diagnosticar as incapacidades ou alterações que limitam as AVD, é traçado um plano de reabilitação respiratória e motora que potenciem o autocontrolo e o autocuidado para o desempenho das AVD, devolvendo autonomia ao cliente.

Para estes clientes não foi diferente a atuação da estudante, após realizar a avaliação da sua funcionalidade e apontar as suas limitações ou incapacidades, foi delineado um plano de reabilitação motora e respiratória com vista a promover o autocontrolo e o autocuidado, de modo a potenciar a sua autonomia e promover a qualidade de vida, procedendo-se à sua implementação, realizando avaliações periódicas de modo a melhor e ajustar o plano de acordo com as necessidades do cliente.

Os ensinamentos, não eram de todo descartados e não ficavam apenas pela primeira abordagem, aquando da sessão inicial. É notório a preocupação destes EEER em manter a pessoa envolvida no seu plano de reabilitação e nesse sentido eram realizados constantemente ensinamentos reforçando a necessidade da continuidade do plano de reabilitação no domicílio, dotando os clientes de alternativas de materiais que existem no domicílio e com os quais pudessem executar os exercícios, sem para tal incorrer em custos extra do orçamento familiar.

Apesar deste estágio ter ocorrido maioritariamente em contexto de ambulatório, uma vez que este era parte integrante do serviço de pneumologia no HSJ, a estudante teve a oportunidade de realizar RR em contexto de agudos, podendo treinar as suas competências adquiridas em contexto curricular no que respeita à drenagem postural de secreções, manobras de mobilização de secreções e reeducação funcional respiratória no serviço de internamento de pneumologia, desta unidade hospitalar.

Conhecer também a realidade, no que respeita às necessidades de RR, em contexto de agudos, tornou-se um aspeto de veras importante na aprendizagem desta estudante, na medida em que, a despertou para a clara necessidade de ter mais EEER nas unidades de internamento dado que a demanda das necessidades de RR é enorme e o número de recursos humanos especializados não se encontram ajustados às suas reais necessidades. Investir no aumento da mão de obra especializada é potenciar uma rápida recuperação destes clientes, diminuindo assim o período de internamento e rentabilizando potenciais custos que possam existir com internamentos prolongados ou reinternamentos destes clientes por constantes quadros de agudização da doença.

Neste estágio curricular a estudante reforçou as competências gerais e específicas que são exigidas ao EEER e ainda desenvolveu mais competências transversais como a escuta ativa, a empatia e assertividade, tão necessárias para que haja um envolvimento do cliente no seu processo de reabilitação.

IV. *Equipa de Cuidados Continuados Integrados na Comunidade Unidade Assucena Lopes Teixeira*

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Assucena Lopes Teixeira, é uma equipa constituída por EEER e com competências acrescidas como é o caso do tratamento de feridas complexas, Médico assistente de clínica geral e familiar, Assistente social e Psicóloga, que presta cuidados de saúde e apoio social na comunidade

A UCC Assucena Lopes Teixeira, faz parte do agrupamento de centros de saúde (ACES) Cavado I e tem na sua oferta cuidados de saúde e apoio psicológico e social ao domicílio e comunitário, a clientes, famílias e grupos mais frágeis, em situação de maior risco, dependência física e funcional ou de doença que solicitem um acompanhamento mais próximo, atuando também ao nível da educação para a saúde, integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

Tem na sua zona de atuação freguesias do concelho de Braga a saber, Espinho; Esporões; União Freguesias de Nogueira, Fraião e Lamações; Gualtar; União Freguesias de Morreira e Trandeiros; União das Freguesias de Nogueiró e Tenões; Pedralva; União Freguesias de Braga (S. José de S. Lázaro e S. João do Souto); União das Freguesias de Este (S. Pedro e S. Mamede); Braga (São Vítor) e Sobreposta.

Esta UCC tem nas suas valências uma ECCI, que tem uma carteira de 25 clientes que são atribuídos pela RNCCI. Esta ECCI é constituída por seis Enfermeiros Especialistas (EE) que dão suporte às necessidades destes clientes. O perfil destes clientes são pessoas maioritariamente dependentes para as atividades de vida diárias que, para além de muitas vezes serem encaminhados para cuidados de penso a feridas complexas, também tem necessidades de RR e RM.

Trabalhar na comunidade é sinónimo de “entrar na intimidade do cliente” de ver as suas fragilidades, constatar as suas necessidades e atuar de forma a eliminar barreiras, manter a função, dotar os cuidadores de competências para que no final, o produto da intervenção da ECCI, reflita numa maior qualidade de vida para o cliente e para a sua família.

A estudante neste estágio teve igualmente a possibilidade de aprimorar as suas competências gerais e específicas, as quais um EEER deve possuir.

Também neste contexto, a estudante teve a oportunidade de avaliar a funcionalidade e diagnosticar as alterações que seriam uma limitação para a execução das AVD do cliente e dos seus cuidadores, executar um plano de reabilitação com vista a promover, sempre que possível, o autocontrolo e o autocuidado do cliente, ou quando este está comprometido, manter a função que era previa ao novo quadro de agudização da doença, elaborar e implementar o programa de reabilitação seja motora, respiratória, cardíaca ou neurológica, avaliar e ajustar o plano de acordo com o cliente, envolvendo sempre este e o cuidador no plano de recuperação.

O envelhecimento da população portuguesa, associado ao aumento da esperança de vida, faz com que as pessoas vivam mais a velhice com doenças crónicas. Ter uma rede que dê suporte à sua convalescença no período pós agudização da doença é uma mais-valia. Valorizar e incrementar estas equipas de apoio na comunidade com mão de obra especializada é investir na qualidade de vida da população em geral, tanto para o cliente como para a sua rede familiar.

V. Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

A unidade de cardiologia do Centro Hospitalar Vila Nova Gaia Espinho (CHVNGE) é um dos serviços de referência no país no tratamento de doenças cardiovasculares agudas. Em 2022, a unidade de cuidados intensivos cardíacos foi renovada e ampliada, com 12 camas equipadas com tecnologia avançada, que permite suporte ventilatório, substituição renal e suporte cardiocirculatório mecânico (ECMO).

Ecocardiogramas transtorácicos e transesofágicos, cateterismos cardíacos de diagnóstico, intervenções coronárias, intervenções cardíacas estruturais, estudos eletrofisiológicos com ablação, angiotomografias e ressonâncias magnéticas cardiovasculares, são intervenções realizadas pelo CHVNGE.

Fim do estágio na ECCI da UCC Assussena Lopes Teixeira, a estudante deu início ao estágio no CHVNGE, na unidade de cuidados intensivos coronários (UCIC) e no serviço de internamento da cardiologia (SIC).

No que concerne à reabilitação cardíaca (RC), o CHVNGE também é um centro de referência, para além da fase 1, recentemente implementaram a fase 2 da reabilitação, com acompanhamento presencial, em consulta de ambulatório e à distância.

Este campo de estágio, tratou-se de um campo de estágio específico, onde foi possível a aquisição de conhecimentos de temas tão específicos como os da especialidade de cardiologia. A estudante teve igualmente a oportunidade de acompanhar bem de perto o início da fase 2 de Reabilitação cardíaca de acompanhamento à pessoa com Insuficiência cardíaca.

O programa de reabilitação cardíaca inicia logo no internamento e tem continuidade no pós-alta. O objetivo deste acompanhamento passa por prevenir sequelas associadas à inatividade, melhorando a sua capacidade funcional, garantir a educação para a saúde, garantir a adesão ao cumprimento do plano de reabilitação traçado e autogestão da doença, envolvendo a pessoa, comprometendo-a com a continuidade no longo prazo da sua RC.

Também neste contexto, a estudante teve oportunidade de avaliar a sua funcionalidade e diagnosticar as alterações que seriam uma limitação para a execução das AVD para o cliente, traçar um plano de reabilitação cardíaca ajustado à pessoa com vista a promover o autocontrolo e o autocuidado, elaborar e implementar o programa de reabilitação cardíaca, avaliar e ajustar o plano de acordo com o cliente, envolvendo sempre este no plano de recuperação.

VI. *Serviço de Neurocirurgia do Hospital de Santo António*

A última experiência em contexto de estágio foi na especialidade de Neurocirurgia do Hospital de Santo António, no Porto.

O serviço de Neurocirurgia é composto por uma Equipa Multidisciplinar que comporta EEER, Médicos especialistas de neurocirurgia, Enfermeiros de cuidados gerais, Fisioterapeutas, Terapeutas ocupacionais, Terapeutas da fala e Assistentes operacionais. Dispõe de 26 camas e trata de patologias tais como como traumatismos crânio-encefálicos, tumores cerebrais, hemorragias intracranianas ou patologias da medula espinhal.

O EEER tem um papel central na reabilitação destas pessoas atuando de uma forma holística e focada na recuperação da função da pessoa. A sua atuação inicia com a estabilidade clínica da pessoa, adotando estratégias de reabilitação que promovam a autonomia, acautelando complicações secundárias à imobilidade. Para tal planeia e implementa programas de reabilitação motora, sensorial e cognitivas.

Também neste contexto foi possível a estudante desenvolver competências gerais e específicas do EEER, tais como o posicionamento terapêutico, a mobilização precoce, o treino da marcha, o ensino de técnicas de conservação de energia, a estimulação sensorial e cognitiva, a reeducação vesical e intestinal, bem como a educação do doente e da família para o autocuidado e continuidade do processo de reabilitação após a alta hospitalar.

Posto isto, o EEER procede como facilitador da reintegração social e funcional da pessoa, sendo de grande importância para o incremento da qualidade de vida e no processo de recuperação de défices provocados pela doença.

Mais uma vez, verifica-se a importância de incrementar as equipas hospitalares com EEER, não só para promoção da qualidade de vida da pessoa com doença aguda, mas também para a redução dos custos associados a internamentos prolongados por não atingir resultados favoráveis num curto espaço de tempo.

1.2. COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO EEER ADQUIRIDAS

O estágio curricular é o momento que está destinado à prática clínica para o desenvolvimento de competências para a estudante.

Tratou-se de uma etapa fulcral onde a estudante teve a oportunidade de crescer no seu percurso enquanto Enfermeira, adquirindo competências que a diferenciam na sua prática clínica.

Estas novas competências adquiridas potenciaram não só uma nova visão acerca dos cuidados de Enfermagem, como também acrescentaram qualidade de vida à pessoa que se encontra com necessidades especiais de cuidados em saúde e ganhos relevantes em saúde.

Ser Enfermeiro, é estar presente nos diferentes momentos da vida humana...

O Enfermeiro é aquele ser privilegiado que está presente desde o nascimento até à morte, acompanhando bem de perto o desenrolar da vida humana...

São distintos de outros agentes de saúde porque cuidam...

Ser “cuidado” não está apenas remetido para os momentos de doença, mas também, nos momentos em que a saúde está restabelecida.

O Hino da OE, no seu refrão, traduz bem aquilo que é a essência da Enfermagem “Cuidar desta missão, Cuidar deste caminho, Cuidar com Coração, ninguém está sozinho” (OE, 2019).

Se o Enfermeiro generalista, por si só, tem esta responsabilidade de “ser cuidado”, quando avançamos para uma competência acrescida, como especializar-se num dos ramos da Ciência de Enfermagem, ainda mais é exigido ao Enfermeiro.

Assim, Ser EE é, para além das competências adquiridas na formação base de Enfermagem, desenvolver competências específicas, que permitam maximizar a funcionalidade, capacitando e desenvolvendo as capacidades da pessoa a reabilitar, acrescentando ganhos em saúde, atribuindo assim qualidade de vida.

Enquanto EEER, é pretendido que este, no final da sua formação, adquira conhecimentos e procedimentos específicos que possibilite ajudar pessoas em condição de doença crónica, aguda ou com sequelas, promovendo a maximização do seu potencial funcional e independência.

Posto isto, são objetivos comuns do EEER, preconizados no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, no seu artigo 4.º “(...) a) *Responsabilidade profissional, ética e legal*; b) *Melhoria contínua da qualidade*; c) *Gestão dos cuidados*; d) *Desenvolvimento das aprendizagens profissionais*. (...)”.

As competências comuns, transversais a todas as especializações em Enfermagem, tem como objetivo promover uma atuação, centrada na pessoa, família e comunidade, fomentando a tomada de decisão autónoma, tendo por base o que de melhor a evidência científica tem, apontando na direção de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. O enfermeiro especialista, no exercício das suas funções, atua como agente promotor da inovação, liderança e desenvolvimento profissional, respondendo de forma eficiente e eficaz às necessidades em saúde que surgem (OE,2019).

No âmbito da prática especializada em Enfermagem de Reabilitação, uma atuação profissional baseada na responsabilidade ética e legal, que regem a profissão e potenciadora da prestação de cuidados que respeitem os direitos humanos, são a base fundamental na prestação de cuidados humanizados, diferenciados e seguros (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Em todos os campos de estágio a estudante usou de uma prática profissional onde as decisões clínicas tiveram como base os princípios fundamentais da bioética, nomeadamente: beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, garantindo sempre a vontade, direitos e valores da pessoa a quem prestou cuidados especializados em

Enfermagem de reabilitação. A sua atuação foi norteadada pelo quadro legal em funcionamento, particularmente o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro), o Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro) e restantes normativos legais que regulam o exercício profissional, garantindo confidencialidade, integridade e dignidade à pessoa alvo dos seus cuidados.

A criação de um ambiente terapêutico seguro, colaborativo e ético, consolidado na responsabilização individual e coletiva, bem como na reflexão crítica e sistemática sobre as intervenções implementadas. A capacidade de reconhecer e atuar perante dilemas ético-legais emergentes no contexto da reabilitação, como, por exemplo, no que respeita ao consentimento informado ou com limitações funcionais que comprometem a autonomia da pessoa. Foi deste modo que a estudante desenvolveu esta competência.

No que respeita às competências comuns *“B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”*; *“B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”* e *B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro”* (OE, 2019), relevantes para a preservação de uma filosofia organizacional voltada para a excelência dos cuidados e para a segurança da pessoa cuidada.

Estas competências foram desenvolvidas através da cooperação em processos de supervisão da qualidade da prestação de cuidados, reconhecimento de oportunidades de melhoria e colaboração com a equipa multidisciplinar em iniciativas institucionais alinhadas com os fundamentos da governação clínica.

Na prática a aquisição destas competências foram demonstradas através da capacidade de aplicar conhecimento técnico-científico e pensamento crítico promovendo práticas clínicas inovadoras e em linha com os objetivos estratégicos dos diferentes campos de estágio, nomeadamente a colaboração na implementação dos planos de reabilitação, que garantiu a continuidade do acompanhamento clínico, assim como a eficácia do tratamento.

No que respeita às competências *“C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; e “C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”* (OE, 2019), fazem parte do campo da gestão dos cuidados, vertendo o papel estratégico do EEER na gestão dos cuidados de saúde, evidenciando-se na gestão eficiente dos recursos, supervisão qualificada da equipa de enfermagem e promoção contínua da qualidade e segurança dos cuidados. Mostram ainda, a

adaptabilidade na prática da liderança, ajustando-a aos diferentes contextos, promovendo um ambiente cooperador e orientado para o desempenho profissional. Tal atuação vai de encontro aos objetivos institucionais, fomentando uma prática clínica eficaz, onde a pessoa a cuidar está no centro dos cuidados, sustentada nos princípios da governação clínica e excelência institucional.

À medida que a estudante foi passando pelos diferentes campos de estágio deparou-se com situações de ausência do enfermeiro gestor, pelo que os enfermeiros tutores assumiam, de forma sistemática, responsabilidades intrínsecas à gestão dos cuidados. Este facto potenciou o desenvolvimento das competências referidas anteriormente, na medida em que esta participou ativamente na supervisão e monitorização da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

No último ponto das competências comuns do EEER encontra-se o desenvolvimento pessoal e profissional, “D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”; “D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidencia científica” (OE, 2019), estes pontos apresentam uma importância estratégica para a consolidação de uma prática clínica sustentada, reflexiva e especializada.

Este processo de reflexão sobre a prática clínica, enriquecido pela instrução dos enfermeiros orientadores, permitiu à estudante identificar tanto os limites quanto as potencialidades da sua prática clínica. A análise crítica e sentido de responsabilidade possibilitou à estudante a capacidade de agir com responsabilidade, segurança e autenticidade, tendo sempre uma postura assertiva na comunicação interpessoal com toda a equipa de saúde, com os doentes e com as respetivas famílias. Esta forma de agir foi facilitadora na construção de relações terapêuticas empáticas, efetivas e assertivas, coadjuvando a tomada de decisão clínica, a prestação de cuidados e a gestão eficaz de conflitos.

No campo das competências específicas do EEER, o regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio, no seu artigo 4.º indica que são competências específicas “(...) a) *Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todo os contextos da prática de cuidados; b) Capacita a pessoa com deficiência, limitações da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. (...)*”

A Intervenção do EEER tem por objetivo avaliar a funcionalidade e indicar alterações que sejam limitadoras e incapacitantes para a execução das AVD, criar planos de intervenção com a finalidade de potenciar capacidades adaptativas potenciando o

autocontrolo e autocuidado no processo de incapacidade ou transição saúde/doença, executa as intervenções anteriormente planeadas com o intuito “ (...) *de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade. (...)*” e avaliar resultados.

Cria e institui programas de treino de AVD, sempre com o objetivo de readaptação à nova condição de saúde, potenciando a autonomia e, por conseguinte, a qualidade de vida. Fomenta a reinserção da pessoa na sociedade, “(...) *mobilidade, acessibilidade e participação social.(...)*”. “(...) *Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório. Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados. (...)*” (Regulamento n.º 392/2019, 3 de maio)

O EEER é responsável pela elaboração, implementação e acompanhamento de planos de cuidados personalizados, tendo como principal objetivo a promoção da saúde, prevenção da doença e a reabilitação, elevando o potencial da pessoa. A sua atuação inclui o diagnóstico precoce, a prevenção de complicações, a manutenção das capacidades funcionais e a redução do impacto das incapacidades, quer seja por doença, quer seja por acidente, no que respeita às funções neurológicas, respiratórias, cardíacas e ortopédicas.

Fazendo valer-se de intervenções baseadas em técnicas e tecnologias específicas da área da reabilitação, o enfermeiro adota um papel decisivo na educação para a saúde orientada para a pessoa assistida e sua família, no planeamento da alta, certificando que a continuidade dos cuidados é realizada e promovendo a reintegração social da pessoa com necessidade de cuidados especializados, tendo como primícia salvaguardar os seus direitos fundamentais, sobretudo no que respeita à dignidade e à qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019).

O conceito de “competências específicas” é descrito como:

“(...) *competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas* (Regulamento n.º 140/2019)”.

Os diferentes campos de estágio proporcionaram à estudante a oportunidade de executar avaliações da funcionalidade e diagnosticar alterações e incapacidades que limitam a função cardíaca, motora, cognitiva, sensorial, respiratória, de eliminação, de sexualidade, alimentar e na execução das AVD. Assim, a estudante recorreu a instrumentos de avaliação preconizados pela OE (2016) que auxiliaram no processo

avaliação, diagnóstico, tomada de decisão, planeamento, intervenção e (re)avaliação dos cuidados prestados. Com estas intervenções a aluna pretende a aquisição da competência específica “J1.1 - "Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades" (Regulamento no 392/2019), que defende a habilidade do EEER em avaliar, identificar e analisar as condições e limitações funcionais da pessoa com necessidade de cuidados especializados, de modo a elaborar planos de intervenção personalizados, tendo como foco a melhoria da funcionalidade e a qualidade de vida.

A Escala da dor (numérica e visual), o Índice de Barthel, a Escala de Morse, a Escala de Perceção Subjetiva ao Esforço – Borg modificada; a *Medical Research Council Muscle Scale* modificada (MRC), a Escala de avaliação do tónus muscular de Ashworth, a Escala de House Brackmann, *Modified Medical Research Council Dyspnea Scale* (m-MRC), a Escala de *National Institute Health Stroke Scale* (NIHSS); a Escala de Coma de Glasgow com resposta pupilar (ECG-P), a *Gugging Swallowing Screen* (GUSS), a Escala de equilíbrio de Berg e a Medida de Independência Funcional (MIF), foram instrumentos que a aluna utilizou como apoio à sua toma de decisão. No que concerne aos dispositivos de medição e supervisão, os que a aluna mais recorreu foram a telemetria, o esfigmomanómetro, o oxímetro de pulso, o estetoscópio e o goniómetro.

O dia de trabalho iniciava com a passagem de turno, seguia-se uma breve reunião com o enfermeiro Tutor relativamente aos casos clínicos que suscitavam a intervenção do EEER, concomitantemente procedia-se à consulta e análise do processo clínico eletrónico, de estudos analíticos existentes, achados imagiológicos (Raio-X) e Tomografia Axial Computorizada (TAC), e outros exames complementares de diagnóstico como provas funcionais respiratórias, eco e eletrocardiograma.

De modo a tornar o processo de reabilitação mais integrador, a estudante procurou envolver a família/cuidador no processo de colheita de dados, na criação de objetivos terapêuticos e no planeamento dos cuidados, tornando o processo de cuidados à pessoa objetivo, personalizado e holístico.

No que respeita à pessoa com patologia do foro respiratório e cardíaco, a aluna procedeu ao exame físico com enfoque em sintomas manifestados, na inspeção, palpação, percussão e auscultação, bem como, identificação e caracterização do padrão respiratório e perfil eletrocardiográfico conforme estabelecido pela OE nos Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação nas áreas respiratória (2018) e cardíaca (2020).

No que respeita ao doente do foro cardíaco, em situação de pós-operatório na implementação do Plano de Reabilitação Cardíaca (PRC), foi dada importância à Reabilitação Funcional Respiratória e ao treino de exercício físico aeróbico e anaeróbio, acompanhados sempre de monitorização cardíaca contínua (telemetria) promovendo a segurança no decorrer da sessão de reabilitação.

Na avaliação da pessoa com patologia do foro ortopédico, a estudante procurou por sinais de compromisso neuro vascular, pela presença de assimetrias e dor aguda, também calculou, com recurso ao goniómetro, a amplitude articular nos vários segmentos do membro intervencionado. Também foi considerado o histórico de patologias osteoarticulares e a utilização previa de dispositivos de apoio, condições que influenciam adesão e a evolução favorável do plano de reabilitação.

Quanto à pessoa com patologia do foro neurológico, quer no serviço de neurocirurgia quer na RRCCI, a estudante iniciou a avaliação pela neuroavaliação, que contemplou a avaliação física, anamnese, exame neurológico criterioso e a consulta de exames complementares de diagnóstico, sendo esta intervenção de veras importante para a identificação de défices neurológicos, redação de diagnósticos, e para o planeamento e implementação de intervenções destinadas à recuperação da pessoa. Foram aplicadas a Escala de *National Institute Health Stroke Scale* (NIHSS), uma escala que permite avaliar a gravidade da disfunção neurológica após o AVC, auxiliando na uniformização e transmissão de informação entre os elementos da equipa de Saúde (Pereira de Sá, et al., 2022). Baseada na avaliação de diversos parâmetros: nível de consciência, orientação, capacidades práticas, oftalmoparésias, campos visuais; paresia facial, comando motor para membros superiores e inferiores, ataxia dos membros superiores e inferiores; sensibilidade, linguagem; disartria, negligência hemiespacial unilateral (*neglet*) (Castro et al., 2008).

Quanto à avaliação das funções superiores, a estudante avaliou o estado de consciência por meio da Escala de Coma de Glasgow – P (ECG-P), o que permite determinar a severidade da lesão, incluindo a abertura ocular, melhor resposta verbal, melhor resposta motora e reação pupilar, com um *score* a variar entre 3 (coma) e 15 (vígil) (Brennan et al., 2018).

Ainda permanecendo na avaliação das funções superiores a estudante avaliou a orientação auto e alopsíquica, capacidades práticas, memória e linguagem, buscando determinar a existência de disfasia e/ou afasia. As oportunidades neste campo de estágio

permitiram à estudante identificar diferentes afasias: de expressão ou motora, afasia de compreensão ou sensitiva e a afasia global.

O serviço de neurocirurgia do Hospital de Santo António possibilitou à estudante a avaliação neurológica dos 12 pares cranianos: I – Olfatório; II – Ótico; III – Oculomotor/ocular comum; IV – Troclear/patético; V – Trigémeo, VI – Abducente/motor ocular externo; VII – Facial, VIII – Vestíbulo-coclear/auditivo; IX - Glossofaríngeo, X – Vago, XI – Espinhal/acessório; XII – Hipoglosso.

No campo de avaliação da função motora, a estudante avaliou o tónus e força muscular nos vários segmentos corporais, bilateralmente, da região distal para a proximal, calculando através de instrumentos de avaliação como a escala de Ashworth e MRC, respetivamente (OE, 2016).

Quanto à avaliação do equilíbrio estático e dinâmico, tanto em posição sentada como em posição ortostática, a estudante realizou tal avaliação com recurso à aplicação do teste proprioceptivo de Romberg e da Escala de Equilíbrio de Berg (Menoita, 2012; OE, 2016). Este último é um instrumento amplamente utilizado para avaliar o equilíbrio funcional estático e dinâmico em indivíduos adultos e idosos, principalmente em contextos clínicos como a reabilitação neurológica, geriátrica e ortopédica, e é muito usado para futurar o risco de queda (Berg et al., 1992; OE, 2016).

Quanto à marcha, a estudante avaliou através da observação direta, analisando modificações em diferentes fases do ciclo da marcha, dissociação de cinturas e controlo postural, bem como, provas de marcha em doentes portadores de Acidente Isquémico Transitório (AIT), AVC e síndromes neurológicas, possibilitando avaliar o equilíbrio dinâmico, presença de disbasias, fraqueza muscular periférica e padrões de marcha anormais, os mais apreciados a marcha atáxica e hemiplégica (Menoita, 2012).

Por último a função sensitiva, a estudante avaliou a sensibilidade superficial, tátil, dolorosa e térmica, sensibilidade profunda, cinestésica ou posicional, e a presença de agnosias, astereognosia, anosognosia e somatognosia (Menoita, 2012).

Posto isto, os campos de estágio proporcionaram à estudante as condições necessárias para o desenvolvimento das competências comuns e específicas descritas nos Regulamentos que predizem as competências comuns e específicas EEER, referidos anteriormente.

Assim, e de acordo com o planeamento do mestrado, estes decorreram pela seguinte ordem cronológica, conforme evidencia a tabela infracitada.

Tabela 1- Cronograma dos campos de estágio

Data	Unidade	Especialidade
22/04/2022 a 02/06/2022	Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde	Unidade de Convalescença
07/06/2022 a 13/07/2022	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa	Ortopedia
05/09/2022 a 14/10/2022	Hospital de São João	Pneumologia
17/10/2022 a 25/11/2022	Unidade de Cuidados na Comunidade Assucena Lopes Teixeira	Equipa de Cuidados na Continuados Integrados
28/11/2022 a 13/01/2023	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia Espinho	Cardiologia
16/01/2023 a 24/02/2023	Hospital de Santo António	Neurocirurgia

Todos os campos de estágio, sem exceção, dentro das suas possibilidades, foram promotores do desenvolvimento das competências acrescidas adquiridas pela estudante.

A conjuntura atual, nem sempre foi potenciadora das melhores oportunidades, contudo, realizar os campos de estágio em plena pandemia foi, de facto, um desafio. Se por um lado o medo do contágio esteve presente, por outro, a vontade de aprender superou todo medo ao qual se encontrava exposta, enquanto profissional de saúde.

A cada campo de estágio o desenvolvimento de competências comuns e específicas aconteceu, como está descrito no ponto anterior, o que que permitiu cuidar melhor da pessoa com necessidades específicas de reabilitação, planeando, executando e avaliando cada plano de reabilitação, otimizando também a sua prestação enquanto Enfermeira de cuidados gerais no seu local de trabalho.

PARTE 2 - TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O tema que se pretende abordar denomina-se “*A qualidade de vida pela implementação de programas de telereabilitação cardíaca em pessoas com doença coronária: Uma revisão Umbrella*”.

A escolha deste tema deve-se à necessidade que a estudante teve em aprofundar o tema sobre a Doença Cardíaca Coronária (DCC), por motivos pessoais inerentes à sua história de família e também por ter sido a área que mais despertou interesse ao longo dos estágios profissionais.

De acordo com Relatório Europeu da Saúde 2021 da Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de dois terços das mortes prematuras na Europa. Entre estas, a doença isquémica destaca-se como a principal causa de morte (OMS, 2021).

Apesar das doenças cardíacas serem responsáveis pelos dois terços de mortes prematuras, a sobrevivência a estes eventos tem aumentado não apenas devido aos avanços que se tem operado na medicina, mas também pela crescente consciencialização da população sobre a importância de adotar estilos de vida saudáveis, capazes de modificar fatores de risco cardiovasculares.

As pessoas que sobrevivem aos eventos cardíacos ficam debilitadas física e emocionalmente sendo a recuperação física a alavanca para recuperação da pessoa sobrevivente. Neste contexto é de extrema importância a Reabilitação Cardíaca.

Embora o direito a uma saúde condigna esteja consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (1976), o acesso à RC permanece limitado. A insuficiência de recursos humanos especializados, designadamente EEER, e a desigualdade na distribuição geográfica dos serviços constituem barreiras significativas à universalização dos programas de RC.

Segundo Lima et al. (2021) "a localização das unidades de reabilitação cardiovascular e a falta de informação sobre os programas disponíveis são barreiras significativas que limitam a participação dos pacientes”.

Com a pandemia, dar continuidade aos programas de RC tornou-se um grande desafio, o que levou à reestruturação dos planos e abriu a possibilidade de implementação da Telerreabilitação Cardíaca (TRC). Segundos dados da Direção Geral de Saúde (DGS, 2021) “(...) a telerreabilitação permite que os pacientes participem em programas de reabilitação cardiovascular a partir das suas casas, melhorando assim a sua adesão e a continuidade do cuidado”.

Para que a TRC seja uma realidade acessível a todas as pessoas com DC, é necessário percorrer ainda um longo caminho, que passa pelo reforço de recursos humanos altamente especializados no SNS, capazes de acompanhar e apoiar a recuperação destes doentes, promovendo a sua qualidade de vida.

1.1. Importância da Reabilitação Cardíaca

A RC é um programa multidisciplinar, cujo objetivo é melhorar a saúde e a qualidade de vida da pessoa após um evento cardíaco adverso. É concebido para alterar hábitos/estilos de vida e reúne exercícios físicos com supervisão e acompanhamento, gestão de fatores de risco, educação acerca de quais os estilos de vida saudáveis que devem ser adotados e apoio psicológico (Piepoli et al., 2016).

Segundo a OMS, a RC é fundamental para diminuir a mortalidade e melhorar a capacidade funcional da pessoa com doença coronária, potenciando uma recuperação rápida e segura (OMS, 2017). Além disso, a evidencia científica demonstra que Programas de Reabilitação Cardíaca (PRC) contribuem para a diminuição do risco de novas agudizações/complicações e como consequência a hospitalização, contribuindo assim para uma vida mais ativa e independente (Anderson et al., 2016).

Incentivar a participação em PRC, logo após eventos agudos, irá promover uma maior adesão, alterando estilos de vida optando pelos mais saudáveis, como uma alimentação equilibrada, cessação tabágica e controlo do stress (Balady et al., 2019). A RC vai não só melhorar a performance física, como também reforçar o bem-estar psicológico da pessoa.

A RC assume um papel crucial para a recuperação de pessoas que foram sujeitas a eventos cardíacos, reduzindo a mortalidade e possibilidade de eventos futuros, promovendo assim o aumento da qualidade de vida.

A importância da RC está na promoção da recuperação funcional e a redução do risco de eventos futuros, ao potenciar alterações no estilo de vida, como a prática de

exercício/atividade física regular, escolha de uma alimentação saudável, cessação tabágica e a gestão do stress (Jolly et al., 2016). Estudos demonstram que a participação e programas de RC diminuiu significativamente a mortalidade bem como hospitalização associadas à DC (Anderson et al., 2016).

O impacto psicológico positivo da RC permite que a pessoa, apesar das limitações físicas impostas pela doença e dos sentimentos de ansiedade, depressão e medo de recorrência, encare o futuro com maior confiança e motivação para ultrapassar as barreiras criadas pela patologia.

A RC proporciona o suporte necessário, promovendo o bem-estar físico e emocional e favorecendo a adesão ao tratamento (Jolly et al., 2016). Assim, trata-se de uma intervenção cientificamente comprovada, fundamental para a recuperação da pessoa com doença coronária, melhorando a capacidade física e contribuindo para uma vida mais longa, saudável e com melhor adaptação psicossocial.

Na realidade portuguesa, a importância da RC tem vindo a crescer, tendo em conta o elevado impacto que a DC tem na saúde pública do país.

Um estudo de Santos et al. (2020), afirma que as doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte em Portugal, representando cerca de 37% do total de óbitos no país. O PRC, ao promover a recuperação física, psicológica e social, concorre para a redução da mortalidade e melhora da qualidade de vida da pessoa com DC (Santos et al., 2020).

A RC é eficaz na redução de fatores de risco, tais como hipertensão, dislipidemia e obesidade, promovendo mudanças de estilo de vida mais saudáveis (Costa & Almeida, 2019). Em Portugal, a implementação de PRC ainda enfrenta desafios, como a baixa adesão das pessoas com DC e a escassez de unidades especializadas, o que limita a sua atuação na melhoria da saúde desta população de risco (Martins et al., 2021).

Assim, é importante que o estado português invista na expansão e na acessibilidade dos PRC, garantindo que todas as pessoas com DC possam beneficiar das suas vantagens. Como menciona a OMS (OMS, 2017), a RC deve ser uma prioridade como forma de combate às doenças não transmissíveis.

Posto isto, a RC é essencial na recuperação e na prevenção secundária de doenças cardiovasculares no contexto português, contribuindo para uma população com melhor qualidade de vida e mais sadia.

1.2. Papel da Telerreabilitação no contexto da Doença Coronária

A TRC no âmbito da DC surge como uma evolução natural das estratégias de reabilitação cardiovascular, impelida pela crescente necessidade de alargar o acesso aos programas de reabilitação e de desenvolver uma gestão mais eficiente das pessoas com doença coronária. No passado, a RC era realizada apenas presencialmente em locais preparados para esse fim, o que, ainda que fosse eficaz, mostrava limitações no que respeita à acessibilidade, nomeadamente em regiões rurais ou com recursos limitados (Costa et al., 2021). Com o boom das tecnologias digitais e a o aumento da utilização de plataformas de comunicação remota, surge a possibilidade de implementar Programas de Telerreabilitação Cardíaca (PTRC), que possibilitem a pessoa com DC de participar PRC a partir do seu domicílio, com controlo contínuo e acompanhamento personalizado (Gonçalves & Almeida, 2021).

Como alternativa à reabilitação cardíaca convencional, a telerreabilitação possibilita que todas as pessoas que sofreram um episódio agudo de doença coronária tenham acesso a programas de RC, independentemente de residirem em áreas urbanas ou rurais, onde muitas vezes não existem centros especializados, permitindo uma maior adesão ao programa de reabilitação e um maior sucesso no controlo da doença. (Marín et al., 2020).

A TRC em Portugal emerge como resposta ao aumento das necessidades de inovação no âmbito da RC, impelida pelo avanço tecnológico e pela procura por soluções mais alcançáveis e eficientes. A sua implementação foi alavancada durante a pandemia de COVID-19, que comprovou a importância de alternativas às já existentes, assegurando a continuidade do cuidado das pessoas com DC, ainda que em contexto de restrição de mobilidade (Gonçalves & Almeida, 2021).

Dados do relatório da Direção-Geral da Saúde (2021), a TRC mostrou-se o melhor caminho, para a continuidade de cuidados. Esta realidade tronou-se na melhor opção para ultrapassar todas as restrições que nos foram impostas pela pandemia. Neste contexto a área da saúde teve de se reinventar, o contato de proximidade deixa de ser uma realidade possível, para abrir oportunidade à possibilidade do cuidado à distância. Com esta nova abordagem, a continuidade de cuidados ao doente com DC torna-se realidade, as limitações geográficas deixam de ser um problema, possibilitando o acesso a programas de reabilitação cardíaca facilitando o acesso à reabilitação em regiões onde a oferta de serviços é limitada. Esta nova abordagem, para além de contribuir para uma maior adesão

aos programas por parte dos pacientes, oferece também o suporte emocional e profissional de que a pessoa necessita para a manutenção da sua recuperação.

Apesar dos avanços, a telerreabilitação ainda não é uma realidade acessível em todo o território nacional (Pinho et al., 2022). As regiões mais industrializadas dispõem de maior oferta, enquanto as zonas rurais permanecem desfavorecidas, comprometendo a recuperação das pessoas que aí residem. Uma oportunidade de melhoria do Serviço Nacional de Saúde consiste em reforçar os cuidados de saúde primários com profissionais especializados, nomeadamente EEER, colmatando assim a escassez de serviços nas áreas rurais ou periféricas e cumprindo o artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, que consagra a proteção da saúde como um direito fundamental de todos os cidadãos.

2. METODOLOGIA

2.1. Caracterização do estudo

A metodologia utilizada para abordar o tema em questão foi a revisão *Umbrella*.

A revisão *Umbrella* é uma metodologia de investigação considerada de alto nível, já que sintetiza toda a evidência científica para um determinado assunto a ser estudado.

Esta metodologia consiste em compilar, analisar e integrar os resultados de várias revisões sistemáticas já existentes, possibilitando obter uma visão geral abrangente e consolidada do estado atual da evidência científica (Gotzsche et al., 2017).

Em áreas onde há um grande volume de revisões sistemáticas, esta metodologia ajuda a evitar redundâncias e a identificar padrões, lacunas ou inconsistências na investigação. A revisão *Umbrella* faculta uma síntese de nível superior, sustentando a tomada de decisões clínicas, políticas ou de investigação com base em evidências robustas (Higgins et al., 2019).

Assim, como forma de delimitar a pesquisa, de modo a responder à questão de investigação, definida através do formato de questão PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome) (Tabela 2), produzindo descobertas mais fidedignas que auxiliem na tomada de decisões e inferir conclusões. A investigação foi realizada em duas bases de dados, mediante a construção de expressões booleanas que combinaram palavras-chave com termos MeSH (Tabela 4).

O objetivo geral deste trabalho científico é avaliar o impacto/benefícios da telerreabilitação na qualidade de vida da pessoa com doença coronária.

Como objetivos específicos é pretendido identificar as estratégias de telerreabilitação utilizadas em pacientes com doença coronária nas revisões incluídas, analisar os efeitos da telerreabilitação na redução dos sintomas e na capacidade funcional dos pacientes com doença coronária, avaliar o impacto da telerreabilitação na qualidade de vida relacionada com a saúde da pessoa com doença coronária e sintetizar as evidências sobre a eficácia da telerreabilitação em comparação com a reabilitação cardíaca presencial.

Questão de Revisão

“Quais são os benefícios da telerreabilitação cardíaca para o aumento da qualidade de vida em pessoas com doença coronária?”

Tabela 2- Formato da Questão PICO

P (Population)	I (Intervention)	C (Comparison)	O (Outcome)
Pessoa portadora de Doença Coronária	Avaliação da Telerreabilitação Cardíaca	Comparação entre a Telerreabilitação Cardíaca e o Método Convencional de Reabilitação Cardíaca	Impacto na Qualidade de Vida da Pessoa com Doença Coronária

2.2. Critérios de Seleção

Base de Dados e estratégias de Pesquisa

Após a formulação da questão de revisão pela metodologia PICO, procedeu-se à definição e aplicação de filtros de inclusão (Tabela 3).

Tabela 3- Critérios de inclusão para a seleção dos artigos

Critérios de inclusão

- Artigos produzidos nos últimos 10 anos;
- Artigos com tema da questão de investigação;
- Revisões sistemáticas da literatura e meta análises;
- Artigos com texto integral e de acesso livre;
- Artigos em língua portuguesa, inglesa, espanhola e francesa.

Foram incluídos artigos de revisão, meta-análises e revisões sistemáticas da literatura. A triagem considerou como critérios de inclusão: acesso ao texto integral, publicação nos últimos dez anos (tendo como referência 2025), pertinência para a área científica da Enfermagem e relação direta com a questão de investigação, aceitando-se artigos em português, inglês, espanhol ou francês.

2.3. Recolha de Dados

A pesquisa foi realizada entre 3 de março e 7 de abril de 2025, recorrendo às bases de dados PubMed e Cochrane. Para a elaboração das expressões booleanas, combinaram-se termos MeSH e palavras-chave, utilizando os operadores “AND” e “OR”. Definiram-se as seguintes estratégias:

- PubMed: ("systematic review" OR "meta-analysis" OR "review") AND ("cardiac telerehabilitation" OR "tele-cardiac rehabilitation" OR "telecardiac rehabilitation") AND (“quality of life” OR “health-related quality of life” OR “HRQOL”).
- Cochrane: (telerehabilitation OR telehealth OR telemedicine OR "remote rehabilitation") AND ("coronary artery disease" OR "ischemic heart disease" OR "heart disease") AND ("quality of life").

Tabela 4: Expressão booleana de pesquisa utilizada na PubMed e na Cochrane

Expressão Booleana	Base de Dados
("systematic review" OR "meta-analysis" OR "review") AND ("cardiac telerehabilitation" OR "tele-cardiac rehabilitation" OR "telecardiac rehabilitation") AND (“Quality of life” OR “health-related quality of life” OR “HRQOL”)	PubMed
(telerehabilitation OR telehealth OR telemedicine OR "remote rehabilitation") AND("coronary artery disease" OR "ischemic heart disease" OR "heart disease") AND ("quality of life")	Cochrane

3. RESULTADOS

3.1. Processo de Seleção dos Artigos

Da pesquisa realizada nas bases de dados PubMed e Cochrane identificaram-se alguns estudos potencialmente relevantes, nomeadamente 16 artigos provenientes da PubMed, 1 artigo da Cochrane, perfazendo um total de 17 artigos

Dos 17 artigos inicialmente identificados, apenas 5 foram incluídos neste estudo. Os restantes 12 foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão: 8 por abordarem temáticas fora do âmbito da investigação e 4 por corresponderem a revisões não elegíveis para uma revisão *umbrella*.

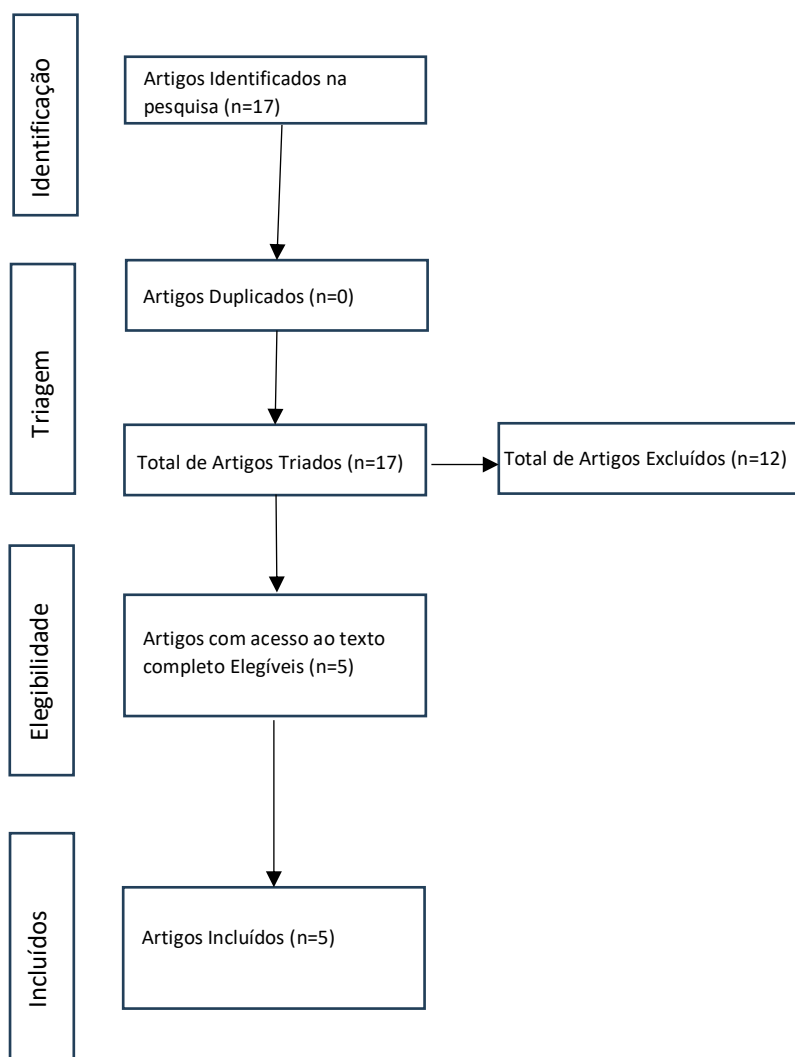


Figura 1- Fluxograma PRISMA

3.2. Características dos Estudos

Código do estudo/ Autores e Ano/País de Origem/ Tipo de estudo	Objetivo	Amostra	Programa/Intervenção	Resultados
<p>A1 Título: Effectiveness of home-based cardiac telerehabilitation as an alternative to Phase 2 cardiac rehabilitation of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis Autor/Ano: Ramachandram et al., 2022 País: Singapura Tipo de Estudo: Meta-Análise Doi: 10.1093/eurjpc/zwab106</p>	<p>Avaliar a eficácia da reabilitação cardíaca domiciliar por telerreabilitação como uma alternativa à fase 2 da reabilitação cardíaca tradicional em pacientes com doença arterial coronariana. Os autores buscaram determinar se o programa de telerreabilitação em casa poderia oferecer benefícios semelhantes ou superiores aos métodos convencionais, promovendo melhorias na saúde dos pacientes</p>	<p>Na meta-análise foram incluídos 9 estudos com 743 participantes com doença arterial coronária (história de eventos cardíacos ou cirurgia de revascularização) que participaram em programas de reabilitação cardíaca</p>	<p>As intervenções realizadas envolveram programas de telerreabilitação que utilizavam tecnologias como telemonitorização, aplicações móveis, chamadas telefônicas e plataformas online para orientar e acompanhar os pacientes na sua atividade física, educação em saúde e monitorização de sinais vitais. Essas intervenções buscavam replicar os benefícios da reabilitação presencial, promovendo exercícios supervisionados, aconselhamento e acompanhamento remoto, com o objetivo de melhorar a adesão e os resultados em saúde</p>	<p>Os diferentes estudos revelaram que a telerreabilitação foi eficaz na aquisição de ganhos em saúde semelhantes aos programas presenciais tradicionais. Os pacientes que participaram de programas de telerreabilitação apresentaram melhorias em variáveis como capacidade funcional, controle dos fatores de risco cardiovascular, qualidade de vida e adesão ao tratamento. Além disso, a meta-análise indicou que a telerreabilitação pode ser uma alternativa viável, especialmente em contextos onde o acesso às unidades de reabilitação presencial é limitado ou difícil.</p>
<p>A2 Título: Effects of telecardiac rehabilitation on coronary heart disease: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis Autor/Ano: Choo, YJ and Chang, MC; 2022 País: República da Coreia do Sul Tipo de Estudo: Revisão sistemática e Meta-análise Doi: 10.1097/MD.00000000000029459</p>	<p>Avaliar os efeitos da telerreabilitação cardíaca em pacientes com doença coronariana, comparando a eficácia desta abordagem de reabilitação quando comparada com os métodos tradicionais ou sem intervenção.</p>	<p>Foram considerados 18 estudos com o total de 1.540 participantes diagnosticados com doença coronariana, com idades variadas, que participaram de programas de telerreabilitação cardíaca.</p>	<p>As intervenções realizadas consistiram em programas de reabilitação cardíaca conduzidos remotamente, incluindo acompanhamento por teleconsulta, monitorização remota de sinais vitais, orientações de exercícios físicos, educação em saúde e suporte psicológico, tudo realizado por plataformas digitais ou telefone. Essas intervenções visaram melhorar a adesão ao tratamento, promover a recuperação cardiovascular e reduzir fatores de risco.</p>	<p>Quanto aos resultados em ganhos de saúde, o artigo revelou que a telerreabilitação cardíaca foi eficaz em melhorar diversos desfechos clínicos. Houve uma redução significativa na mortalidade cardiovascular, melhoria na capacidade funcional dos pacientes, além de melhorias nos fatores de risco, como controle da pressão arterial, níveis de colesterol e adesão ao tratamento medicamentoso. Os autores destacam que esses resultados sugerem que a telerreabilitação cardíaca pode ser uma alternativa viável e eficaz, especialmente em contextos onde o acesso às unidades presenciais é limitado.</p>
<p>A3 Título: Longer-Term Effects of Cardiac Telerehabilitation on Patients With Coronary Artery Disease: Systematic Review and Meta-Analysis Autor/Ano: Zhong, W. et al., 2023 País: China</p>	<p>Tem como objetivo principal avaliar os efeitos a longo prazo da telerreabilitação cardíaca em pacientes com doença arterial coronariana. Os autores buscaram compilar e analisar estudos que investigaram os benefícios dessa abordagem, especialmente em relação à melhoria da saúde cardiovascular e à qualidade de vida dos pacientes ao longo do tempo</p>	<p>A amostra utilizada no artigo é composta por 13 estudos incluídos na revisão sistemática, totalizando 1028 participantes com doença arterial coronariana que participaram de programas de telerreabilitação. Esses estudos variaram em tamanho, mas, em geral, envolveram pacientes adultos que receberam intervenções remotas, como monitorização</p>	<p>As intervenções realizadas consistiram em programas de telerreabilitação cardíaca conduzidos remotamente, com foco na melhora da capacidade física, controle dos fatores de risco, adesão ao tratamento e educação para a saúde. Essas intervenções incluíram exercícios monitorizados à distância, monitorização de sinais vitais, orientações nutricionais</p>	<p>Quanto aos resultados em ganhos de saúde, o estudo revelou que a telerreabilitação cardíaca promoveu melhorias significativas na capacidade funcional dos pacientes, na redução de fatores de risco como hipertensão e dislipidemia, além de contribuir para a diminuição de hospitalizações e eventos cardiovasculares ao longo do tempo. Os autores destacam que esses benefícios foram semelhantes ou até superiores aos obtidos com</p>

<p>Tipo de Estudo: Revisão sistemática e Meta análise Doi: 10.2196/46359</p>		<p>à distância, aconselhamento por vídeo, aplicações de saúde e outros recursos tecnológicos, ao invés de reabilitação presencial tradicional</p>	<p>e suporte psicológico, tudo realizado à distância</p>	<p>programas presenciais tradicionais, especialmente no longo prazo.</p>
<p>A4 Título: Effects of home-based cardiac telerehabilitation programs in patients undergoing percutaneous coronary intervention: a systematic review and meta-analysis Autor/Ano: Zhong, W. et al., 2023 Tipo de Estudo: Revisão sistemática e Meta análise Doi: 10.1186/s12872-023-03120-2</p>	<p>Avaliar os efeitos de programas de reabilitação cardíaca domiciliar por telereabilitação em pacientes que passaram por intervenção coronariana percutânea (ICP). Os autores buscaram compreender se esses programas podem melhorar os desfechos de saúde desses pacientes, comparando-os com os métodos tradicionais ou sem reabilitação</p>	<p>A amostra utilizada no estudo foi composta por 10 estudos clínicos randomizados e observacionais incluídos na revisão sistemática, totalizando 1.058 participantes submetidos à ICP e que participaram de programas de telereabilitação.</p>	<p>As intervenções realizadas consistiram em programas de reabilitação cardíaca no domicílio, com suporte remoto com recurso a dispositivos móveis de telemonitorização, chamadas telefônicas e vídeos educativos. Essas intervenções visaram promover exercícios físicos supervisionados, educação para a saúde, monitorização de sinais vitais e adesão ao tratamento, tudo de forma remota, facilitando o acesso e a continuidade do cuidado</p>	<p>O estudo revelou que os programas de telereabilitação domiciliar tiveram efeitos positivos significativos. Houve melhorias nos níveis de aptidão física, redução de fatores de risco cardiovascular, maior adesão ao tratamento e melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Além disso, os autores observaram que esses programas podem ser tão eficazes quanto a reabilitação tradicional presencial, com a vantagem de serem mais acessíveis e convenientes.</p>
<p>A5 Título: Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation (Review) Autor/Ano: McDonagh STJ, et al., 2023 Tipo de Estudo: Revisão Doi: 10.1002/14651858.CD007130.pub5</p>	<p>Avaliar se existem diferenças relevantes no que respeita a benefícios e resultados entre abordagem de reabilitação cardíaca no domicílio ou em centro de reabilitação convencional. Ambas as abordagens, pretendem melhorar a saúde de pessoas com doenças cardíacas por meio do exercício, educação e suporte psicológico.</p>	<p>Foram realizados 24 ensaios clínicos, com um total de 3.046 participantes com as seguintes patologias Angina, Insuficiência Cardíaca, pós infarto do miocárdio ou que realizaram revascularização.</p>	<p>As intervenções realizadas nos ensaios clínicos compararam os programas de reabilitação cardíaca domiciliar com os programas em centros especializados para reabilitação cardíaca. A reabilitação realizada no domicílio incluía componentes de suporte contínuo, sessões de educação regulares e monitorização, enquanto a reabilitação em centros especializados em reabilitação Cardíaca era mais estruturada e muitas vezes incluía exercícios supervisionados.</p>	<p>Os resultados revelaram que não houve diferenças significativas no que respeita à mortalidade e capacidade de exercício entre os dois grupos em estudo, corroborando que ambos os métodos de reabilitação cardíaca são eficazes na promoção da saúde e no aumento da funcionalidade em pessoas com doenças cardíacas. Os resultados vem reforçar que a telereabilitação cardíaca mostra-se como uma alternativa viável e acessível, nomeadamente para as pessoas que não conseguem ou não desejam participar em programas de reabilitação em centros especializados.</p>

Tabela 5 : Características dos estudos incluídos na revisão *umbrella*

3.3. Avaliação da Qualidade Metodológica

Face ao crescente aumento do número de revisões e a divergência na concordância entre grupos de pesquisa no que respeita aos critérios utilizados para a avaliação da qualidade desses mesmos estudos, foi desenvolvida uma ferramenta de trabalho exclusiva chamada A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews (AMSTAR).

A tabela 6 infra, descreve os critérios de análise de qualidade preconizados na ferramenta AMSTAR-2, cuja finalidade é analisar a qualidade de revisões sistemáticas, com as respetivas respostas.

Todos os artigos incluídos cumpriram critérios de qualidade metodológica relacionados com a formulação da questão de investigação segundo o modelo PICO, a seleção do desenho de estudo, a abrangência da pesquisa bibliográfica, a descrição adequada dos estudos e a discussão da heterogeneidade. Contudo, nenhum apresentou lista de estudos excluídos com justificação, nem análise consistente da síntese quantitativa.

Tabela 6- Critérios utilizados na análise da qualidade metodológica

Autor/Ano	As Perguntas de Investigação e os Critérios de Inclusão Incluíram os componentes do PICO?	O Relatório da Revisão contém uma declaração explícita de que os métodos de revisão foram estabelecidos antes da realização da revisão e o relatório justifica quaisquer desvios significativos do protocolo?	Os autores da revisão explicaram a seleção dos desenhos dos estudos a Incluir na Revisão?	Os autores da revisão utilizaram uma estratégia de pesquisa bibliográfica abrangente?	Os autores da revisão efetuaram a seleção dos estudos em duplicado?	Os autores da revisão realizaram a extração de dados em duplicado?
Ramachandram et al., 2022	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Choo, YJ and Chang, MC; 2022	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Zhong, W. et al., 2023	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Zhong, W. et al., 2023	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
McDonagh STJ, et al., 2023	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Autor/Ano	Os autores da revisão forneceram uma lista dos estudos excluídos e justificaram as exclusões?	Os autores da revisão descreveram os estudos incluídos com o detalhe adequado?	Os autores da revisão utilizaram uma técnica satisfatória para avaliar o risco de viés em estudos individuais que foram incluídos na revisão?	Os autores da revisão informaram sobre as fontes de financiamento dos estudos incluídos na revisão?	Se foi efetuada uma meta-análise, os autores da revisão utilizaram métodos adequados para a combinação estatística dos resultados?	Se foi efetuada uma meta-análise, os autores da revisão avaliaram o potencial impacto do risco de viés em estudos individuais nos resultados da meta-análise ou de outra síntese de evidências?
Ramachandram et al., 2022	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Choo, YJ and Chang, MC; 2022	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Zhong, W. et al., 2023	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Zhong, W. et al., 2023	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
McDonagh STJ, et al., 2023	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não

Autor/Ano	Os autores da revisão tiveram em conta o risco de viés em estudos individuais quando interpretaram/discutiram os resultados da revisão?	Os autores da revisão forneceram uma explicação satisfatória e uma discussão de qualquer heterogeneidade observada nos resultados da revisão?	Se efetuaram uma síntese quantitativa, os autores da revisão efetuaram uma investigação adequada do viés de publicação e discutiram o seu impacto provável nos resultados da revisão?	Os autores da revisão comunicaram quaisquer potenciais fontes de conflito de interesses, incluindo qualquer financiamento que tenham recebido para efetuar a revisão?
Ramachandram et al., 2022	Sim	Sim	Não	Não
Choo, YJ and Chang, MC; 2022	Sim	Sim	Não	Não
Zhong, W. et al., 2023	Sim	Sim	Não	Não
Zhong, W. et al., 2023	Sim	Sim	Não	Não
McDonagh STJ, et al., 2023	Sim	Sim	Não	Não

3.4. Avaliação do risco de viés

Para a avaliação do risco de viés apresentado pelos artigos selecionados para esta revisão *Umbrella*, foi utilizada a ferramenta ROBIS, infra expostos.

Os artigos respeitantes aos autores Ramachandram et al., 2022, Choo, YJ and Chang, MC; 2022, Zhong, W. et al., 2023, McDonagh STJ, et al., 2023, apresentam um baixo risco de viés em todos os itens avaliados. Apenas o autor Zhong, W. et al., 2023, apresenta risco de viés desconhecido no que respeita ao parâmetro Risco de enviesamento na revisão.

Tabela 7- Critérios utilizados na avaliação do risco de viés

Autor/Ano	Critérios de elegibilidade do estudo	Identificação e seleção de estudos	Escolha de dados e avaliação do estudo	Síntese e conclusões	Risco de enviesamento na revisão
Ramachandram et al., 2022	-	-	-	-	-
Choo, YJ and Chang, MC; 2022	-	-	-	-	-
Zhong, W. et al., 2023	-	-	-	-	-
Zhong, W. et al., 2023	-	-	-	-	?
McDonagh STJ, et al., 2023	-	-	-	-	-

Legenda: - = baixo risco + = alto risco ? = risco desconhecido

4. DISCUSSÃO

Vários são os autores que fazem referência à importância da seleção minuciosa dos artigos científicos, a fim de poder sustentar conclusões robustas sobre determinada temática em estudo.

Creswell (2014), diz-nos que “(...) a pesquisa rigorosa requer uma análise cuidadosa da literatura existente, a fim de evitar a repetição de erros e de construir sobre o trabalho que já foi realizado.”.

O escrutínio dos artigos selecionados não só permitirá validar estudos já realizados como também identificar lacunas que conduzirão a novas investigações.

Partir de uma base científica sólida e atual permitirá igualmente chegar a conclusões válidas que possam ser transpostas para outras realidades.

É facto que a RC convencional é o método mais utilizado na realidade portuguesa, contudo, a pandemia COVID-19 veio mudar este paradigma e abrir a possibilidade de reinventar a RC.

Os resultados apresentados são o espelho de uma triagem rigorosa que espelhem os benefícios que se podem alcançar utilizando a telerreabilitação como parte integrante do processo de reabilitação. Todos os estudos considerados abordam o impacto na saúde/qualidade de vida que cada participante teve ao aderir ao programa de RC feito à distância. A análise dos cinco artigos incluídos nesta revisão reforça o facto da telerreabilitação cardíaca ser uma estratégia eficaz e viável na recuperação de pessoas com doença coronária. Os resultados demonstram benefícios significativos na capacidade funcional, no controlo dos fatores de risco cardiovascular, na adesão terapêutica e na qualidade de vida relacionada com a saúde, sendo estes achados consistentes com a literatura prévia.

Os estudos analisados sugerem que TRC apresenta eficácia comparável à RC convencional. Ramachandram et al. (2022) e Choo & Chang (2022) demonstram, nos artigos 1 e 2 que os programas de TRC não só alcançam resultados semelhantes aos obtidos em centros especializados, como, em alguns casos, superam-nos em termos de adesão e redução da mortalidade cardiovascular. Estes resultados são particularmente relevantes em contextos onde o acesso a unidades presenciais é limitado, confirmando a pertinência da TRC como alternativa que mitiga desigualdades territoriais e sociais.

Outro aspeto a destacar prende-se com os efeitos a longo prazo. Zhong et al. (2023) mostrou, no artigo 4, que os ganhos da TRC se mantêm ao longo do tempo, traduzindo-se em menor risco de reinternamentos e melhor controlo dos fatores de risco. Este dado é muito importante, pois a sustentabilidade dos resultados é um dos maiores desafios em programas de reabilitação, independentemente da forma como são implementados.

Os achados da maioria dos estudos indicam que a TRC pode favorecer a autogestão da doença, ao integrar ferramentas de monitorização remota e educação para a saúde. Tal abordagem facilita a responsabilização do doente no seu processo de reabilitação, potenciando maior envolvimento e motivação. Além disso, ao decorrer no ambiente domiciliário, a TRC permite adaptar o plano de reabilitação ao contexto real de vida do paciente, o que se reflete em maior aplicabilidade prática e continuidade do tratamento.

Os planos de RC visam prevenir consequências atribuídas à imobilidade e/ou melhorar a capacidade funcional; realizar educação para a saúde; incentivar a adesão à realização de exercício físico, bem como dotar a pessoa portadora de doença cardíaca de capacidades para a autogestão da doença; instigar a responsabilização partilhada e promover a continuidade do programa de reabilitação no longo prazo.

O programa de reabilitação cardíaca no domicílio veio atestar melhorias significativas da capacidade funcional, diminuindo os fatores de risco cardiovascular traduzindo-se num aumento da adesão ao tratamento e por consequência incrementando a qualidade de vida destas pessoas (Ramachandram et al.,2022).

Quando comparada com RC convencional, impacto na qualidade de vida das pessoas com doença coronária com programa de telerreabilitação cardíaca superaram os resultados do grupo de reabilitação cardíaca tradicional. Segundo o estudo de Choo & Chang (2022) é notória a boa adesão ao programa de telerreabilitação cardíaca, bem como a redução significativa na mortalidade cardiovascular, a melhoria da capacidade funcional e a melhoria nos fatores de risco cardiovascular, assim como uma maior adesão ao regime medicamentoso, produzindo um impacto significativo na qualidade de vida da pessoa com doença coronária.

Zhong et al. (2023) faz referência ao impacto que os programas de telerreabilitação cardíaca tem na pessoa que foi sujeita a intervenção coronariana percutânea. Mais um estudo que atesta a eficácia do programa de telerreabilitação cardíaca e o impacto positivo significativo deste na qualidade de vida.

Realça igualmente como aspeto positivo, a adesão ao programa de reabilitação cardíaca como aspeto fundamental na melhoria dos níveis de aptidão física, melhoria dos fatores de risco cardiovascular, refletindo-se no aumento da qualidade de vida deste grupo de pessoas, contribuindo para uma redução significativa de reinternamentos ou mortes precoces por novos eventos cardíacos.

McDonagh et al. (2023) nos ensaios clínicos que realizaram concluíram que não houve diferenças significativas no que respeita à mortalidade e capacidade de exercício entre os dois grupos em estudo, um com plano de telerreabilitação cardíaca e outro em plano de reabilitação cardíaca convencional, corroborando assim que ambos os métodos são eficazes na promoção da saúde e no aumento da funcionalidade em pessoas com doenças cardíacas. De realçar que os resultados veem reforçar que a telereabilitação cardíaca mostra-se como uma alternativa viável e acessível, nomeadamente para as pessoas que não conseguem ou não desejam participar em programas de reabilitação em centros especializados.

O facto de os programas de reabilitação cardíaca ocorrerem no ambiente da pessoa visada e com os recursos que esta dispõe para a execução do programa de reabilitação, a oportunidade de existir uma monitorização e uma proximidade no acompanhamento, apesar da distância física, faz com que haja uma maior adesão ao programa de reabilitação, existindo por consequência um maior comprometimento da pessoa com doença coronária na reabilitação e na sua recuperação.

Avaliando o lado mais económico de optar por programas de telerreabilitação, podemos destacar uma redução de custos com os recursos materiais, que teríamos numa reabilitação cardíaca convencional, como espaço, material de apoio, bem como outras despesas que concorrem para a utilização do espaço, a adesão ao programa de reabilitação que, no médio longo prazo, reduzirá o custo efetivo relacionado com internamentos hospitalares originados por novos eventos cardíacos, resultado da má adesão ao programa de reabilitação e à escassez de mão de obra especializada, EEER, que permitem o correto acompanhamento da pessoa portadora de doença coronária e com necessidade de um programa de reabilitação cardíaca.

Abordando a questão da falta de recursos materiais e humanos para realização da reabilitação cardíaca, a telerreabilitação vem permitir o acesso geral ao programa de reabilitação cardíaca pela população, não havendo a necessidade de aguardar ou até mesmo ficar sem a possibilidade de ter um programa de reabilitação cardíaca, tendo em

conta a sua localização geográfica e disponibilidade de recursos materiais e humanos, conforme demonstrou os estudos incluídos nesta revisão *Umbrella*.

5. CONCLUSÃO

A adesão aos programas de reabilitação, independentemente do tipo de programa, é uma questão muito atual e que nos faz pensar na forma como a saúde é percebida pela pessoa com necessidades de reabilitação, e como nós, agentes promotores de saúde, nos posicionamos para reverter a má adesão aos programas de reabilitação.

Proporcionar uma boa adesão a um programa de reabilitação é potenciar a saúde da população em geral.

Programas de telerreabilitação, como já demonstrado pelos estudos analisados anteriormente, vão potenciar a adesão ao programa de reabilitação, vão originar um impacto positivo na qualidade de vida da pessoa com doença coronária e como consequência uma redução do custo com a saúde das pessoas.

Não obstante da triagem de artigos científicos ter sido feita de forma criteriosa e rigorosa, de modo a ir de encontro ao tema em estudo, esta apresenta também as suas limitações. Uma das limitações prende-se com o facto de não existir uma oferta considerável de artigos de revisão da literatura que tenham como meta o impacto na qualidade de vida da pessoa com doença coronária, outra das limitações prende-se com a localização geográfica, onde os estudos foram realizados, maioritariamente, em regiões orientais.

Outra limitação prende-se com o facto de não ser ainda possível mensurar o impacto económico positivo com a utilização dos programas de telerreabilitação, de modo a poder aferir que, os ganhos em saúde decorrentes da utilização de programas de telerreabilitação cardíaca estão diretamente relacionados com a diminuição dos custos hospitalares decorrentes da agudização da doença coronária ou pelo aparecimento de novos eventos cardíacos.

Também apontada como limitação ao estudo é o facto de ainda não ser possível mensurar os ganhos em saúde proporcionados pelo incremento de EEER, que levam a cabo os programas de telerreabilitação cardíaca e que proporcionam o aumento da qualidade de vida da pessoa com doença coronária. Algo que poderá ser aprofundado em futuros estudos.

Disponer de EEER, é proporcionar à população cuidados altamente especializados que irão impactar a saúde de todos os que, após um evento cardíaco adverso, precisam de ajuda para recuperar.

Para que o paradigma da reabilitação cardíaca mude, temos de ser ousados e arrojados. Dispor de condições que nos permitam ter recursos materiais e humanos que possibilitem chegar a todos os lugares do país para tratar todos os que tem doença coronária e necessitam de reabilitação.

O investimento financeiro inicial poderá, porventura, ser elevado, contudo os ganhos em saúde no médio longo prazo farão, com toda a sua certeza, com que este custo inicial seja amortizado com o fortalecimento da saúde da população que reduzirá os custos dos cuidados diferenciados pela agudização da doença, com recurso à hospitalização.

Como sugestão de continuidade ao estudo realizado, sugere-se o estudo do impacto económico na saúde proporcionado pelo incremento de EEER que levam a cabo os programas de telerreabilitação cardíaca e que proporcionam o aumento da qualidade de vida da pessoa da pessoa com doença coronária.

Posto isto, e em jeito de conclusão, é uma prioridade de saúde pública, a implementação de programas de telerreabilitação cardíaca acessível e abrangente, pois como foi analisado nos estudos anteriores esta potencia a diminuição das doenças cardiovasculares na sociedade.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Anderson, L., Thompson, D. R., Oldridge, N., Zwisler, A. D., Rees, K., Martin, N., & Taylor, R. S. (2016). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD001800. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001800.pub4>
- Anderson, L., et al. (2016). *Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD001800
- Assembleia da República. (1976). *Constituição da República Portuguesa*. Artigo 64.º - Direito à proteção da saúde. Disponível em: <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Constituicao> (consultado em, 23/05/2025).
- Berg, R. L., & Cassells, J. S. (Eds.). (1992). *The Second Fifty Years: Promoting Health and Preventing Disability*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235613/#ddd0000248>
- Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public health Revue canadienne de Sante Publique*, 83 (2), S7–S11.
- Berg, K. O., Maki, B. E., Williams, J. I., Holliday, P. J., & Wood-Dauphinee, S. L. (1992). Clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 73(11), 1073–1080. https://www.researchgate.net/publication/21710494_Clinical_and_laboratory_measures_of_postural_balance_in_an_elderly_population
- Brennan, P. M., Murray, G. D., & Teasdale, G. M. (2018). Simplifying the use of prognostic information in traumatic brain injury. Part 1: The GCS-Pupils score: an extended index of clinical severity. *Journal of Neurosurgery*, 128(6), 1612–1620. <https://doi.org/10.3171/2017.12.JNS172780>
- Balady, G. J., et al. (2019). *Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2018 update: a scientific statement from the American Heart Association*. *Circulation*, 139(25), e9-e33.
- Costa, M., & Almeida, J. (2019). *Eficácia da reabilitação cardíaca na redução de fatores de risco*. *Jornal de Medicina e Saúde*, 15(2), 102-108.

- Castro, P., Mendonça, T., Abreu, P., Carvalho, M., & Azevedo, E., (2008). National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) international initiative – versão portuguesa. *Sinapse*, 8(1), 67-68.
https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=80269&pi_public_id=
- Costa, M., Silva, T., & Pereira, F. (2021). Telerreabilitação cardiovascular: uma inovação no contexto português. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 40(2), 123-130.
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Sage Publications.
- Choo, J. Y. M., Chang, M. C. (2022). *Effects of telecardiac rehabilitation on coronary heart disease: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis*. *Medicine* [101\(28\):p e29459, July 15, 2022.](#) | DOI: 10.1097/MD.00000000000029459
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Relatório sobre a Tele-Reabilitação Cardiovascular em Portugal. Lisboa: DGS.
- Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. (2016). Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf> (Consultado em, 16/01/2025).
- Gonçalves, R., & Almeida, J. (2021). Impacto da pandemia de COVID-19 na adoção de telerreabilitação em Portugal. *Saúde em Revista*, 27(4), 45-52.
- Gotzsche, P. C., Hróbjartsson, A., & Johansen, H. (2017). Umbrella reviews: what they are and how to do them. *BMJ*, 358, j3914.
- Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., et al. (2019). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. John Wiley & Sons.
- Hino da Ordem dos Enfermeiros (2019). Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/j%C3%A1-ouviu-o-hino-do-enfermeiro/> (Consultado em, 16/01/2025).
- Jolly, K., Taylor, R. S., Moxham, T., Hayward, R., Masefield, S., & Doughty, K. (2016). Cardiac rehabilitation for heart failure. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD003800.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003800.pub4>

- Lima, S., Ferreira, P., & Silva, R. (2021). Acessibilidade à Reabilitação Cardiovascular em Portugal: Barreiras e Oportunidades. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 40(4), 205-213. doi:10.1016/j.repc.2021.02.002
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. (2015). Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16 Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf> (consultada em, 16/01/2025).
- Monitorização RNCCI 2024. (2024). Disponível em: https://www.ers.pt/pt/flipbooks/im_rncci-out-24/ (Consultado em, 16/01/2025).
- Menoita, C. E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente* (1a ed.). Lusociência.
- Martins, A., Silva, T., & Rodrigues, F. (2021). *Desafios na implementação de programas de reabilitação cardíaca em Portugal*. *Saúde Pública*, 35(3), 321-328.
- McDonagh, S. T., Dalal, H., Moore, S., Clark, C., Dean, S. G., Jolly, K., Cowie, A., Afzal, J., Taylor, R.S. (2023). *Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation*. *Cochrane Database Syst Rev* 2023 Oct 27;10(10):CD007130. doi: 10.1002/14651858.CD007130.pub5.
- Organização Mundial de Saúde. Relatório Europeu de Saúde 2021. (2021). Disponível em: https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf (Consultado em, 20/03/2025).
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). a realização do exercício físico pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. (Parecer no 05/2020).
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia Orientador da Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca*. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Prescrição de programa de reeducação funcional respiratória e treino de exercício*. (Parecer no 03/2021).

- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*. https://1drv.ms/b/c/2b4cd258098f2cc0/Edp0_2VLFLlCnzp71a-pT0BJ0gxHrB-QcGNUSgNR2h1uA
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2017). *Reabilitação Cardiovascular*. Disponível em: <https://www.who.int>
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2017). *Reabilitação cardiovascular: uma prioridade global*. Geneva: OMS.
- Plano Nacional de Saúde 2021 – 2023. SNS -Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/04/08/plano-nacional-de-saude-2021-2030-2/> (consultado em, 18/01/2024).
- Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro. (2014). Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/174-2014-56720777> (Consultada em 16/01/2024).
- Pereira de Sá, N. M., Marques de Oliveira, F., Gonçalves Sacramento, C. L., dos Santos Oliveira, M. I., & Tavares Almeida, F. L. (2023). Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com Deglutição Comprometida em contexto de AVC: Estudo Exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), e265. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.265>

- Piepoli, M. F., et al. (2016). *2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice*. *European Heart Journal*, 37(29), 2315-2381.
- Rodrigues, L., Pinto, F., & Ferreira, R. (2024). "A Evolução da Rede Nacional de Reabilitação Cardiovascular: Perspectivas e Desafios". *Boletim da Saúde Pública*, 32(1), 23-29.
- Ramachandram, H. J., Jiang, Y., Tam, W. W. S., Yeo, T. J., Wang, W. (2021). *Effectiveness of home-based cardiac telerehabilitation as an alternative to Phase 2 cardiac rehabilitation of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis*. *European Journal of Preventive Cardiology*, Volume 29, Issue 7, May 2022, Pages 1017–1043, <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwab106>
- Santos, P., Oliveira, R., & Pereira, L. (2020). *Impacto das doenças cardiovasculares em Portugal: uma análise epidemiológica*. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 39(4), 245-251.
- Santos, P., Oliveira, R., & Pereira, L. (2020). *Impacto das doenças cardiovasculares em Portugal: uma análise epidemiológica*. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 39(4), 245-251.
- Silva, M., Almeida, T., & Costa, P. (2023). "Fatores Associados à Aderência aos Programas de Reabilitação Cardiovascular". *Jornal de Medicina Cardiovascular*, 15(2), 89-95.
- Zhong, W., Liu, R., Cheng, H., Xu, L., Wang, L., He, C., Wei, Q. (2023). *Longer-Term Effects of Cardiac Telerehabilitation on Patients With Coronary Artery Disease: Systematic Review and Meta-Analysis*. *JMIR mHealth and uHealth*. Published on 28.Jul.2023 in [Vol 11 \(2023\)](#). Doi: [10.2196/46359](https://doi.org/10.2196/46359)
- Zhong, W., Fu, C., Xu, L., Sun, X., Wang, S., He, C., Wei, Q. (2023). *Effects of home-based cardiac telerehabilitation programs in patients undergoing percutaneous coronary intervention: a systematic review and meta-analysis*. *BMC*. Published: 22 February 2023 article number: 101 (2023). Doi: [10.1186/s12872-023-03120-2](https://doi.org/10.1186/s12872-023-03120-2)

7. Anexos

Anexo 1 – Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
6.3 — Providencia cuidados à mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação.	6.3.1 — Informa e orienta a mulher em tratamento de afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama. 6.3.2 — Concebe, planeia implementa e avalia intervenções à mulher em tratamento de afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama. 6.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos. 6.3.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-cirúrgicas de afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama. 6.3.5 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama.

7 — Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

Descritivo

Cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população:

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
7.1 — Promove a saúde do grupo alvo	7.1.1 — Identifica infraestruturas de saúde da comunidade e as condições de acesso. 7.1.2 — Gere os recursos disponíveis na comunidade para dar resposta em situação de urgência/emergência e de transporte. 7.1.3 — Diagnostica e monitoriza o estado de saúde das mulheres em idade fértil. 7.1.4 — Identifica necessidades em cuidados de enfermagem relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva. 7.1.5 — Identifica as causas diretas e indiretas da morbi-mortalidade materna e neonatal utilizando o conhecimento epidemiológico. 7.1.6 — Desenvolve estratégias para promover cuidados seguros em diferentes ambientes de nascimento. 7.1.7 — Advoga e promove estratégias de “empowerment” para as mulheres em idade fértil. 7.1.8 — Advoga o cumprimento da legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade.
7.2 — Diagnostica precocemente e interveém no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.	7.2.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções no sentido de responder às necessidades de saúde sexual e reprodutiva. 7.2.2 — Valoriza as práticas de saúde tradicionais e contemporâneas, gerindo os seus riscos e benefícios para a saúde das mulheres em idade fértil. 7.2.3 — Gere os benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis. 7.2.4 — Avalia e dá parecer sobre condições apropriadas à prática clínica. 7.2.5 — Aplica o programa nacional de vacinação e informa sobre as condições de acesso aos serviços de imunização.
7.3 — Intervém na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal.	7.3.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções no sentido de minimizar as causas diretas e indiretas de morbi-mortalidade materno-fetal. 7.3.2 — Cooperar com outros profissionais em programas, projetos e intervenções para melhorar a qualidade global dos serviços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

12 de maio de 2018. — A Bastonária, *Ana Rita Pedrosa Cavaco*.

312232282

Regulamento n.º 392/2019

Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação

Preâmbulo

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.

A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, utiliza técnicas e tecnologias específicas de reabilitação e interveém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.

O avanço no conhecimento requer que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.

Com a entrada em vigor das alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros introduzidas pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, identificam-se os títulos profissionais de Enfermeiro Especialista passíveis de serem atribuídos, estabelecendo no seu artigo 40.º que a Ordem atribui os títulos de: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

No caso da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, considerando a vasta abrangência da mesma, bem como, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, desenvolvimento do conhecimento, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o alvo e contexto de intervenção, identifica-se a necessidade de incorporar continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialidade em enfermagem.

Para além disso, e ainda por força destas alterações, torna-se necessário definir um regime de compatibilização dos títulos de enfermeiros especialistas até aqui atribuídos pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente quando perante a necessidade de revalidação do título.

Nesta conformidade, nos termos conjugados da alínea c) do n.º 1 do artigo 42.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, após aprovação em Assembleia de Colégio, em 26 de janeiro de 2018, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação apresentou ao Conselho Diretivo, a sua proposta de Regulamento, tendo o mesmo sido aprovado na reunião de 18 de abril de 2018.

Foi ouvido o Conselho de Enfermagem, nos termos e para os efeitos do disposto na alínea a) do artigo 37.º, emitido Parecer pelo Conselho Jurisdicional, em observância dos termos conjugados da alínea h), do n.º 1 do artigo 27.º e da alínea h), do n.º 1 do artigo 32.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, tendo a proposta de Regulamento sido submetida a consulta pública dos membros do respetivo Colégio da Especialidade, nos termos do disposto no artigo 101.º do Código de Procedimento Administrativo.

Assim,

A Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão ordinária no dia 12 de maio de 2018, ao abrigo do disposto nas alíneas f) e o) do artigo 19.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovou o presente Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, tendo-se verificado, em fevereiro de 2019, no dia seguinte ao fim do prazo, a concessão tácita da homologação pelo Ministério da Saúde, nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 42.º, alínea h) do n.º 1 do artigo 27.º, alínea f) do artigo 19.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e no n.º 3 do artigo 17.º da Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, pelo que se procede à respetiva publicação:

Artigo 1.º

Objeto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Artigo 2.º

Âmbito e Finalidade

O perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visam ser o enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3.º

Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4.º

Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

1 — As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação são as seguintes:

- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Artigo 5.º

Norma revogatória

Com a publicação deste documento é revogado o Regulamento n.º 125/2011, aprovado pela Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, publicado na 2.ª série do *Diário da República* de 18 de fevereiro.

Artigo 6.º

Entrada em vigor

O presente regulamento entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação no *Diário da República*.

ANEXO I

Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação

Competência

J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

Descritivo:

Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.	<p>J1.1.1 — Avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco e respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.1.2 — Recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardíaca; respiratória; motora, sensorial e cognitiva; alimentação; eliminação vesical e intestinal; sexualidade.</p> <p>J1.1.3 — Avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as Atividades de Vida Diárias (AVD's) de forma independente.</p> <p>J1.1.4 — Identifica fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa.</p> <p>J1.1.5 — Avalia os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p>J1.1.6 — Avalia o impacto que a alteração da capacidade funcional tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa em todas as fases do ciclo vital, com ênfase na funcionalidade e autonomia.</p> <p>J1.1.7 — Diagnostica precocemente as respostas humanas desadequadas a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.</p> <p>J1.1.8 — Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.</p>

Unidades de competência	Critérios de avaliação
<p>J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p>J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p>	<p>J1.1.9 — Utiliza informação recolhida para definir e hierarquizar as principais prioridades de saúde com vista à consecução do projeto de saúde da pessoa.</p> <p>J1.2.1 — Discute as práticas de risco com a pessoa, concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.2.2 — Discute as alterações da função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade com a pessoa/cuidador e define com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida.</p> <p>J1.2.3 — Concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional: motora, sensorial, cognitiva, cardíaca, respiratória, da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade com vista à consecução de projeto de saúde.</p> <p>J1.2.4 — Seleciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).</p> <p>J1.2.5 — Identifica e gere os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos processos terapêuticos complexos facilitadoras para a transição saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p>J1.2.6 — Promove e dinamiza planos que favorecem os processos de transição/adaptação situacional (saúde/doença e ou incapacidade).</p> <p>J1.2.7 — Mobiliza conhecimentos no domínio de novas técnicas e tecnologias para a gestão, intervenção e avaliação dos processos terapêuticos complexos.</p> <p>J1.2.8 — Desenvolve intervenções técnicas e tecnológicas de alta complexidade em resposta às necessidades identificadas, decorrentes de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.3.1 — Implementa planos de intervenção para a redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.3.2 — Implementa programas de: reeducação funcional cardíaca; reeducação funcional respiratória; reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva; otimização e/ou reeducação da sexualidade; reeducação da função de alimentação e de eliminação (vesical e intestinal).</p> <p>J1.3.3 — Utiliza abordagens ativas na definição de estratégias para implementação de planos de intervenção para a redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.3.4 — Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade).</p> <p>J1.3.5 — Garante a segurança dos programas e planos de reabilitação implementados.</p> <p>J1.4.1 — Monitoriza a implementação e os resultados dos programas de: redução do risco; otimização da função; reeducação funcional; treino.</p> <p>J1.4.2 — Reformula os objetivos, estratégias, programas e projetos com base na variação atingida.</p> <p>J1.4.3 — Introduce elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização dos programas de: redução do risco; otimização da função; reeducação funcional; treino da funcionalidade.</p> <p>J1.4.4 — Usa indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida).</p>

Competência
J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.
Descritivo:

Analisa a problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
<p>J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.</p> <p>J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p>	<p>J2.1.1 — Ensina a pessoa e/ou cuidador técnicas e tecnologias específicas de autocuidado.</p> <p>J2.1.2 — Realiza treinos específicos de AVD's, nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), assim como os treinos inerentes à atividade e exercício físico.</p> <p>J2.1.3 — Ensina e supervisa a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.</p> <p>J2.1.4 — Promove ambientes seguros incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J2.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica.</p> <p>J2.2.2 — Sensibiliza a comunidade para a importância de adoção de práticas inclusivas.</p> <p>J2.2.3 — Apoia a inclusão de pessoas com necessidades de saúde e educativas especiais.</p> <p>J2.2.4 — Identifica barreiras arquitetónicas.</p> <p>J2.2.5 — Orienta para a eliminação das barreiras arquitetónicas no contexto de vida da pessoa e respeito pelas questões ergonómicas.</p> <p>J2.2.6 — Gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório e de alimentação.</p> <p>J2.2.7 — Colabora na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes organizações.</p> <p>J2.2.8 — Emite pareceres técnico-científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade.</p>

Competência
J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.
Descritivo:

Interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal.

Unidades de competência	Críticos de avaliação
J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório.	J3.1.1 — Demonstra conhecimento com base na melhor evidência científica acerca das funções cardíaca, respiratória e motora. J3.1.2 — Na concretização dos programas e planos de reabilitação funções cardíaca, respiratória e motora é tido em conta situações de imprevisibilidade, complexidade e vulnerabilidade. J3.1.3 — Ensina, instrui e treina sobre técnicas e tecnologias (incluindo a atividade e o exercício físico) a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor, cardíaco e respiratório, tendo em conta os objetivos individuais da pessoa e o seu projeto de saúde. J3.1.4 — Concebe sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões, à sua reabilitação, capacitação e à autogestão.
J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.	J3.2.1 — Monitoriza a implementação dos programas concebidos. J3.2.2 — Monitoriza os resultados obtidos em função dos objetivos definidos com a pessoa. J3.2.3 — Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação quando implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório.

12 de maio de 2018. — A Bastonária, *Ana Rita Pedrosa Cavaco*.

312232411

UNIVERSIDADE DOS AÇORES

Reitoria

Despacho n.º 4546/2019

Renovação da comissão de serviço da licenciada Maria Beatriz Cogumbeiro Estrela

Rego no cargo de Diretora do Serviço da Reitoria

Nos termos do disposto no artigo 23.º da Lei n.º 2/2004, de 15 de janeiro, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 51/2005, de 30 de agosto, 64-A/2008, de 31 de dezembro, 3-B/2010, de 28 de abril, 64/2011, de 22 de dezembro, 68/2013, de 29 de agosto e 128/2015, de 3 de setembro, é renovada a comissão de serviço, pelo período de três anos, da licenciada Maria Beatriz Cogumbeiro Estrela Rego, no cargo de Diretora do Serviço da Reitoria da Universidade dos Açores, lugar criado pelo Despacho n.º 11786/2014, de 15 de setembro de 2014, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 182, de 22 de setembro de 2014.

O presente despacho produz efeitos a partir de 21 de junho de 2019, inclusive.

8 de abril de 2019. — O Reitor, *Prof. Doutor João Luís Roque Baptista Gaspar*.

312218123

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Contrato (extrato) n.º 217/2019

Por despacho 11 de fevereiro de 2019 do Reitor da Universidade do Algarve, foi autorizado o contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo certo com o Doutor João Pedro Valadas da Silva Monteiro, na categoria de professor auxiliar convidado, em regime de acumulação a 35 %, para a Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, no período de 11 de fevereiro de 2019 a 10 de fevereiro de 2020, auferindo o vencimento correspondente ao escalão 1, índice 195 da tabela remuneratória dos docentes do ensino superior universitário.

21 de março de 2019. — O Administrador, *António Cabecinha*.
312224774

Contrato (extrato) n.º 218/2019

Por despacho 09 de setembro de 2018 do Reitor da Universidade do Algarve, foi autorizado o contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo certo com o Mestre Juan Pablo Rodrigues Correia, na categoria de assistente convidado, em regime de tempo parcial a 27,5 %, para a Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, no período de 11 de setembro de 2018 a 10 de setembro de 2019, auferindo o vencimento correspondente ao escalão 1, índice 140 da tabela remuneratória dos docentes do ensino superior universitário.

29 de março de 2019. — O Administrador, *António Cabecinha*.
312227203

Contrato (extrato) n.º 219/2019

Por despacho 12 de setembro de 2018 do Reitor da Universidade do Algarve, foi autorizado o contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo certo com a Mestre Vanessa Sofia Duarte Alcântara de Sousa, na categoria de assistente convidada, em regime de tempo parcial a 45 %, para a Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, no período de 01 de setembro de 2018 a 31 de agosto de 2019, auferindo o vencimento correspondente ao escalão 1, índice 140 da tabela remuneratória dos docentes do ensino superior universitário.

8 de abril de 2019. — O Administrador, *António Cabecinha*.

312225527

Contrato (extrato) n.º 220/2019

Por despacho do Reitor da Universidade do Algarve de 11 de julho de 2018, no âmbito do Programa Horizonte 2020, foi autorizado o contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo certo com Sunil Poudel, como estagiário de investigação convidado, em regime de exclusividade, no Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina (DCBM) da Universidade do Algarve, no período de 15 de janeiro de 2019 a 14 de julho de 2020, auferindo o vencimento correspondente ao escalão 1, índice 100 da tabela remuneratória aplicável ao pessoal da carreira de investigação.

11 de abril de 2019. — O Administrador, *António Cabecinha*.

312225981

Contrato (extrato) n.º 221/2019

Por despacho de 19 de fevereiro de 2019 do Reitor da Universidade do Algarve, foi autorizado o contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo certo com a Doutora Sílvia Coelho Ribeiro Fernandes Luís Alves, na categoria de professora auxiliar convidada, em regime de tempo parcial a 25 %, para a Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, no período de 19 de fevereiro de 2019 a 18 de agosto de 2019, auferindo o vencimento correspondente ao escalão 1, índice 195 da tabela remuneratória dos docentes do ensino superior universitário.

12 de abril de 2019. — O Administrador, *António Cabecinha*.

312227277

Declaração de Retificação n.º 391/2019

Por ter saído com inexistência o Contrato (extrato) n.º 175/2019, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 62, de 28 de março de 2019, retifica-se que onde se lê «para a Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade do Algarve» deve ler-se «para a Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve».

3 de abril de 2019. — O Administrador, *António Cabecinha*.

312224911

Edital n.º 650/2019

Por ter saído com inexistência a publicação do Edital n.º 435/2019, no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 61, de 27 de março de 2019, referente à abertura de candidatura do Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, 2.ª Edição, da Escola Superior de

Anexo 2 – Regulamento 140/2019, de 6 de fevereiro

4744

Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019

4 — Os requisitos relativamente aos quais subsistam dúvidas fundamentais nos termos do previsto n.º 4 do artigo 5.º, serão submetidos a uma prova oral e escrita, pessoal e presencial nos termos previstos no presente Regulamento.

Artigo 9.º

Organização

1 — A organização e coordenação da prova de procedimento de controlo linguístico compete ao Conselho de Enfermagem, o qual pode, sempre que se justifique, ser coadjuvado pelos Colégios das Especialidades em Enfermagem.

2 — Nos termos do número anterior, compete ao Conselho de Enfermagem estabelecer as normas orientadoras, matrizes, conteúdos programáticos e critérios de avaliação no âmbito da atribuição do título de Enfermeiro de Cuidados Gerais.

3 — Quando esteja em causa a realização de procedimento de controlo linguístico para atribuição do título de Enfermeiro Especialista, compete ao Conselho de Enfermagem, em colaboração com os Colégios das Especialidades, estabelecer as normas orientadoras, matrizes, conteúdo programático e critérios de avaliação da prova.

4 — A prova será realizada por júri composto por três membros efetivos e três suplentes, indicados pelo Conselho de Enfermagem de entre os seus membros e, os peritos e nomeados pelo Conselho Diretivo, que designa o presidente.

Artigo 10.º

Natureza

1 — A prova é obrigatoriamente constituída por uma componente escrita e uma componente oral, as quais têm natureza técnico-científica, incidindo sobre áreas do conhecimento relevantes para o acesso e exercício da profissão de Enfermeiro em Portugal.

2 — A classificação é de "Apto" e "Não apto", sendo a decisão tomada por maioria.

3 — Serão considerados aptos os requerentes que obtenham aprovação na componente escrita e na componente oral.

4 — Os requerentes que vierem a obter classificação de "não apto", poderão repetir a prova seis meses depois.

Artigo 11.º

Realização da Prova

1 — As provas que integram o procedimento de controlo linguístico terão lugar em data e local a indicar pelo Conselho de Enfermagem através da página oficial da Ordem dos Enfermeiros.

2 — As normas orientadoras, matrizes, conteúdo programático e critérios de avaliação da prova a realizar serão disponibilizados na página oficial da Ordem dos Enfermeiros.

CAPÍTULO IV

Disposições Finais

Artigo 12.º

Casos omissos

As dúvidas e omissões suscitadas pelo presente Regulamento serão apreciadas e decididas pelo Conselho Diretivo, ouvida a Comissão de Atribuição de Títulos e o Conselho de Enfermagem, quando necessário, tendo por base o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, a Diretiva 2005/36/CE, a Lei n.º 9/2009, nas suas redações atuais, o Código do Procedimento Administrativo e a demais legislação aplicável.

Artigo 13.º

Norma revogada

Com a entrada em vigor do presente Regulamento é revogado o Regulamento da Prova de Comunicação Linguística, publicado pelo Regulamento n.º 339/2017, em Diário da República, 2.ª série, n.º 120, de 23 de junho de 2017.

Artigo 14.º

Entrada em vigor

O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte à sua publicação no Diário da República.

18 de janeiro de 2019. — A Bastonária da Ordem dos Enfermeiros,
Ana Rita Pedroso Cavaco.

311997376

Regulamento n.º 140/2019

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Preâmbulo

A entrada em vigor da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro veio introduzir alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que aprova o regime jurídico da criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais.

A mencionada alteração originou um desfasamento entre o Estatuto agora em vigor e regulamentos previamente existentes, em particular quanto à atribuição de títulos bem como aos critérios desenvolvidos para a atribuição de título de enfermeiro especialista.

A necessidade de conformar o atual Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros em vigor, e ainda com a realidade da prestação de cuidados de enfermagem, justificam a alteração agora proposta, através da qual se pretende consolidar e uniformizar procedimentos em vigor, conferindo maior objetividade e transparência aos processos subjacentes.

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros reconhece esta exigência, através da atribuição de título de enfermeiro especialista, em seis especialidades: a) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; b) Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; c) Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; d) Enfermagem de Reabilitação; e) Enfermagem Médico-Cirúrgica; e f) Enfermagem Comunitária.

Neste sentido, enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que visa ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea f) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e que constituem o objeto do presente Regulamento.

As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que aqui se regulam de acordo com as disposições do Estatuto agora em vigor, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, diagnosticar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.

Considera-se o presente projeto de Regulamento dispensado de audiência dos interessados, nos termos do artigo 100.º do CPA, uma vez que as suas disposições não afetam, de modo direto e imediato, direitos ou interesses legalmente protegidos dos cidadãos, uma vez que não é provocada na ordem jurídica qualquer alteração significativa mercedora de tutela ou proteção jurídica.

Assim,

A Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão extraordinária de 18 de janeiro de 2019 ao abrigo do disposto na alínea f) do artigo 19.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, deliberou aprovar o presente Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, apresentado e aprovado pelo Conselho Diretivo em reunião de 21 de novembro de 2018 sob proposta do Conselho de Enfermagem, nos termos do disposto nas alíneas h) e o) do n.º 1 do artigo 27.º, após parecer do Conselho Jurisdicional, em cumprimento do verido na alínea h) do n.º 1 do artigo 32.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, com a seguinte redação:

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

SECÇÃO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objeto

O presente Regulamento define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

Artigo 2.º

Âmbito e finalidade

1 — O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade.

2 — O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e conectar aos cuidados o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados.

3 — A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.

SECÇÃO II

Conceitos

Artigo 3.º

Conceitos

Para efeitos do presente Regulamento e dos demais Regulamentos que estabeleçam as competências específicas dos enfermeiros para cada área de especialidade em enfermagem, entende-se por:

a) “Competências comuns”: são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assistência;

b) “Competências específicas”: são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do tempo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas;

c) “Competência acrescida”: os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento teórico-científico da profissão, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo;

d) “Certificação de competências”: o ato formal que permite reconhecer, validar e certificar o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, nos diversos domínios de intervenção, direcionado a atingir a formação, experiência ou qualificação do enfermeiro numa área diferenciada, avançada e ou especializada, bem como a verificação de outras condições exigidas para o exercício da Enfermagem;

e) “Reconhecimento”: o processo de avaliação e verificação de conformidade, de competências e aprendizagens demonstrativas, aos critérios estabelecidos na Matriz de Reconhecimento das áreas de competência acrescida, conforme anexo ao Regulamento n.º 556/2017, de 17 de outubro;

f) “Domínio de competência”: uma esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados;

g) “Descritivo de competência”: a competência, em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho;

h) “Unidade de competência”: é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função maior ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestido-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo;

i) “Critérios de avaliação”: compreendem a lista integrada dos elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressando as características dos resultados e relacionando-se com o alcance descrito.

CAPÍTULO II

Das Competências

Artigo 4.º

Domínios das competências comuns

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, conforme os anexos I a IV ao presente Regulamento, e que dele fazem parte integrante, são os seguintes:

- Responsabilidade profissional, ética e legal (A);
- Melhoria contínua da qualidade (B);
- Gestão dos cuidados (C);
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

Artigo 5.º

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

1 — As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:

- Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1);
- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Artigo 6.º

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

1 — As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1);
- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2);
- Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo II).

Artigo 7.º

Competências do domínio da gestão dos cuidados

1 — As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

- Gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação no equipo de saúde (C1);
- Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo III).

Artigo 8.º

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

1 — As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são as seguintes:

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1);
- Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica (D2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo IV).

CAPÍTULO III

Da Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista

Artigo 9.º

Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista

A atribuição do título de enfermeiro especialista faz-se nos termos do Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, conjugado com as disposições

específicas dos Regulamentos em vigor para cada uma das Especialidades em Enfermagem, conforme previsto no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

CAPÍTULO IV

Disposições finais

Artigo 10.º

Revogação e entrada em vigor

1 — O presente Regulamento revoga o Regulamento n.º 122/2011, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 35 de 18 de fevereiro, que define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

2 — O presente Regulamento entra em vigor na data seguinte ao da sua publicação no Diário da República.

ANEXO I

A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Competência

A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	A1.1.1 — Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente. A1.1.2 — Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência. A1.1.3 — Participa na construção da tomada de decisão em equipa. A1.1.4 — Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções. A1.1.5 — Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional. A1.1.6 — Integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem. A1.1.7 — Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido.
A1.2 — Lídera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.	A1.2.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade. A1.2.2 — Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão. A1.2.3 — Facilita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão. A1.2.4 — Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.
A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	A1.3.1 — Alinha os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada. A1.3.2 — Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão.

Competência

A2 — Garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos.	A2.1.1 — Assume a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional. A2.1.2 — Assegura o respeito pelo direito dos clientes ao acesso à informação. A2.1.3 — Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional. A2.1.4 — Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade. A2.1.5 — Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. A2.1.6 — Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.
A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	A2.2.1 — Analisa a informação com a finalidade de assegurar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. A2.2.2 — Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco. A2.2.3 — Adota condutas antecipatórias, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. A2.2.4 — Acompanha incidentes de prática insegura para prevenir recorrência.

ANEXO II

B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Competência

B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

Unidades de competência	Críticas de avaliação
B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.	B1.1.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as diretrizes na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.1.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.1.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.
B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade	B1.2.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. B1.2.2 — Agiliza a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. B1.2.3 — Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos de qualidade com outras instituições. B1.2.4 — Coopera na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.

Competência

B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Unidades de competência	Críticas de avaliação
B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas	B2.1.1 — Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2 — Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas. B2.1.3 — Integra auditorias clínicas. B2.1.4 — Analisa os resultados da avaliação efetuada.
B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua	B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3 — Seleciona estratégias de melhoria. B2.2.4 — Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática. B2.2.5 — Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.
B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua	B2.3.1 — Supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2 — Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes.

Competência

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proativamente promovendo a envolvente adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Unidades de competência	Críticas de avaliação
B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.	B3.1.1 — Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
	B3.1.2 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais. B3.1.3 — Assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares. B3.1.4 — Assegura a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes. B3.1.5 — Fomenta a adesão à saúde e segurança ocupacional. B3.1.6 — Incrementa a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos.
B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.	B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros. B3.2.2 — Envolve os colaboradores na gestão do risco. B3.2.3 — Prevê os riscos ambientais. B3.2.4 — Fomenta o recurso a mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa. B3.2.5 — Cooperar na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrências de erro humano. B3.2.6 — Participa na criação de mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco. B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos. B3.2.8 — Coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção. B3.2.9 — Colabora na elaboração de planos de emergência e de catástrofe.

ANEXO III

C — Domínio da gestão dos cuidados

Competência

C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	C1.1.1 — Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa. C1.1.2 — Colabora nas decisões da equipa de saúde. C1.1.3 — Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar. C1.1.4 — Reconhece quando deve "negociar com" ou "referenciar para" outros prestadores de cuidados de saúde.
C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	C1.2.1 — Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar. C1.2.2 — Cria guias orientadores das tarefas a delegar. C1.2.3 — Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar. C1.2.4 — Avalia a execução das tarefas delegadas.

Competência

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	C2.1.1 — Aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados. C2.1.2 — Implementa métodos de organização do trabalho adequados. C2.1.3 — Coordena a equipa de prestação de cuidados. C2.1.4 — Negocia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. C2.1.5 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	C2.2.1 — Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. C2.2.2 — Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática. C2.2.3 — Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.4 — Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às competências. C2.2.5 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

ANEXO IV

D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Competência

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D1.1 — Demonstra consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	D1.1.1 — Optimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2 — Gere as suas idiosincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. D1.1.4 — Conscientiza a influência pessoal na relação profissional.
D1.2 — Gere respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	D1.2.1 — Optimiza a congruência entre auto e heteropercepção. D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 — Atua eficazmente sob pressão. D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

Competência

D2 — Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica

Descritivo

O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 — Gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.
D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica	D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5 — Discute as implicações da investigação. D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Unidades de competência	Críticos de avaliação
D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	D2.3.1 — Possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuam para a prática especializada. D2.3.2 — Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5 — Assegura a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.

18 de janeiro de 2019. — A Bastonária, Ana Rita Pedroso Cavaco.

311997392

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Regulamento n.º 141/2019

No âmbito do Despacho RT.010/2019 de 21 de janeiro, publica-se o Regulamento da Comissão Ética da Universidade do Algarve.

21 de janeiro de 2019. — O Reitor, Paulo Águas.

Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve

Considerando que:

Na prossecução da sua missão, a Universidade do Algarve, enquanto centro de criação, transmissão e difusão da cultura e do conhecimento humanístico, artístico, científico e tecnológico, incumbe fomentar a investigação científica de alto nível e o desenvolvimento experimental;

Os membros da comunidade académica desta Universidade devem pautar a sua atividade em estrita observância de elevados padrões de integridade, de ética e de profissionalismo;

Aos membros da comunidade académica é exigida uma elevada responsabilidade profissional e social;

Com frequência, em determinadas candidaturas a projetos de I&D, carecem de ser validadas metodologias específicas por uma Comissão de Ética;

Em conformidade com o disposto no n.º 7 do artigo do artigo 9.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, as instituições de ensino superior podem definir códigos de boas práticas em matéria pedagógica e de boa governação e gestão.

Nos termos conjugados do disposto na alínea *o*) e *q*) do n.º 1 do artigo 92.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, da alínea *v*) do n.º 1 do artigo 33.º e ouvido o Senado Académico, nos termos do disposto na alínea *a*) do n.º 3 do artigo 38.º dos Estatutos da Universidade do Algarve, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65/2008, publicados no *Diário da República* n.º 246 de 22 de setembro, aprovo o Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve.

Em cumprimento do disposto no n.º 3 do artigo 113.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, o projeto que esteve na génese do presente Regulamento foi objeto de discussão pública, tendo sido para o efeito amplamente divulgado através da sua publicação no *Diário da República* n.º 199 de 16 de outubro de 2018 e no sítio da Internet <https://www.ualg.pt/content/documentos-ualg>, durante o prazo de 30 (trinta) dias, e audição do Senado Académico, em conformidade com o disposto na alínea *a*) do n.º 3 do artigo 38.º dos Estatutos da Universidade do Algarve, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65/2008, publicados no *Diário da República* n.º 246 de 22 de dezembro, findo os quais, foi em definitivo aprovado o Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve.

I — Disposições Gerais

Artigo 1.º

Objeto

O presente regulamento estabelece as regras de composição e funcionamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve, doravante designada por CE-UALG.

Artigo 2.º

Natureza e Atribuições

1 — A CE-UALG é um órgão colegial, multidisciplinar e independente, de natureza consultiva, que tem por missão promover a reflexão e contribuir para a definição de orientações, visando a consolidação de uma política de salvaguarda de princípios éticos, bioéticos e deontológicos nas áreas da investigação científica, do ensino, da interação com a sociedade e no funcionamento geral da Universidade.

2 — A CE-UALG zela pela observância e promoção de padrões de qualidade ética, nomeadamente de integridade e honestidade, bem como dos princípios deontológicos na atividade das unidades que integram a Universidade do Algarve e na conduta dos seus membros nas áreas referidas no número anterior.

II — Composição e Competências

Artigo 3.º

Composição

1 — A CE-UALG é constituída por 7 (sete) a 9 (nove) membros, designados e empossados pelo Reitor, ouvidos os Diretores das Unidades Orgânicas, devendo ser cumprido um critério de interdisciplinaridade.

2 — Dos membros a que se refere o número anterior, 2 (dois) a 3 (três) membros da CE-UALG são personalidades externas à Universidade, de forma a garantir os valores culturais e morais da comunidade, devendo o órgão funcionar com um número ímpar de membros.

3 — A designação de membros internos deve garantir um representante dos estudantes e um trabalhador não docente.

4 — A CE-UALG pode constituir comissões especializadas e solicitar a colaboração de outros técnicos ou peritos, sempre que o considere necessário.

5 — Os membros dos órgãos de direção ou gestão da Universidade não podem fazer parte da CE-UALG.

6 — O Presidente, o Vice-presidente e o Secretário da CE-UALG são eleitos de entre os seus membros.

7 — O Vice-presidente substitui o Presidente nas suas faltas e impedimentos.

Artigo 4.º

Mandato

1 — A duração do mandato dos membros da CE-UALG é de 4 (quatro) anos, a contar da data da sua nomeação, podendo ser renovado uma única vez, por idêntico período, devendo, para o efeito, ser obtida a anuência dos mesmos até 60 (sessenta) dias antes do respetivo termo.

2 — Qualquer membro poderá renunciar ao seu mandato desde que o declare por escrito ao Reitor da Universidade do Algarve, mantendo-se, porém, em funções até à designação do novo membro, mas nunca por período superior a 60 (sessenta) dias.

3 — A renúncia considera-se tácita quando o membro faltar injustificadamente mais do que três vezes consecutivas às reuniões da Comissão.

4 — Os membros da CE-UALG podem ser destituídos pelo Reitor, após audição da própria Comissão, verificando-se situação de justa causa, nomeadamente o incumprimento dos seus deveres.