



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio de Enfermagem de Reabilitação II e Relatório

Benefícios dos Programas de Reabilitação Cardíaca na Qualidade de Vida da Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio: Scoping Review

Ana Rita Tavares Pereira 29515

Outubro 2025



7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Estágio de Enfermagem de Reabilitação II e Relatório

***Benefícios dos Programas de Reabilitação Cardíaca na
Qualidade de Vida da Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio:
Scoping Review***

Ana Rita Tavares Pereira

Relatório elaborado sob orientação:
Professor Doutor Carlos Albuquerque

Outubro 2025

Agradecimentos

À Escola Superior de Saúde de Viseu e seus colaboradores, ao Exmo Professor Doutor Carlos Albuquerque e restantes Professores.

Aos Enfermeiros Tutores em todos os contextos de estágio.

Aos colegas Rita Batista e Carlos Pontinha.

Aos amigos e família, em especial à Beatriz e Luke.

A todos o meu sincero agradecimento pelo acompanhamento, compreensão e carinho.

Resumo

Introdução: A prática clínica da Enfermagem de Reabilitação obriga ao desenvolvimento de competências para a intervenção segura junto da pessoa, promovendo a sua qualidade de vida e funcionalidade. Os estágios são, portanto, uma brilhante oportunidade para consolidar conhecimento e competências associadas à área.

Objetivos: Evidenciar o processo de aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), bem como mapear a evidência científica sobre os benefícios dos programas de Reabilitação Cardíaca (RC) na qualidade de vida da pessoa com enfarte agudo do miocárdio (EAM).

Métodos: O relatório foi estruturado em duas partes. A primeira integra o mapeamento das competências comuns e específicas de Enfermagem de Reabilitação, adquiridas em cada um dos contextos de estágios, bem como as atividades neles desenvolvidas. A segunda parte incorpora a componente da investigação, com o estudo “Benefícios dos Programas de Reabilitação Cardíaca na Qualidade de Vida da Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio”, apresentada sob a forma de uma Scoping Review e conduzida segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute.

Resultados: Os estágios realizados no âmbito do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação foram fundamentais para o desenvolvimento e consolidação de competências essenciais à prática profissional especializada, potenciando, desta forma, uma abordagem integrada e qualificada na prestação de cuidados de enfermagem. A componente de investigação desempenhou um papel determinante no reconhecimento e mapeamento do impacto dos programas de reabilitação cardíaca na qualidade de vida da pessoa com EAM, reforçando a importância do papel do enfermeiro especialista na conceção e implementação destes programas.

Conclusão: O desenvolvimento de novas competências, tanto gerais como específicas, foi evidente ao longo de percurso do estágio, refletindo-se na qualidade e segurança dos cuidados prestados. Por outro lado, as evidências destacadas no estudo enfatizam a necessidade de conceber e implementar intervenções de reabilitação baseadas em evidências científicas, que integrem várias componentes de treino estruturado, progressivo e adaptado às especificidades da pessoa vítima de EAM.

Palavras-chave: Enfermagem; Reabilitação Cardíaca; Enfarte Agudo Miocárdio; Doença Coronária; Qualidade de Vida

Abstract

Introduction: Clinical practice in Rehabilitation Nursing requires the development of skills for safe interventions with patients, promoting their quality of life and functionality. Internships are, therefore, a brilliant opportunity to consolidate knowledge and skills associated with the field.

Objectives: To highlight the process of acquisition, development, and consolidation of the skills of the Rehabilitation Nursing Specialist, as well as to map the scientific evidence on the benefits of a Cardiac Rehabilitation program on the quality of life of patients with Acute Myocardial Infarction.

Methods: The report was structured in two parts. The first integrates the mapping of common and specific Rehabilitation Nursing competencies acquired in each internship context, as well as the activities developed within them. The second part incorporates the research component, with the study “Benefits of Cardiac Rehabilitation Programs on the Quality of Life of People with Acute Myocardial Infarction”, presented in the form of a Scoping Review and conducted according to the methodology of the Joanna Briggs Institute.

Results: The internships completed as part of the Master's in Rehabilitation Nursing curriculum were essential for the development and consolidation of skills essential for specialized professional practice, thus fostering an integrated and qualified approach to the provision of nursing care. The research component played a decisive role in recognizing and mapping the impact of cardiac rehabilitation programs on the Quality of Life of individuals with Acute Myocardial Infarction, reinforcing the importance of the specialist nurse's role in the design and implementation of these programs.

Conclusion: The development of new skills, both general and specific, was evident throughout the internship, reflecting the quality and safety of care provided. Furthermore, the evidence highlighted in the study emphasizes the need to design and implement evidence-based rehabilitation interventions that integrate various components of structured, progressive training tailored to the specific needs of individuals with Acute Myocardial Infarction.

Keywords: Nursing; Cardiac Rehabilitation; Acute Myocardial Infarction; Coronary Heart Disease; Quality of Life

Sumário

| | |
|---|----|
| Lista de Tabelas | |
| Lista de Figuras | |
| Lista de Quadros | |
| Lista de Siglas e Acrónimos | |
| Introdução | 22 |
| Parte I – COMPONENTE DE ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO | 24 |
| 1. Enquadramento dos Contextos de Estágio | 26 |
| 1.1. Estágio em contexto Neurológico-Degenerativo | 28 |
| 1.2. Estágio em contexto Neurológico/Traumático..... | 30 |
| 1.3. Estágio em contexto Orto-traumático/ Reumatológico | 32 |
| 1.4. Estágio em Contexto de Comunidade: Unidade de Cuidados na Comunidade, Unidade de Cuidados Continuados Integrados e Estrutura Residencial para Pessoas Idosas | 34 |
| 2. Análise Reflexiva das Competências Adquiridas | 38 |
| 2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista..... | 38 |
| 2.1.1. Domínio da Responsabilidade profissional, ético e legal | 38 |
| 2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade | 41 |
| 2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados | 44 |
| 2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais | 46 |
| 2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação..... | 47 |
| 2.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. | 48 |
| 2.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania | 52 |
| 2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa | 54 |
| 3. Considerações Finais | 56 |
| PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: “Benefícios dos Programas de Reabilitação Cardíaca na Qualidade de Vida da Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio: Scoping Review” | 58 |
| 1. Introdução | 64 |
| 2. Metodologia | 68 |
| 2.1. Critérios de inclusão..... | 68 |
| 2.2. Métodos e Estratégia de pesquisa..... | 68 |
| 2.3. Seleção dos estudos..... | 70 |
| 3. Resultados | 72 |

| | |
|---|-----|
| 3.1.Extração de dados..... | 73 |
| 3.2.Apresentação e análise crítica dos estudos | 86 |
| 4.Discussão | 88 |
| 5.Conclusão | 96 |
| Conclusão final | 98 |
| Referências Bibliográficas | 100 |
| Apêndice A: Folheto “Paralisia Facial”..... | 112 |
| Apêndice B: Intervenção do EEER na pessoa com disfagia | 113 |
| Apêndice C – Escalas e base para anamnese da pessoa admitida em UCC/ ECCI | 128 |
| Apêndice D – Poster “Drenagem Postural” (ERPI)..... | 130 |
| Apêndice E- Avaliação crítica final da qualidade do corpus do estudo após reunião de consenso dos investigadores | 131 |

Lista de Tabelas

| | | Pág. |
|----------|--------------------------------|-------------|
| Tabela 1 | Estratégia de recolha de dados | 69 |
| Tabela 2 | Descrição das categorias | 87 |

Lista de Figuras

| | Pág. |
|-----------------------------------|------|
| Figura 1 Diagrama PRISMA-ScR flow | 72 |

Lista de Quadros

| | Pág. |
|-------------------------------|------|
| Quadro 1 Extração de dados | 73 |

Lista de Siglas e Acrónimos

| | |
|-------|--|
| ASIA | American Spinal Injury Association |
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| AVD | Atividades de Vida Diária |
| CIPE | Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem |
| DGS | Direção Geral de Saúde |
| EAM | Enfarte Agudo do Miocárdio |
| EEER | Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação |
| ERPI | Estrutura Residencial para Idosos |
| GUSS | Gugging Swallowing Scale |
| HRQoL | Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde |
| OE | Ordem dos Enfermeiros |
| PNSD | Plano Nacional para a Segurança dos Doentes |
| RNCCI | Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados |
| TVM | Traumatismo Vertebro Medular |
| UCC | Unidade de Cuidados na Comunidade |
| UCCI | Unidade de Cuidados Continuados Integrados |
| ULS | Unidade Local de Saúde |

Introdução

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Reabilitação II e Relatório integrado no plano de estudos do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, sob orientação do Professor Doutor Carlos Albuquerque.

Para a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2021) o relatório final de estágio surge como um instrumento essencial na avaliação dos processos de aprendizagem e de aquisição e de desenvolvimento de competências, uma vez que através da sua elaboração se espera que os alunos apresentem uma reflexão crítica, objetiva e contextualizada de todo o trabalho realizado, analisando de forma criteriosa e fundamentada os pormenores e elementos do estágio realizado. A mesma fonte indica que é essencial os futuros Enfermeiros Especialistas, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializada, compreendam as dinâmicas próprias da sua intervenção.

A realização de estágios permite que estas aprendizagens ocorram no contexto da prestação de cuidados, facilitando o processo de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos.

A componente clínica decorreu de 24 de fevereiro a 4 de julho de 2025, em contexto neurológico vascular e degenerativo, neurológico traumático e ortopédico e orto-traumático e reumatológico, cumprindo o plano formativo da OE para a especialidade de Enfermagem de Reabilitação, de acordo com as competências nomeadas em Regulamento, que serão abordadas na primeira parte do relatório. Assim, pretende-se seguir uma metodologia descritiva e reflexiva pela análise do percurso formativo realizado no Estágio II, documentando a aquisição de competências profissionais do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), a consolidação de conhecimentos e a prática de investigação na área.

A segunda parte do relatório integra um estudo de investigação secundário por meio de uma Scoping Review, intitulado “Benefícios dos Programas de Reabilitação Cardíaca na Qualidade de Vida da pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio”. A Direção Geral da Saúde (DGS) refere que, em Portugal, os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) e as doenças coronárias têm sido consideradas problemas graves de saúde pública, com implicações sociais e económicas negativas devido à incapacidade funcional que acarretam e aos custos relacionados com o seu tratamento (DGS, 2017). A mesma fonte reforça que as doenças

cerebrocardiovasculares abrangem um leque de doenças relacionadas com o sistema circulatório, incluindo a Doença Isquémica Cardíaca como EAM e AVC. Estima-se que o AVC afete um português a cada três horas e que o EAM mate cerca de doze pessoas por dia (Pereira et. al, 2024). Desta forma, e perante a problemática exposta, compreende-se que o EAM, como doença cerebrocardiovascular importante, deve ser estudado, em várias valências, tomando a prevenção e promoção da saúde e qualidade de vida relacionada com a saúde (HRQoL) ponto fulcral. Foi neste sentido que me propus a estudar os benefícios dos Programas de RC e suas intervenções multifacetadas e coordenadas, na HRQoL da pessoa com EAM, nos domínios físico, psicológico e social.

Neste contexto, a pesquisa em base de dados, extração de dados, com respetiva análise e discussão permitirá a aquisição de diversas competências na área de investigação, nomeadamente na vertente metodológica e prática, ao longo do desenvolvimento da Scoping Review à frente apresentada. A metodologia adotada segue os pressupostos do Johanna Briggs Institute (JBI) assegurando níveis de evidência e graus de recomendação adequados.

Em suma, salientamos que a metodologia adotada para a construção deste relatório se fundamentou numa análise reflexiva e retrospectiva, apoiada nas experiências vividas ao longo do estágio, em discussões informais, na revisão de literatura relevante e no desenvolvimento de um estudo de suporte a uma prática baseada na evidência científica. Salientamos que uma abordagem crítico-reflexiva é essencial para integrar a teoria e a prática, promovendo uma aprendizagem contínua e adaptativa, contribuindo, desta forma, para a promoção do desenvolvimento profissional e a construção de conhecimentos mais aprofundados a partir da experiência (Oliveira et al., 2023).

Estruturalmente, este relatório encontra-se dividido em duas partes principais. A primeira parte descreve o percurso realizado nos vários contextos de estágio, através da análise e reflexão sobre as experiências vivenciadas e atividades desenvolvidas, integrando uma breve caracterização do contexto de cuidados e a avaliação por competências. Na segunda parte, apresenta-se a componente de investigação, realizada na forma de revisão sistemática e em formato de artigo científico.

O presente relatório foi elaborado segundo o Guia Orientador de Trabalhos Escritos da ESSV (Escola Superior de Saúde de Viseu, 2021).

Parte I – COMPONENTE DE ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

1. Enquadramento dos Contextos de Estágio

O estágio deve ser considerado um elemento central na transição de Enfermeiro para Enfermeiro Especialista, materializando o relatório apresentado, a síntese crítica da organização, estruturação e atividades que compuseram o processo formativo em causa, integrando, necessariamente, numa componente de investigação (OE, 2021).

O relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular de Estágio de Enfermagem de Reabilitação II e relatório incluído no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde de Viseu nas áreas: Neurológico Vascular e Degenerativo, Neurológico/Traumático e Orto-Traumatológico/Reumatológico, com duração total de 408 horas de contacto, distribuídas por cinco contextos de prática:

- Neurológico Vascular e Degenerativo: Serviço de Medicina B da ULS Guarda
- Neurológico/Traumático: Serviço de Neurocirurgia da ULS Viseu- Dão Lafões
- Orto-Traumatológico/Reumatológico: Serviço de Ortopedia da ULS Guarda
- Unidade de Cuidados na Comunidade Guarda-Manteigas da ULS Guarda
- Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Almeida;
- Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) - Residência Sénior Dona Ana.

A partir dos objetivos gerais que regem a Unidade Curricular foram desenvolvidos objetivos específicos para cada contexto, tendo em conta as competências do EEER e as necessidades individuais/ oportunidades esperadas. Neste relatório em específico planeio expor diversas atividades realizadas durante o estágio, que espelhem os objetivos propostos, em convergência com as competências comuns e específicas do EEER.

Os Modelos Teóricos ajudam o enfermeiro a orientar a prática, otimizar cuidados e promover a autonomia da pessoa em processo de recuperação. Neste relatório delimito dois modelos, que considero referenciais importantes, os quais serviram de referência/suporte à minha prática de cuidados no decurso dos estágios.

O conceito de autocuidado integra a Teoria Geral do Autocuidado de Orem, defendendo que toda a pessoa tem potencial para se autocuidar: por possuir habilidades, conhecimentos e experiências ao longo da vida. Quando existem situações em que as exigências do autocuidado

superam a capacidade de o realizar, a pessoa necessita de suporte, nomeadamente pelos profissionais de saúde (Vieira-Marques & Sousa, 2023).

Orem foca aspetos fundamentais para a prática do EEER, com foco na autonomia da pessoa (ensinos e suporte para retomar a funcionalidade), foco no planeamento (o EEER avalia o déficite de autocuidado e desenvolve planos personalizados para recuperar funcionalidade) e foco no empoderamento (munindo a pessoa de conhecimento, encorajando-a a participar ativamente no plano de cuidados).

Estabelecendo, assim, uma relação entre a teoria e sua aplicabilidade ao processo de enfermagem, compreendem-se os diagnósticos/resultados de enfermagem como indicadores de déficits no autocuidado, que apontam para as demandas de autocuidado, definindo necessidades da intervenção de enfermagem (Santos, 2022), nomeadamente do EEER.

Nola Pender enfatiza que a Promoção da Saúde vai além da prevenção de doenças, mas influencia comportamentos com intuito de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa.

Para o EEER, o Modelo de Promoção da Saúde traz implicações no cuidado, ajudando a identificar fatores que influenciam o comportamento da pessoa (como crenças, experiências e suporte social/familiar), focando a prevenção como chave para que a pessoa mantenha hábitos saudáveis que sustentem os ganhos da reabilitação, e considerando aspetos psicológicos, emocionais e sociais que possam vir a afetar a recuperação da pessoa, numa visão holística.

Tal como a Teoria do Autocuidado de Orem, o Modelo de Promoção da Saúde proposto por Pender, pode nortear o processo de enfermagem, com base na identificação de fatores pregressos que tenham influência direta no comportamento de saúde da pessoa. Este Modelo auxilia, portanto, na identificação do modo como as pessoas alteram as suas ações com o intuito de melhorar o bem-estar e hábitos de vida, bem como a si mesmos, ao identificar os fatores prejudiciais de saúde, ao mesmo tempo em que promove ações de prevenção de doenças (Aguiar, 2021).

Assim sendo, a Teoria do Autocuidado de Orem e o Modelo de Promoção da Saúde de Pender são importantes para a prática do EEER, oferecendo bases teóricas que orientam o cuidado centrado na pessoa, promovendo a sua autonomia e bem-estar, pelo que me balizei em ambos no meu percurso formativo e explano neste relatório.

1.1. Estágio em contexto Neurológico-Degenerativo

O estágio decorreu no Serviço de Medicina B, do Hospital Sousa Martins – ULS Guarda no período compreendido entre 24 de fevereiro e 19 de março de 2025, em processo neurológico e degenerativo, com 90 horas de contacto.

O Serviço de Medicina Interna – Setor B localiza-se no piso 1 do Hospital Sousa Martins. A equipa multidisciplinar é constituída por um vasto conjunto de profissionais, das mais variadas categorias, nomeadamente: enfermeiros, médicos, técnicos auxiliares de saúde, técnicos de imagiologia, secretárias de unidade.

A equipa é constituída por dois EEER e os turnos de trabalho são compostos por: sete enfermeiros de cuidados gerais e um enfermeiro gestor na Manhã, cinco enfermeiros de cuidados gerais na Tarde e três enfermeiros de cuidados gerais na Noite. Os EEER prestam cuidados das 08:00h às 16:00h, diariamente, num rácio de um ou dois elementos, e dão apoio a outros serviços durante os fins de semana, nomeadamente: Medicina A e Unidade de AVC.

A admissão da pessoa é feita pelo Serviço de Urgência, pela consulta externa ou através de transferência de outro serviço. A referenciação para iniciar um programa de reabilitação acontece após sinalização da equipa de enfermagem.

O método de trabalho utilizado é o individual, com autonomia no diagnóstico, planeamento e intervenção, com cuidados centrados na pessoa de forma holística, segura e baseada na evidência científica. A colaboração com a equipa é de excelência, em constante comunicação com os restantes elementos de enfermagem, equipa médica e equipa de gestão de altas.

O serviço é composto por quarenta camas distribuídas por enfermarias com capacidade para uma ou quatro camas e dispõe de diverso material de reabilitação para a prestação de cuidados, como: andarilho, monitores, espirómetros de incentivo, pedaleira, bastões, pesos de 0,5kg ou 2kg, acapella e faixas elásticas de elasticidade baixa e média. Tem ainda equipamentos como ventiladores para ventilação não invasiva e respetivos interfaces. No que toca a pessoa com doença neurológica pode constatar que, temporariamente, possuíam um espelho quadriculado e documentos em formato papel para informação ao doente.

No sentido de sistematizar concisamente a informação clínica/ intervenções do EEER e assegurar a continuidade de cuidados utiliza-se o sistema operativo *SClinico* onde se faz registo diário em linguagem parametrizada da Classificação Internacional para a Prática de

Enfermagem (CIPE), melhorando a comunicação e a transmissão de informações entre profissionais, além da padronização de documentação para investigação.

Os diagnósticos clínicos mais comuns são infecções do trato respiratório, insuficiência respiratória global ou parcial, insuficiência cardíaca, lesão renal aguda e desequilíbrios hidroeletrólíticos.

No que concerne a prática do EEER, a primeira abordagem passa por realizar uma anamnese detalhada do doente, consultando o processo clínico, procurando analisar valores analíticos e de valor imagiológico (como radiografias torácicas, tomografias axiais crânio ou torácicas e ressonâncias magnéticas).

No doente neurológico, de forma a compreender alterações presentes, aplicam-se diversas escalas, como a Escala de Coma de Glasgow; a Barnes-Jewish Hospital- Rastreo da Disfagia em Doentes com AVC; Escala de Guss; Escala de Força Muscular da Medical Research Council; e avaliam-se os pares cranianos.

Os focos de enfermagem frequentemente alterados neste serviço são a *ventilação, limpeza das vias aéreas, movimento muscular e intolerância à atividade*. Neste sentido são reforçados ensinamentos e treino em várias áreas, de forma consistente, incluindo orientações à pessoa e, sempre que possível, à família, sobre: controlo ventilatório, tosse dirigida, utilização de inspirómetro, flutter e acapella, inaloterapia, posicionamentos e transferências, exercícios musculares e articulares dos membros, exercícios musculares da face, treino de equilíbrio, andar com ou sem auxiliar de marcha, e posição de descanso e relaxamento. De forma semelhante incluiu-se estratégias de adaptação à sua condição, nomeadamente no que toca a comunicação, através de tabelas de comunicação.

O EEER colabora diariamente neste serviço com a Equipa de Gestão de Altas, oferecendo o seu parecer na referenciação para Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) ou para domicílio com apoio da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), facto que demonstra a importância do EEER na articulação com a restante equipa multidisciplinar e o valor do seu papel junto da pessoa.

1.2. Estágio em contexto Neurológico/Traumático

O estágio decorreu no Serviço de Neurocirurgia, do Hospital São Teotónio - Unidade Local de Saúde (ULS) Viseu Dão Lafões no período compreendido entre 12 e 30 de maio de 2025 em processo neurológico/ neuro-traumático, com 72 horas de contacto.

O Serviço de Neurocirurgia localiza-se no piso 6 do Hospital São Teotónio da ULS Viseu-Dão Lafões. A equipa multidisciplinar é constituída por um vasto conjunto de profissionais, nomeadamente: enfermeiros, médicos, técnicos auxiliares de saúde, técnicos de imagiologia, fisioterapeutas, fisiatra, assistente social.

Os turnos de trabalho são compostos por uma dotação de sete enfermeiros no turno da manhã: enfermeiro chefe, um EEER e cinco enfermeiros de cuidados gerais; no turno da tarde exercem funções três enfermeiros; e no turno da noite dois enfermeiros. Os EEER prestam cuidados das 08:00h às 16:00h diariamente, incluindo fim-de-semana e feriados. O rácio é de um ou dois EEER por turno.

A admissão da pessoa é feita pelo Serviço de Urgência, transferência de outros serviços, nomeadamente da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente ou através da consulta e de forma eletiva para cirurgia programada. A referenciação para iniciar um programa de reabilitação acontece após sinalização da equipa de enfermagem.

O método de trabalho utilizado é o individual, garantindo intervenções contínuas após planeamento, em colaboração com a restante equipa.

O serviço é composto por vinte e quatro camas, das quais quatro são unidades com apenas uma cama (utilizadas preferencialmente para isolamento). De salientar ainda que há uma enfermaria com quatro camas - unidade de cuidados intermédios - estrategicamente localizada junto ao gabinete de enfermagem, reservada a pessoas que requerem monitorização mais atenta.

No que concerne o material de reabilitação para a prestação de cuidados foca-se: bola de bobath, bastões de madeira e espuma, material de reabilitação cognitiva (jogos, leitura, puzzles, entre outros) e motricidade fina (botões, feijões, entre outros recursos), equipamento de ajudas técnicas (meios auxiliares de marcha: andarilhos, canadianas e cadeira de rodas) e ortóteses. De salientar também a existência de um plano inclinado, sendo um instrumento valioso na reabilitação de pessoas com Traumatismo Vertebral Medular (TVM), proporcionando benefícios significativos na adaptação postural e na prevenção de complicações secundárias.

No sentido de sistematizar concisamente a informação clínica/ intervenções do EEER utiliza-se o sistema operativo *Glintt* para registo das intervenções junto da pessoa de modo a assegurar a continuidade de cuidados.

Os diagnósticos clínicos mais comuns no Serviço de Neurocirurgia são doenças do foro neurológico pré-existentes ou diagnosticadas ao momento de internamento: AVC (maioritariamente como antecedente), TCE com lesão primária focal (contusão cerebral, hematoma epidural, subdural), em menor número TVM, tumores cerebrais e da medula espinhal, e patologias da coluna, nomeadamente hérnia discal cervical e lombar, assim como canal lombar estenótico.

A abordagem do EEER neste contexto passa por realizar uma anamnese detalhada da pessoa, analisando recursos imagiológicos como tomografias axiais e ressonâncias magnéticas crânio ou coluna, podendo tomar consciência da apresentação de vários eventos e comparar a evolução dos mesmos.

O EEER dispõe de escalas de apoio e avaliação, assim como protocolos internos e guias de apoio à tomada de decisão. A disponibilização destes recursos na prática da enfermagem de reabilitação é essencial para garantir um cuidado baseado na evidência, seguro e personalizado.

A avaliação neurológica possibilita a identificação precoce de défices motores, cognitivos e sensoriais, de forma a direccionar as intervenções a executar. Assim sendo, o EEER utiliza os instrumentos de avaliação disponíveis, facilitando a recolha de dados, para posterior planeamento e intervenção sistematizada junto da pessoa: *Rancho Los Angeles* e *Montreal Cognitive Assessment*, Escala de Coma de Glasgow, Escala de Força Muscular da *Medical Research Council*, escala *American Spinal Injury Association* (ASIA), Escala de Tinetti, teste de Romberg e equilíbrio unipodal, Escala de GUSS, *Mini-Cog* e *Mini-Mental State Examination*. A utilização de escalas padronizadas na avaliação da pessoa com patologia neurológica é crucial para o EEER garantir uma análise clara, sistemática e comparável do estado clínico da pessoa.

Relativamente aos focos de enfermagem de reabilitação mais alterados denotam-se a *ventilação* (sendo que o *Glintt* denomina “cinesiterapia correção postural”), *movimento muscular*, *readaptação ao esforço*, *levantar-se* e *andar* (equilíbrio corporal e técnica de marcha). Também as alterações motoras e sensoriais, da comunicação e disfagia estão presentes.

As intervenções do EEER baseiam-se na aplicação de programas de reabilitação funcional respiratória: treino de técnicas de descanso, relaxamento e consciencialização da respiração, treino de exercícios de reeducação respiratória, treino de manobras de limpeza das vias aéreas; de programas de reabilitação da funcionalidade motora: mobilizações passivas, ativas assistidas e ativas resistidas, isotónicos, isométricos e auto-mobilizações para alívio de pressão; treino de equilíbrio estático e dinâmico em posição sentada e ortostática, identificando as tendências de lateralizações; treino de marcha com apoio unilateral ou bilateral e com recurso a auxiliar de marcha, corrigindo aspetos potenciadores de desequilíbrio e quedas; treino de destreza manual; estimulação cognitiva: exercícios com estímulos visuais; exercícios de estimulação intelectual, memória, sequenciação e atenção, exercícios de reabilitação proprioceptiva; treino de atividades de vida diária (AVD) e treino de deglutição.

O EEER aborda de igualmente forma a família/ cuidadores de forma a ensinar, instruir e treinar sobre a doença e cuidados ou estratégias de adaptação à mesma.

1.3. Estágio em contexto Orto-traumático/ Reumatológico

O estágio decorreu no Serviço de Ortopedia, do Hospital Sousa Martins - Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG) no período compreendido entre 2 e 19 de junho de 2025, em processo orto-traumático/ reumatológico, com 80 horas de contacto.

O Serviço de Ortopedia localiza-se no piso 1 do Hospital Sousa Martins da ULS Guarda. A equipa multidisciplinar é constituída por um vasto conjunto de profissionais, das mais variadas categorias, nomeadamente: enfermeiros, médicos, técnicos auxiliares de saúde, técnicos de imagiologia, assistente social, nutricionista e administrativas.

Os turnos de trabalho são compostos por: seis enfermeiros na Manhã (três enfermeiros por balcão), quatro enfermeiros na Tarde e dois enfermeiros na Noite. Num total de quatro EEER a exercer funções atualmente no serviço, o rácio habitual é de dois EEER de segunda a sexta-feira e de um EEER em dias de feriado, sábado e domingo. Diariamente prestam cuidados das 08:00h às 16:00h.

A admissão da pessoa é feita pelo Serviço de Urgência, transferência de outros serviços, através da consulta e de forma eletiva para cirurgia programada. A referenciação para iniciar um programa de reabilitação acontece após sinalização da equipa de enfermagem.

O método de trabalho utilizado é o individual, com autonomia nas suas intervenções, em colaboração com a restante equipa, nomeadamente equipa médica com a qual têm reuniões diárias no início do turno.

No que concerne a estrutura física, o serviço é composto por trinta e duas camas distribuídas por quartos duplos, dos quais dois são quartos com apenas uma cama (utilizadas para isolamento, com pressão positiva/ negativa mediante necessidade). O serviço dispõe de diverso material de reabilitação para a prestação de cuidados, como: meios auxiliares de marcha (andarilhos, canadianas e cadeira de rodas), pesos de 1kg ou 2kg, faixas elásticas de elasticidade baixa e média, talas dinâmicas, material de ortótese de coluna e de membros superiores e inferiores, talas extensoras, elevador, material para tração cutânea, equipamento de crioterapia e dois artromotores.

O serviço dispõe, ainda, de diversos protocolos internos, panfletos e guias de apoio à tomada de decisão na reabilitação. Os EEER dinamizam os projetos: Enfermagem Transversal, Programa Terapêutica Ocupacional Multidisciplinar com Benefício na Osteoporose (TOMBO) e o Projeto Habilitar.

No sentido de sistematizar concisamente a informação clínica/ intervenções do EEER utilizei o sistema operativo SClínico onde registei diariamente intervenções junto do doente (em linguagem CIPE parametrizada), de modo a assegurar a continuidade de cuidados.

A primeira abordagem do EEER é realizar a anamnese da pessoa, consulta de antecedentes pessoais e outros dados relevantes, análise de recursos imagiológicos, bem como valores analíticos importantes (como a hemoglobina), podendo tomar consciência como se apresentam vários eventos, compreendendo o mecanismo de lesão, e comparar a evolução determinante dos mesmos, nomeadamente pós intervenção cirúrgica.

Neste sentido, igualmente importante, o EEER está desperto para a capacidade musculoesquelética e cognitiva prévia ao evento, sendo determinante no que, à partida, é possível alcançar com o programa de reabilitação. Outro aspeto valorizado desde a admissão são as condições socioeconómicas e habitacionais do próprio e da sua família, bem como a importância de programar ensinamentos para capacitar a família e/ou cuidador no pós-alta.

No contacto direto com a pessoa, o EEER procura efetuar uma avaliação individual pormenorizada antes de iniciar o programa de reabilitação: exame físico (inspeção, palpação), avaliação dos sinais vitais, salientando a avaliação da dor (tipo, localização, intensidade, duração, irradiação, relação com os movimentos), avaliação da postura, posição dos segmentos

corporais, marcha e inspeção/palpação da pele (edema, temperatura e coloração – vigiando sinais de compromisso neurovascular e alteração sensorial).

Complementando com escalas de avaliação da pessoa com patologia orto-traumatológica, nomeadamente: Escala de Borg, Escala de Tinetti, Escala de Coma de Glasgow, Escala de Força Muscular da *Medical Research Council*, ASIA, Escala teste de Romberg e equilíbrio unipodal, Escala de GUSS e avaliação da amplitude do movimento articular com recurso ao goniómetro.

Os focos de enfermagem mais persistentes são a *ventilação, limpeza das vias aéreas, movimento muscular, levantar-se, equilíbrio e andar com auxiliar de marcha*, sendo estes os diagnósticos com mais necessidade de modificação. As intervenções do EEER passam por aplicar programas de reabilitação funcional respiratória: treino de técnicas de descanso, relaxamento e consciencialização da respiração, treino de exercícios de reeducação respiratória, treino de manobras de limpeza das vias aéreas; programas de reabilitação da funcionalidade motora: mobilizações passivas, ativas assistidas e ativas resistidas, isotónicos, isométricos e auto-mobilizações para alívio de pressão; mobilizações do membro são e fortalecimento muscular; treino de equilíbrio estático e dinâmico à pessoa em posição sentada e ortostática; treino de transferências entre superfícies; treino de marcha com apoio unilateral ou bilateral e com recurso a auxiliar de marcha, corrigindo aspetos potenciadores de desequilíbrio e quedas; treino de AVD e educação para a saúde.

Os EEER do serviço dedicam-se de forma nobre à educação para a saúde com a pessoa, o seu cuidador e/ ou família. Estas sessões abordam a satisfação de necessidades básicas da pessoa, com estratégias compensatórias e enfoque em alterações decorrentes da patologia osteoarticular envolvida, com referências a AVD como: banho, transferência cama-cadeira e vice-versa, posicionamentos no leito, marcha com andarilho em descarga/ carga parcial e apoio bilateral/ unilateral, ajudas técnicas (cadeira de banho, barras, cadeira de rodas e andarilho) e prevenção de quedas.

1.4. Estágio em Contexto de Comunidade: Unidade de Cuidados na Comunidade, Unidade de Cuidados Continuados Integrados e Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

Ainda integrado no plano curricular do Estágio II realizei estágio em contexto de comunidade, com uma duração total de 166 horas, nomeadamente: UCC, UCCI e ERPI. Este contexto de estágio forneceu uma nova perspetiva no que concerne os cuidados da enfermagem

de reabilitação próximos da comunidade, muitas vezes como continuidade dos programas de reabilitação iniciados em contexto hospitalar.

O estágio na UCC Guarda-Manteigas decorreu no período compreendido entre 21 de abril e 08 de maio de 2025 correspondendo a 82 horas de contacto direto. A equipa é constituída por enfermeiros, fisioterapeutas, assistente social e nutricionista. Nesta UCC prestam serviços dois EEER, das 09h às 16 horas de segunda a sexta feira, com alguns turnos até às 20 horas e aos domingos no período da manhã. Apesar disto, os cuidados de enfermagem de reabilitação ao domicílio são realizados duas vezes por semana, às terças e quintas-feiras. O método de trabalho é de trabalho em equipa, uma vez que, quando possível, ambos os EEER se deslocam ao domicílio da pessoa e colaboram na prestação de cuidados. Ao momento do meu estágio eram prestados cuidados de enfermagem de reabilitação a quatro pessoas, com necessidade de um programa de reabilitação funcional respiratória e três programas de reabilitação funcional motora. Todas as intervenções são registadas em plataforma própria da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e *SClinico*.

O estágio na UCCI Almeida decorreu no período compreendido entre 4 e 14 de abril de 2025, com 42 horas de contacto direto. Dando continuidade às valências da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a UCCI de Almeida é considerada Unidade de Longa Duração e Manutenção e tem apenas uma EEER a prestar cuidados de reabilitação. Neste sentido, o seu método de trabalho é individual, com partilha de conhecimento e interajuda com a equipa, exercendo funções numa média de três vezes por semana. A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, médico, fisioterapeuta, assistentes operacionais, assistente social. Na UCCI o EEER intervinha junto de três pessoas, no sentido de executar exercícios musculares passivos e ativos/ ativos-resistidos em pessoas acometidas por AVC; descanulação/ treino de deglutição numa pessoa portadora de traqueotomia; e de forma vincada no treino de AVD: banho, vestir-se, calçar-se, higiene pessoal e alimentar-se. Os registos das intervenções realizadas e avaliação de escalas é feita em plataforma própria contratualizada pela instituição. O EEER atua, portanto, na recuperação da pessoa com episódios agudos pós-alta hospitalar ou numa fase de adaptação a condições crónicas.

O estágio optativo decorreu na ERPI Residência Sénior Dona Ana no período compreendido entre 24 de março a 13 de junho, com 42 horas de contacto direto. Na instituição prestam serviços um médico, enfermeiros (nomeadamente um EEER), fisioterapeuta, assistente social, animadora social. Existindo apenas um EEER a exercer funções, o seu método de trabalho é individual, com partilha de conhecimento e interajuda com a equipa, exercendo

funções numa média de três vezes por semana. As intervenções do EEER são registadas em plataforma própria da instituição e englobam, na sua maioria, programa de reabilitação funcional respiratória e programa de reabilitação motora (mobilização passiva, ativa e resistida), treino de equilíbrio estático e dinâmico à pessoa em posição sentada e ortostática, treino de marcha com apoio unilateral ou bilateral e com recurso a auxiliar de marcha, treino de destreza manual, estimulação cognitiva: exercícios com estímulos visuais; exercícios de estimulação intelectual, memória, sequenciação e atenção, exercícios de reabilitação proprioceptiva.

2. Análise Reflexiva das Competências Adquiridas

O EEER é o profissional de saúde mais preparado para fazer o acompanhamento global à pessoa, com objetivos direcionados à promoção da autonomia e do autocuidado da pessoa e dos seus familiares, contribuindo também para a adaptação à nova condição de saúde e para o aumento da qualidade de vida.

Enquanto enfermeiro especialista, ao EEER, reconhece-se competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, e de quem se espera que, além das competências específicas da sua área, seja possuidor de competências comuns a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Regulamento N° 140/2019, 2019).

A mesma fonte cita que estas 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 e investigação.

Estas competências abrangem quatro domínios, nomeadamente: responsabilidade ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Por outro lado, as competências específicas 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° 140/2019, 2019).

2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

2.1.1. Domínio da Responsabilidade profissional, ético e legal

Neste domínio, é esperado que o EEER, garantindo uma prestação de cuidados justa e equitativa, almejando os melhores cuidados de saúde, tenha uma atitude guiada por princípios legais e éticos, tendo em conta os direitos e deveres que lhe são impostos, sem detrimento ao respeito pela pessoa como ser individual. Tal é corroborado pelo Regulamento n.º 613/2022

(2022), onde o Enfermeiro, (...) “no seu exercício profissional, adota uma conduta responsável, ética e deontológica, atuando com a dignidade e autonomia técnico-científica da profissão” sendo, ainda, “responsável pelas decisões que toma, pelos atos próprios da profissão necessários para o exercício profissional que pratica e pelas tarefas que delega” (p.180).

Do Regulamento Nº 140/2019 de 2019, assentando nas competências:

“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*”. Espera-se que o Enfermeiro Especialista demonstre 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

“A2 - *Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*”. 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.

Partindo deste referencial saliento que, transversalmente a todos os contextos de estágio, procurei seguir esta premissa e cuidar da pessoa como ser individual, com visão holística e com respeito por si e pelos seus ideais/ escolhas. Numa outra dimensão, os cuidados de enfermagem devem ser realizados com total transparência e comunicação, espelhando as vontades e limites da pessoa. Enquanto futura EEER preocupei-me, em todos os momentos, manter uma relação terapêutica segura e colaborativa, sentindo a necessidade de esclarecer dúvidas e solicitar a aceitação e cooperação da pessoa durante os programas de reabilitação.

Segundo o Artigo 99.º do Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, as intervenções de enfermagem devem ser realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana tendo como base a relação profissional, os princípios da igualdade, da liberdade responsável, verdade e justiça, altruísmo e solidariedade, da competência e do aperfeiçoamento profissional. Além do respeito pela dignidade humana e pela qualidade de vida, os enfermeiros devem respeitar os princípios de autonomia, beneficência e não-maleficência, justiça, vulnerabilidade e o consentimento informado (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Ao longo do Estágio fiz por replicar esta atitude, que me parece ser correta e de extrema importância. Seguindo a premissa descrita em Código Deontológico de que a intervenção do

EEER deve ter a preocupação da competência, aperfeiçoamento profissional e consentimento informado, enquanto aluna do 7º Curso de Mestrado sugeri, nos vários contextos de estágio, a aplicação de um questionário de satisfação (validado para a língua portuguesa) com o objetivo de aferir a satisfação da pessoa internada com os cuidados especializados do EEER. Neste sentido, os profissionais poderão ter uma boa visão da percepção da pessoa no que concerne os seus deveres deontológicos em geral.

Nos estágios cumpro as normas deontológicas e leis que regem a profissão, pelas quais me guio na minha prática clínica diária, com responsabilidade pelas decisões e atos que pratico; com obrigação na proteção e defesa da pessoa, aplicando práticas que não contrariem a lei, a ética ou o bem comum; com solidariedade para com a comunidade; e atualização permanente dos meus conhecimentos através de pesquisa contínua em fontes confiáveis (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

No contacto direto com a pessoa, tendo em vista a sua privacidade e respeito, recorri sempre que possível às cortinas presentes nas enfermarias. Contudo, em alguns casos não foi possível, nomeadamente em contexto neurológico degenerativo, visto que o número de camas em alguns quartos era superior ao preconizado. Este constrangimento, que nasceu da necessidade do serviço dar resposta à elevada afluência de pessoas ao serviço de urgência, foi um desafio que tive de ultrapassar.

No que concerne a vontade da pessoa, e gerindo situações potencialmente comprometedoras, escutei as necessidades e os limites de cada um e procurei atendê-los. Uma situação de referência foi a recusa de integrar o programa de reabilitação motora. Em todas as minhas intervenções procurei clarificar detalhadamente à pessoa o que iria ser realizado e os seus benefícios. É, portanto, desejável obter uma resposta positiva para iniciar um programa de reabilitação, dar continuidade e receber a máxima colaboração. Contudo, não havendo aceitação do lado da pessoa, ainda que fosse de extrema importância, respeitei a decisão.

Noutros contextos surgiram alguns momentos, nomeadamente em pós-operatório ortopédico, onde a pessoa tinha receio de realizar o programa de reabilitação, por desconforto e dor nos primeiros dias. Assim, foi crucial tomar uma posição de solidariedade, escuta e adaptar estratégias de facilitadoras, como por exemplo na execução de determinados exercícios.

Nas situações mencionadas prevaleceu a palavra da pessoa, respeitando-a e dando liberdade de escolha, cumprindo o meu dever de esclarecer o benefício do trabalho do EEER.

Em contexto de estágio na comunidade, o domínio em questão teve um papel ainda mais relevante, uma vez que durante as visitas ao domicílio exigiu de mim um ajuste ao seu ambiente e preferências, tendo em conta que o respeito, privacidade e confidencialidade nestes momentos são cruciais para uma boa relação terapêutica e de confiança, produzindo resultados positivos da intervenção do EEER.

2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019), no domínio da melhoria contínua da qualidade, o Enfermeiro Especialista “desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e “garante um ambiente terapêutico e seguro” (p.4747).

Portanto, do Regulamento N.º 140/2019 de 2019, assentando nas competências:

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

“B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.” 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.

“B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.” 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 proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

O Sistema Nacional de Saúde Português promove uma prática de cuidados seguros e efetivos através do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 (Despacho n.º 9390, 2021). Lebre et. al. (2022) refere que o PNSD tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados no sistema de saúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação contínua de práticas seguras em ambientes complexos.

Neste domínio, o enfermeiro especialista procura garantir que o meio em que os cuidados são prestados é adequado a ambas as partes – à pessoa/ famílias e profissionais. Portanto, em contexto de estágio, foi importante procurar saber quais os protocolos de atuação em vigor, consultar procedimentos, instrumentos de avaliação, normas institucionais e plataformas de registos.

No Estágio em serviço de Ortopedia, de forma mais vincada, deparei-me com projetos, protocolos e recursos informativos em constante aplicação e desenvolvimento. Foco, desde já, dois projetos nos quais tive oportunidade de colaborar com os EEER. O Projeto Enfermagem Transversal intervém junto de doentes internados noutros serviços ou que recorrem ao Serviço de Urgência com um evento causador de fratura de vertebrae dorsolombares, com indicação para tratamento conservador. Assim, este projeto tem como objetivos adaptar, ensinar, instruir e treinar a pessoa e a família/cuidador sobre colocação e cuidados com ortótese (tipo Jewett), evitando a necessidade de internamentos, o que contribui para ganhos em saúde, na prevenção de curtos internamentos e redução do tempo de espera em contexto de urgência. No meu estágio participei ativamente neste projeto, deslocando-me ao Serviço de Urgência de forma a adaptar coletes Jewett a pessoas vítimas de queda com fratura.

O programa TOMBO orienta numa vertente de prevenção secundária. Atenta a vigilância, controlo e tratamento após a ocorrência de uma fratura osteoporótica, prevenindo o surgimento de nova fratura. Neste âmbito realizei várias consultas de seguimento, onde apliquei testes como *Timed Up and Go* e *Sit to Stand* e a Escala Medida de Independência Funcional, comparando com resultados anteriores, sublinhando a evolução positiva das pessoas.

Neste local de estágio encontrei múltiplos folhetos informativos que remetem a cuidados pós cirúrgicos na mobilização da anca, joelho e membro superior, bem como reeducação à sexualidade e focados na bexiga neurogénica. No que concerne a reeducação funcional cognitiva/ sensorial e motricidade fina, e tendo em conta os poucos recursos que constatei no serviço, propus a concretização de atividades em tabuleiro de metal (cumprindo normas de precauções básicas de infeção e vias de transmissão, Norma 029/2012 da DGS). Cada uma das atividades foram concretizadas com o intuito de focar a motricidade fina e cognitiva das pessoas (estímulos visuais; exercícios didáticos de estimulação intelectual, memória, sequenciação e atenção; e exercícios de reabilitação propriocetiva). Pela elaboração desta atividade, mais uma vez, pude compreender que a intervenção da enfermagem de reabilitação é importantíssima, não só a nível físico, mas também atuando a nível sensorial, cognitivo e potenciador de autonomia, sendo um pilar na recuperação e manutenção destas pessoas.

Em estágio na área neurológica/vascular, lidando com uma pessoa portadora de paralisia facial central, e por necessidade de melhorar o documento já existente no Serviço de Medicina B, propus-me a efetuar um documento para explicar de forma concisa e dinâmica os exercícios que estes doentes podem executar diariamente e na ausência do EEER. O documento em formato A4, plastificado, e passível de ser entregue ao doente num momento pós-alta, tem indicações precisas e explanatórias de fácil compreensão (Apêndice A).

No sentido de constante atualização de conhecimentos, investindo na formação, colmatando necessidades e aceitando a sugestão dos EEER tutores pela falta de informação sobre o tema no serviço elaborei um documento relativo à “Intervenção do EEER à pessoa com disfagia” (Apêndice B), através de pesquisa em bases de dados de informação científica atualizada e pertinente. Neste documento foquei a deglutição: fases e músculos envolvidos; disfagia: tipos de disfagia, sinais e sintomas, escalas de avaliação, plano de cuidados com respetivos exercícios e manobras compensatórias. Este trabalho encontra-se para consulta a toda a equipa, partilhando conhecimento e almejando a qualidade de cuidados, uma vez que a existência de protocolos, procedimentos de serviço e formação contínua encontra-se diretamente relacionada com a promoção de um ambiente e cultura de segurança.

Em contexto comunitário pareceu-me importante uniformizar a avaliação da pessoa, pelo que realizei uma compilação de escalas que servissem de base para a avaliação funcional e cognitiva num primeiro contacto (como ponte para avaliações seguintes e comparativas da evolução). Ao mesmo tempo reuni dados importantes para o EEER ter em conta ao realizar a anamnese da pessoa, de forma organizada, (Apêndice C), nomeadamente: dados de identificação, antecedentes pessoais, hábitos prévios de atividade física, recurso a auxiliar de marcha, medicação habitual e convivente significativo. Com o término deste estágio não me foi possível utilizar este material, que considero de extrema utilidade e praticidade para os EEER no seu dia a dia.

Na ERPI Residência Sénior Dona Ana, por sugestão do EEER da instituição, e mediante o levantamento de necessidades, uma vez que as infeções respiratórias foram muito frequentes no meu período de estágio, elaborei um poster alusivo à “Drenagem Postural” focando a limpeza das vias aéreas que se vinha a mostrar ineficaz em múltiplas pessoas. Em Apêndice D encontra-se o respetivo poster, que ficou afixado no ginásio da ERPI.

No sentido de um ambiente terapêutico e seguro, a DGS (2017) refere que 70% dos eventos adversos na saúde têm origem em falhas na comunicação, destacando-se a necessidade de intervenção neste domínio, padronizando a comunicação entre profissionais.

Em todos os campos de estágio procurei comunicar corretamente com a equipa multidisciplinar, assistindo aos momentos de passagem de turno, transmitindo informação pertinente à equipa médica, colegas de mestrado e entre enfermeiros tutores, privilegiando a linguagem científica e parametrizada (CIPE).

Com frequência oscilante entre uma reunião semanal e reuniões diárias, pude integrar momentos de passagem de informação entre EEER e equipa médica, que se mostraram de extrema importância para discutir planos pós alta e evolução de programa de reabilitação ativo.

No âmbito da segurança do ambiente, antes de qualquer intervenção, é importante ter em atenção se há condições para a sua realização e executar uma avaliação sistemática antes, durante e após as intervenções do EEER. Em todos os momentos tive atenção à pessoa, ao seu fâcias e preocupei-me em questionar sobre dor, perceção subjetiva de esforço e possíveis sinais de alarme.

Utilizando o EEER inúmeros materiais de apoio ao programa de reabilitação, muitas vezes partilhado entre pessoas, é importante ter em atenção o controlo e prevenção de infeções. Durante os estágios procurei descontaminar o material (nomeadamente andarilhos, canadianas, pesos etc), bem como higiene das mãos nos momentos preconizados, etiqueta respiratória e utilização de equipamento de proteção individual, atendendo à norma 029/2012 da DGS (DGS, 2012) referente às Precauções Básicas para o Controlo de Infeção.

2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

O PNSD 2021-2026 foca a necessidade de serem garantidos ambientes seguros e práticas confiáveis, reforçando a de adequação das equipas, da formação dos profissionais, da organização do trabalho e do uso de ferramentas para garantir processos seguros (Despacho n.º 9390, 2021).

Do Regulamento n.º 140 de 2019, assentando nas competências:

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

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

No que concerne os profissionais de saúde é essencial que esteja assegurado um número adequado de enfermeiros especialistas, com competências diferenciadas, no seio da equipa multidisciplinar.

Segundo o Regulamento n.º 743/2019 do Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem é necessária a alocação, por serviço de internamento, de pelo menos 2 (dois) enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, por cada 15 clientes, calculada adicionalmente, por forma a garantir a prestação diária de cuidados especializados de 12 horas, em todos os dias da semana.

Ao longo do estágio verifiquei que, de forma transversal, o rácio de EEER relativamente ao número de pessoas internadas estava claramente em défice. Ainda assim, de forma muito positiva, denoto uma colaboração eficaz com os restantes elementos da equipa, seja no primeiro levante, deambulação ou cuidados direcionados a um evento pós-cirúrgico/ traumático delicado. Em todos os contextos de estágios a equipa de enfermagem se mostrou desperta aos cuidados do EEER e colaboraram sempre que solicitado, nomeadamente em situações que pretendi intervir junto da pessoa no leito, adiando assim o levante da mesma para cadeirão.

Durante a prática clínica, o baixo rácio de EEER tem implicação direta na qualidade dos cuidados prestados e pode comprometer a segurança dos mesmos. Nos estágios comprovei que todos os EEER se dedicavam afincadamente à implementação de um programa de reabilitação completo e de qualidade. Os ensinamentos, neste sentido, tornaram-se valiosas ferramentas de apoio já que facilitaram o curso do programa, permitindo que as pessoas executem determinados exercícios durante o dia, sem a presença do EEER.

O método de trabalho individual foi o mais denotado ao longo do estágio e a gestão de cuidados foi sempre prioridade, privilegiando o planeamento, coordenação, execução e avaliação das intervenções de forma eficiente e segura, articulada em equipa, desde o início do internamento até ao momento pós-alta, afirmando o EEER numa posição de liderança e de referência no seio das equipas.

De forma inegável comprovei que os EEER acarretam múltiplas tarefas no dia a dia e durante a minha prática tive oportunidade de acompanhar os tutores em momentos de coordenação, participando na organização e gestão de materiais e recursos humanos, colaborando na distribuição dos enfermeiros em cada turno e no pedido de material e terapêutica

(sempre que necessário e na ausência do enfermeiro chefe). Assim, ficou evidente que a função de enfermeiro do EEER como coordenador de turno é exigente, tanto em termos de stresse quanto de desgaste.

Ao longo do estágio procurei ser vetor de segurança, adequando a minha prática, adaptando-me a todas as situações, prestando cuidados otimizados e de qualidade.

2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Conforme é referido no artigo 109º do Código Deontológico deve ser possível “(...) analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Do Regulamento Nº 140/2019 de 2019, assentando nas competências:

“*D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.*” 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.

“*D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.*” 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.

Sendo a área neurológica tão complexa e específica, tive necessidade de pesquisar e cimentar conhecimentos dirigidos, ganhando destreza e capacidades importantes para trabalhar, em colaboração, com a pessoa a meu cargo. Todas as intervenções foram executadas tendo por base o Processo de Enfermagem, baseado na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, atuando numa perspetiva de cuidados centrados no utente e na família, em contacto com a equipa multidisciplinar como um todo.

O EEER é um profissional com autonomia e domínio do conhecimento, que presta cuidados diferenciados, direcionados para a maximização das capacidades da pessoa e respeitando a individualidade da mesma. É neste sentido que pretendi desenvolver a minha prática, com sede de mudança, empoderamento e capacitação pessoal e para com o outro.

Nos estágios existiram momentos em que senti que precisava de esclarecimentos por parte dos EEER tutores, sendo fundamentais para discutir determinadas intervenções ao longo da minha aprendizagem. Procurei ser assertiva nas minhas ações, envolvida no processo de reabilitação da pessoa e proativa na colaboração com as equipas. Acredito que fui capaz de reconhecer as minhas dificuldades e fiz por procurar informação fidedigna, por meio de pesquisa ou entre os meus pares. Desde o início demonstrei motivação e senti-me confiante para manter os programas de reabilitação ativos, evoluindo de forma positiva ao longo dos estágios.

O processo contínuo de procura de conhecimento contribuiu para o desenvolvimento do discernimento crítico, tendo uma base segura para executar as intervenções de cada diagnóstico que considere alterado, almejando alcançar resultados positivos possíveis para a pessoa. Participei ativamente na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, aperfeiçoei competências técnicas, desenvolvi a minha capacidade reflexiva e de relação com o outro.

2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

Como referido previamente, o Regulamento das Competências Específicas do EEER (Regulamento N° 392/2019, 2019), esclarece que o EEER “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas”, sendo um profissional de saúde dotado de um conjunto de competências que visam “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima”.

O EEER deve, assim, procurar estabelecer a sua prática clínica com base em evidência científica, expondo continuamente novas descobertas científicas.

Do Regulamento n.º 392/2019, as seguintes competências específicas do EEER, com as quais deve balizar a sua intervenção:

- 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.

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

No domínio desta competência específica, o Regulamento n.º 392/2019 clarifica que o EEER 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.

Como foi referido ao longo deste documento, o EEER concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.

Com base na Teoria do Autocuidado de Orem, ao longo dos diferentes contextos de estágio, foi-se possível atender a esta competência específica, adequando os cuidados às necessidades individuais das pessoas, das mais variadas faixas etárias. Os cuidados de enfermagem de reabilitação atenderam às etapas do processo de enfermagem baseado nesta teórica, sendo organizados de acordo com a alteração funcional avaliada, dependência e diagnóstico efetuado.

Os cuidados de enfermagem estão organizados em duas dimensões: uma relacionada com a condição do utente, ligada à gestão de sinais e sintomas, e uma dimensão orientada para os processos adaptativos, isto é, a forma como a pessoa irá lidar com a sua condição, seja temporária ou crónica.

Nesse sentido, o Modelo de Promoção de Saúde de Pender foi uma importante base para a minha compreensão dos aspetos que influenciam o comportamento da pessoa, principalmente quando a adaptação e cumprimento do programa de reabilitação estava dificultada por situações de receio e preocupação.

Ao longo do processo formativo integrei e implementei ativamente o plano de cuidados, fortalecendo a confiança em mim mesma e fiz por adotar uma postura assertiva facilitadora de espírito de equipa e relação com o outro, especialmente com a pessoa em causa.

No estágio de Medicina B foquei-me em contexto neurológico, vascular e degenerativo, deparando-me maioritariamente com pessoas acometidas por AVC. A minha intervenção passou por trabalhar intensivamente com a pessoa para manter e, sempre que possível, melhorar a sua funcionalidade motora e cognitiva, promovendo a saúde atendendo ao Modelo de Pender. Neste

contexto apliquei diversas escalas de avaliação (Escala de Força Muscular, Escala de Tinetti, GUSS, avaliação dos pares cranianos) e atuei de acordo com os focos de enfermagem de reabilitação a necessitar de intervenção. Ao doente com AVC diagnostiquei comprometimento do *movimento muscular* onde presei executar mobilizações adequadas e intervim nos diagnósticos *Levantar-se* e *Andar* com treino de verticalização e de marcha com apoio unilateral/ bilateral ou auxiliar de marcha. De igual forma procurei oferecer estratégias de adaptação à sua condição, nomeadamente no que toca a comunicação. Neste sentido tomei conhecimento de tabelas de comunicação (onde constam números, alfabeto, emoções, necessidades) e aferir melhorias consideráveis na afasia de expressão com a utilização das mesmas.

Tendo sido confrontada com uma situação de paralisia facial central tive necessidade de relembrar os exercícios faciais e realizar ensino sobre os mesmos, com recurso ao folheto que executei durante este estágio (mencionado previamente, em Apêndice A). De igual modo presei o suporte familiar e incentivei a envolvimento no processo de adaptação e recuperação.

No estágio do serviço de Neurocirurgia, em contexto neurológico/traumático, deparei-me com pessoas com necessidade de reabilitação funcional respiratória, portadores de traqueotomia, com os quais senti alguma dificuldade. A orientação dos EEER tutores foi imprescindível, transmitindo confiança, observações importantes e novos conhecimentos. Neste sentido, além do programa de reabilitação respiratória pude fazer treino com válvula fonatória e verificar a evolução positiva na tolerância à mesma.

A pessoa portadora de doença neurológica foi, para mim, um desafio muito grande, pela sua complexidade e por apresentar áreas de intervenção com as quais não me sentia tão à vontade e fora do que é a minha prática diária. Compreendi que o conhecimento sobre as diferentes áreas cerebrais permite correlacionar as alterações clínicas com a região afetada, possibilitando uma abordagem mais precisa e individualizada. No decorrer do estágio, essa compreensão tornou-se essencial na avaliação neurológica, pois possibilitou a identificação precoce de défices motores, cognitivos e sensoriais, de forma a direcionar as intervenções a executar.

A ASIA comporta um grande valor prognóstico, definindo com precisão o nível e grau de défice da pessoa com lesão, permitindo adaptar as intervenções às necessidades de cada um e fornecendo aconselhamento quanto às expectativas de recuperação (Roberts, 2016). Esta avaliação mostrou-se um dos grandes desafios do meu estágio, sendo o acompanhamento dos EEER crucial, principalmente na primeira avaliação. O EEER no serviço de Neurocirurgia

realiza um trabalho brilhante no acompanhamento da pessoa, com sensibilidade para aspetos fundamentais no processo de recuperação e qualidade dos cuidados/ de vida das pessoas.

De forma cordial e explicativa solicitei colaboração das pessoas para as avaliações necessárias ao longo do estágio, denotando que é um dos fatores chave para o sucesso de qualquer avaliação e intervenção. A confiança da pessoa é crucial para um comportamento motivado ao longo do programa de reabilitação, pelo que realço mais uma vez o Modelo de Pender como facilitador da intervenção do EEER no processo de recuperação.

A avaliação dos músculos chave e sensibilidade foi muito importante na minha prática diária e procurei desenvolver as minhas capacidades com regularidade. Também me foi possível utilizar o *bladder scanner* num dos casos, sendo a decisão final a de colocar cateter urinário em drenagem livre, pelo que não me foi possível realizar ensinos de auto-algáliação/ esvaziamento intermitente.

A satisfação das atividades de vida diária (AVD) é fundamental e denotei um enfoque muito grande por parte de todos os EEER com vista a devolver a máxima independência à pessoa acometida por doença do foro neurológico-traumático, novamente focando a importância da Teoria do Autocuidado de Orem. A literatura reforça que o EEER pode substituir temporária ou definitivamente a pessoa na realização das AVD e/ou realizar intervenções que potenciam a funcionalidade da pessoa para a realização do autocuidado, transmitindo conhecimentos e treinando capacidades neste processo da pessoa e/ou dos cuidadores formais ou informais, para a realização de um autocuidado autónomo e independente (Teixeira, 2023).

Também em contexto de comunidade dei enfoque à importância de promover autonomia nas AVD e a UCCI foi um dos locais onde pude dedicar-me com intensidade à intervenção nesse sentido.

É nesta linha de pensamento que baseei o meu cuidado diário à pessoa, tanto em contexto hospitalar como domiciliário, procurando seguir a mnemónica: cuidar, capacitar e maximizar, de forma a devolver a máxima capacidade à pessoa, em algo tão básico como as suas AVD.

Em estágio no serviço de Ortopedia, no contexto neurológico/ orto-traumático e reumatológico, de forma semelhante, efetuei o levantamento dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação, dando seguimento ao processo de enfermagem com atenção a Dorothea Orem. Todos os dias, após reunião com equipa médica e assegurada a segurança das intervenções, discuti com as enfermeiras tutoras o plano de cuidados. Desta forma, partilhando

conhecimentos e opiniões, foi-me permitido iniciar de forma quase autónoma programas de reabilitação motora junto da pessoa.

Os diagnósticos de enfermagem de reabilitação dirigiram-se, na sua maioria, para a capacitação da pessoa, para manutenção ou melhoria da capacidade motora, força muscular, equilíbrio, coordenação, propriocepção e função respiratória. Tudo isto, de forma muito clara, indo ao encontro de um dos grandes objetivos da especialidade: alcançar a maximização do seu potencial funcional e promoção da saúde (Modelo de Promoção da Saúde de Pender).

As intervenções *executar técnica de exercitação muscular passiva/ ativa passiva/ resistida* foram sempre ponderadas de acordo com o doente e a sua patologia. Em alguns casos, como os doentes que aguardavam cirurgia, fiz questão de incentivar movimentos ativos e resistidos dos membros sãos (com pesos 1 a 2kg) e isométricos do membro afetado. Em doentes já operados ou com outro tipo de patologia, já a executar marcha, mantive esta linha de intervenção.

Relativamente ao equilíbrio baseei-me na Escala de Tinetti, teste de Romberg e equilíbrio unipodal, bem como a prova índice-nariz e a prova calcanhar-joelho, que se revelou simples de aplicar, permitindo obter informação de alterações de coordenação. Com estes dados pude sinalizar alguns doentes com claro défice de equilíbrio e, conseqüentemente, alto risco de queda. Neste sentido treinei equilíbrio estático e dinâmico à pessoa em posição sentada e ortostática, identificando as tendências de lateralizações.

Partindo deste ponto iniciei treino de marcha diário com apoio unilateral ou bilateral e com recurso a dispositivo auxiliar de marcha. O treino de marcha permitiu corrigir aspetos potenciadores de desequilíbrio e quedas, procurando alertar para a errada sequenciação na marcha, nomeadamente apoio plantar ou a importância de executar apenas carga parcial ou descarga, mediante o acometimento da área ortopédica.

Ao longo do estágio reconheci que a utilização de escalas padronizadas na avaliação da pessoa é crucial para garantir uma análise clara, sistemática e comparável do seu estado clínico.

Todas as intervenções descritas foram de encontro às Teorias de Autocuidado de Orem na recuperação de autonomia, e da Promoção da Saúde de Pender. Qualquer alteração, mesmo que pequena, indica uma evolução positiva após a intervenção do EEER, transformando-o numa pessoa de referência ao exercício para retomar AVD, de forma cada vez mais independente, promovendo saúde física e mental.

2.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

No domínio desta competência específica, o Regulamento n.º 392/2019 clarifica que o EEER 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.

Esta competência aborda os cuidados de enfermagem de reabilitação como vetor de mudança e adaptação da pessoa à sua condição, seja prévia ou atual.

As doenças do sistema nervoso estão associadas a uma elevada mortalidade, mas sobretudo a uma variedade de sequelas cognitivas, comportamentais, motoras, sensitivas e autonómicas, que originam as maiores taxas de incapacidade e uma procura crescente por cuidados de saúde (DGS, 2017). As doenças cerebrovasculares são responsáveis por cerca de 64% do impacto produzido pelas doenças neurológicas, seguindo-se a doença de Alzheimer e outras demências com cerca de 20%. Nos países de maior rendimento é espectável até 2030 uma redução do peso ao nível dos anos de vida perdidos por incapacidade provocados por doenças cerebrovasculares, doenças infecciosas do sistema nervoso central, traumatismo cerebral e medular (Machado et. al, 2022).

Perante os dados supracitados carece de focar que o papel do EEER é, cada vez mais, crucial na recuperação e capacitação da pessoa desse foro, devendo acompanhá-la no ciclo vital, prevenindo outras complicações e colmatando o máximo possível limitações resultantes da doença. Ao longo dos estágios privilegiei a capacitação da pessoa para a suas necessidades e, de adaptação às AVD no que concerne os autocuidados, bem como a integração na comunidade.

Antes de iniciar qualquer programa de reabilitação procurei compreender a capacidade musculoesquelética e cognitiva do doente prévia ao evento, sendo determinante no que, à partida, é possível alcançar com o programa de reabilitação. Outro aspeto a valorizar desde a admissão do doente são as condições socioeconómicas e habitacionais do próprio e da sua família. É crucial identificar o familiar ou cuidador de referência e trabalhar, não apenas com o doente, mas integrando-os de forma semelhante no programa. Neste sentido pude compreender a importância de programar ensinamentos para capacitar, também, a família e/ou cuidador no pós-alta e, eventualmente, sugerir formas para colmatar algumas limitações estruturais no domicílio.

Nesta área fui capaz de ver a pessoa como um todo e detetar aspetos limitadores ou facilitadores para o seu progresso, tomando por base as premissas de Nola Pender.

Com a pessoa vítima de AVC ou TVM, por exemplo, trabalhei com os enfermeiros tutores no sentido de recuperar funcionalidade e facilitar, principalmente, os autocuidados e AVD.

Em contexto de ortopedia esta ação passou, de forma geral, por recuperar funcionalidade motora pós cirurgia: adaptação no “andar” com ou sem auxiliar de marcha, em superfície plana, aclives e declives, no subir e descer escadas, levantar e deitar na cama, levantar e sentar na cadeira etc.

Por outro lado, tive contacto com algumas pessoas portadoras de limitações prévias. A título de exemplo: uma senhora com alterações morfológicas a nível da mão direita resultantes de queimadura grave. Uma vez submetida a cavilha do fémur direito foi necessário encontrar estratégias para que conseguisse andar com recurso a auxiliar de marcha, tendo a desvantagem de não conseguir executar garra com a mão direita. Após tentativa com andariço, com pouco sucesso, percebeu-se que o tripé seria a melhor opção. Para mim foi um desafio adaptar-me a cada situação, conseguindo adequar estratégias, num programa de reabilitação verdadeiramente personalizado.

Em várias situações viu-se como benéfico a referenciação para a RNCCI para manter reabilitação antes de regressar ao domicílio. Nas restantes, em alguns casos com apoio de rede UCC, foram efetuadas marcações (dia/hora) para uma sessão de educação para a saúde com o cuidador/família. Tive oportunidade de assistir a uma dessas sessões, dirigida ao marido e filho de uma senhora idosa, com fratura maleolar e tala gessada, onde a EEER tutora fez referência a AVD como o banho, transferência cama-cadeira e vice-versa, posicionamentos no leito, marcha com andariço em descarga e apoio bilateral, ajudas técnicas (cadeira de banho, barras, cadeira de rodas e andariço) e prevenção de quedas.

Uma vez em ECCI, UCCI ou ERPI a pessoa mantém-se num ótimo caminho para continuar o seu programa de reabilitação. Ao longo do estágio nestes contextos pude colaborar com os EEER no sentido de devolver o máximo potencial funcional a todas as pessoas, alertando e adaptando estratégias adaptativas como produtos de apoio e ajudas técnicas que facilitem a reintegração na comunidade e qualidade nas interações socioculturais.

2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

No domínio desta competência específica, o Regulamento n.º 392/2019 clarifica que o EEER 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.

O mesmo Regulamento refere que o EEER se baseia na melhor evidência científica, tendo em conta situações de imprevisibilidade, complexidade e vulnerabilidade; ensina, instrui e treina técnicas e tecnologias a utilizar para melhorar o desempenho a nível respiratório, e concebe as sessões de treino com vista à promoção da saúde, prevenção de lesões, à sua reabilitação, capacitação e autogestão (Regulamento N° 392/2019, 2019). Portanto, ao longo da sua implementação, o EEER monitoriza a sua aplicação e os resultados obtidos em função dos objetivos definidos com a pessoa.

Ao longo dos estágios, em contexto hospitalar e de comunidade, procurei cumprir o treino de exercício que a OE (2018) indica: contrariando a tendência para o sedentarismo, na tentativa de evitar a dispneia ao esforço levando a descondição muscular, constituído por componente de treino aeróbio, treino de força muscular, treino dos músculos respiratórios, treino de equilíbrio e alongamentos.

Os diagnósticos de enfermagem de reabilitação durante os estágios dirigiram-se, na sua maioria, para a capacitação da pessoa, para manutenção ou melhoria da capacidade motora, força muscular, equilíbrio, coordenação, propriocepção e função respiratória. Tudo isto, de forma muito clara, indo ao encontro de um dos grandes objetivos da especialidade: alcançar a maximização do potencial funcional.

As alterações mais persistentes em todos os contextos de estágios foram na *ventilação, limpeza das vias aéreas, movimento muscular, levantar-se, equilíbrio e andar com auxiliar de marcha*, sendo os focos com mais necessidade de modificação.

De uma forma geral, neste contexto neurológico, tive de aplicar conhecimentos que, a meu ver, são transversais a qualquer pessoa e qualquer diagnóstico, nomeadamente a Reabilitação Funcional Respiratória.

Em contexto ortopédico abordei a pessoa imobilizada, maioritariamente com tração a aguardar cirurgia, pela importância de mobilização e prevenção de estase de secreções e futuras

infecções respiratórias. Por outro lado, fui-me deparando com algumas pessoas já diagnosticadas com patologia respiratória e/ou cardíaca e, complementando o seu programa de reabilitação neurológica/ ortopédica, prezei dar atenção às suas necessidades como um todo.

No que concerne a UCC além das intervenções já mencionadas, pretende-se maximizar a capacidade da pessoa executar AVD, no seu domicílio, de forma praticamente autónoma. É neste sentido que a educação para a saúde se demonstra chave e o acompanhamento na adaptação à reinserção na sociedade é mais notado.

Em contexto de ERPI, a maximização da funcionalidade passou pela manutenção e prevenção do que é o declínio físico e cognitivo que advém da idade. À população idosa procurei oferecer programas de exercício adequados e que possam ser executados sem a presença do EEER, bem como estimular intensivamente a cognição, memória, sequenciação, e motricidade fina.

A maximização da funcionalidade é um dos grandes objetivos da especialidade e em todos os contextos, em todo o ciclo vital da pessoa, o EEER tem um papel notório ao avaliar, personalizar e proporcionar programas especializados e personalizados às necessidades de cada um, com qualidade de vida e autonomia.

3. Considerações Finais

A primeira parte deste relatório teve como objetivo primordial refletir sobre o percurso realizado durante o estágio da área neurológica, vascular, degenerativa, ortopédica, traumática e reumatológica. Com este relatório consegui efetuar uma análise do mesmo e expor de forma sistematizada as atividades/objetivos desenvolvidos e alcançados fazendo um paralelismo entre as competências comuns e específicas do EEER e a realidade encontrada no campo de estágio.

Este percurso foi pautado por aprendizagens e desafios, que se revelaram determinantes na minha construção enquanto futura EEER, com competências diferenciadas nesta área da reabilitação ao cuidado da pessoa deste foro. Sendo uma área tão específica, obrigou-me a pesquisar e cimentar conhecimentos dirigidos, ganhando destreza.

Estes cuidados foram aplicados tendo por base o processo de enfermagem à pessoa em contexto de internamento e domiciliário, atuando numa perspetiva de cuidados centrados no doente e na família, em colaboração com a equipa multidisciplinar como um todo, balizados pela Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender.

Ao longo do estágio procurei trabalhar com o indivíduo, família, grupo e comunidade dentro de uma abordagem holística, promovendo a adaptação da pessoa, contribuindo para a sua saúde e qualidade de vida. É neste sentido que pretendo desenvolver a minha prática para o futuro como EEER, e os estágios foram uma brilhante experiência no meu processo formativo, na capacidade de decisão, no desenvolvimento de uma atitude proativa, de curiosidade e empatia, almejando a capacitação e empoderamento do outro.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: “Benefícios dos Programas de Reabilitação Cardíaca na Qualidade de Vida da Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio: Scoping Review”

Resumo

Introdução: As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte na União Europeia. O Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) é associado a elevadas taxas de morbidade e mortalidade. A Reabilitação Cardíaca (RC) engloba intervenções coordenadas para otimizar a reabilitação da pessoa com EAM nos domínios físico, psicológico e social, com vista a melhorar a qualidade de vida relacionada com a saúde (HRQoL).

Objetivos: Mapear a evidência científica sobre os Benefícios dos Programas de RC na HRQoL da Pessoa com EAM.

Métodos: Scoping Review de acordo com o PRISMA-ScR e a mnemónica PCC. Pesquisa realizada nas bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE, PubMed e B-On. Considerados estudos de 2020-2025, pesquisa até 29 de abril 2025. Os estudos identificados foram organizados no Rayyan®. A relevância dos artigos foi analisada por dois grupos de revisores, discordâncias esclarecidas por um terceiro revisor.

Resultados: Incluídos vinte artigos, com três categorias emergentes após análise: efeitos da RC na HRQoL da pessoa com EAM; telerreabilitação/ RC *home-based* na HRQoL da pessoa com EAM; idade e género como preditores de HRQoL na pessoa com EAM. A evidência inferiu o impacto da RC na HRQoL da pessoa com EAM: tolerância ao exercício físico, modificação de estilos de vida, educação para fatores de risco cardiovasculares e terapêutica, visão positiva dos domínios físicos, mental e social, com redução da ansiedade, stress e reinternamentos, bem como acompanhamento no regresso à atividade laboral.

Conclusões: A RC tem um impacto positivo na HRQoL da pessoa com EAM nos domínios físico, psicológico e social, sendo a prevenção e promoção da saúde ponto fulcral, tanto em ambiente hospitalar como domiciliário. A abordagem global dos programas de RC à pessoa com EAM remete a um bom prognóstico de saúde, pela implementação de intervenções personalizadas, que se refletem em qualidade de vida no ciclo de vida da pessoa.

Palavras-chave: Enfermagem; Reabilitação Cardíaca; Enfarte Agudo Miocárdio; Doença Coronária; Qualidade Vida

Abstract.

Introduction: Cardiovascular diseases are the leading cause of death in the European Union. Acute myocardial infarction (AMI) is associated with high morbidity and mortality rates. Cardiac rehabilitation (CR) encompasses coordinated interventions to optimize the rehabilitation of individuals with AMI in the physical, psychological, and social domains, aiming to improve health-related quality of life (HRQoL).

Objectives: To map the scientific evidence on the benefits of CR programs on HRQoL in individuals with AMI.

Methods: Scoping review according to PRISMA-ScR and the PCC mnemonic. The search was conducted in the CINAHL Complete, MEDLINE, PubMed, and B-On databases. Studies from 2020 to 2025 were considered, with the search up to April 29, 2025. The identified studies were organized in Rayyan®. The relevance of the articles was analyzed by two groups of reviewers, and disagreements were clarified by a third reviewer.

Results: Twenty articles were included, emerging in three categories: the effects of CR on the HRQoL of individuals with AMI; telerehabilitation/home-based CR on the HRQoL of individuals with AMI; and age and gender as predictors of HRQoL in individuals with AMI. The evidence inferred the impact of CR (traditional/home-based) on the HRQoL of individuals with AMI: exercise tolerance, lifestyle modification, education on cardiovascular risk factors and therapy, a positive outlook on physical, mental, and social domains, with reduced anxiety, stress, and readmissions, as well as support during return to work.

Conclusions: CR has a positive impact on the HRQoL of individuals with AMI in the physical, psychological, and social domains, with prevention and health promotion being a key focus, both in the hospital and at home. The comprehensive approach of CR programs for people with AMI leads to a good health prognosis through the implementation of personalized interventions, which are reflected in quality of life throughout the individual's life cycle.

Keywords: Nursing; Cardiac Rehabilitation; Acute Myocardial Infarction; Coronary Heart Disease; Quality of Life

1. Introdução

As Doenças Cardiovasculares são a principal causa de morte na União Europeia e em Portugal têm sido consideradas problemas de saúde pública com implicações negativas a nível social e económico, relacionado com a incapacidade funcional que carregam e aos custos relacionados com o tratamento (DGS, 2017).

As doenças cerebrocardiovasculares como o EAM e AVC estão entre as doenças com maior taxa de mortalidade no país. Estima-se que o AVC afete um português a cada três horas e que o EAM seja responsável por cerca de doze mortes diárias (Pereira et. al., 2024).

Desta forma, compreende-se que o EAM, como doença cerebrocardiovascular importante, deve ser estudado, em várias valências, tomando a prevenção e promoção da saúde e a HRQoL ponto fulcral.

Para Ribeiro (2020) embora haja uma baixa incidência de AVC pós-EAM, este está associado a aumento da morbimortalidade e, além disso, o risco da sua ocorrência parece persistir por um longo período de tempo.

Segundo Novo et al. (2020) a patologia cardíaca, numa ampla conceitualização, corresponde a toda e qualquer anomalia num dos três sistemas funcionais do coração, nomeadamente sistema vascular, sistema elétrico e sistema muscular.

Para Martins et. al. (2021) as doenças do foro cardíaco devem-se essencialmente a fenómenos ateroscleróticos sistémicos, que têm início numa fase precoce da vida e que progridem silenciosamente durante anos, surgindo as primeiras manifestações clínicas já em fases avançadas da doença. Estas doenças são de caráter crónico, que surgem em consequência de estilos de vida não saudáveis e de fatores de risco modificáveis.

O termo EAM deve ser aplicado em casos de lesão miocárdica aguda com características clínicas de isquémia e necrose celular miocárdica confirmada bioquimicamente (Thygesen, 2018). O mesmo autor refere que os sintomas clínicos iniciais de um EAM geralmente incluem dor ou desconforto no peito, podendo irradiar para o membro superior (habitualmente o esquerdo), mandíbula ou epigástrico, ocorrendo durante o esforço ou em repouso. Sintomas adicionais incluem sudorese abundante, dispneia e fadiga, no entanto cerca de 20% dos EAM são indolores (Fadah, 2022).

O EAM com elevação de ST é uma das principais apresentações clínicas da cardiopatia isquêmica (Alves, 2020). De igual forma, o EAM sem elevação de ST é associado a taxas de morbidade e mortalidade mais altas do que as outras síndromas coronárias agudas (Carvalho, 2016), sendo ambos o foco primário neste estudo.

A RC foi definida, em 1964, pela Organização Mundial de Saúde como um “conjunto de atividades necessárias para fornecer ao doente com cardiopatia uma condição física, mental e social tão elevada quanto possível, que lhe permita retomar o seu lugar na vida da comunidade, pelos seus próprios meios e de uma forma tão normal quanto possível” (Vasco, 2018).

Os programas de RC englobam intervenções multifacetadas e coordenadas com a finalidade de otimizar a reabilitação da pessoa com doença cardíaca nos domínios físico, psicológico e social, com vista a melhorar a sua qualidade de vida relacionada à saúde (HRQoL) (Martins et.al, 2021).

O *Mandatory Criteria for Cardiac Rehabilitation Program- 2018* Guidelines da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (Abreu, et.al, 2018) torna claro que o EEER tem preparação e competências para produzir mudanças, definindo critérios mandatários para a RC com base no conhecimento e na evidência científica atual.

O Colégio Americano de Cardiologia e a Associação Americana do Coração recomendam iniciar a RC precocemente após a função circulatória estável (Levine, 2016). O cuidado de RC através da avaliação detalhada da função cardíaca do paciente, nível físico e estado psicológico, desenvolve um programa de reabilitação personalizado para garantir a pertinência e eficácia do tratamento (Guo, 2023).

Além disso, por meio de apoio psicológico e terapia cognitivo-comportamental, a reabilitação e o tratamento cardíaco podem ajudar as pessoas a lidar com problemas emocionais e reduzir os sintomas de depressão e ansiedade.

A enfermagem participa de inúmeros papéis na equipa multidisciplinar incluída num programa de reabilitação, sendo o EEER responsável pelas sessões de exercício físico, bem como a sua monitorização. De forma semelhante, tem uma intervenção complementar na prescrição de exercício físico, controlo de fatores de risco, educação, intervenção social e psicológica, intervenção nutricional, na cessação tabágica e no seguimento da pessoa.

Abreu (2018) reforça que promover estilos de vida saudáveis, adesão à terapêutica farmacológica e a autonomia da pessoa no tratamento pode colmatar em adesão a longo termo

à RC e o sucesso do programa. Finalmente, programas de RC *home-based* para doentes de baixo risco permitirá superar vários problemas, se introduzido cuidadosamente e apropriadamente.

Os objetivos das intervenções dos EEER são sempre direcionados à promoção da autonomia e do autocuidado da pessoa e dos seus familiares, contribuindo também para a adaptação à nova condição de saúde e para o aumento da qualidade de vida.

Nesse sentido, a realização desta Scoping Review surge da necessidade de elencar a importância crescente da RC em várias fases da doença cardiovascular, especialmente o EAM, visto ser uma condição marcada em todos os contextos de estágio, como diagnóstico primário ou antecedente pessoal de relevância. Assim, proponho-me a mapear os benefícios dos programas de RC na pessoa acometida por EAM no que concerne a sua qualidade de vida, fase aguda e pós alta, em contexto hospitalar e/ou domiciliário.

2. Metodologia

A presente scoping review foi realizada de acordo com recomendações da metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI; Peters et al., 2020) e de acordo com Preferred Reporting Items for Systematic Reviews - Scoping Reviews (PRISMA-ScR). A opção pela scoping review assenta no seu principal objetivo: mapear as evidências subjacentes a um determinado foco de investigação, identificando lacunas e constituindo um esforço preliminar que justifique a realização de uma revisão sistemática da literatura.

Para a elaboração de uma scoping review é necessário definir os critérios de elegibilidade com base na população, conceito e contexto (PCC), de acordo com a metodologia proposta pelo JBI (Peters et al., 2020). Para este estudo, definiu-se a seguinte questão de investigação: “quais os benefícios dos programas de reabilitação cardíaca na qualidade de vida da pessoa com enfarte agudo do miocárdio?”. Foi efetuado o registo do estudo na Open Science Framework, intitulado "Benefícios dos Programas de Reabilitação Cardíaca na Qualidade de Vida da Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio: Scoping Review”, disponível em <https://osf.io/465g7/>.

2.1. Critérios de inclusão

De acordo com a metodologia proposta pelo JBI foram definidos critérios de inclusão a partir da mnemónica PCC: Participantes, Conceito, Contexto. Assim, relativamente aos participantes (P): pessoas adultas diagnosticadas com EAM. No que concerne ao conceito (C): benefícios dos programas de RC na HRQoL. Quanto ao contexto (C): hospitalar ou domiciliário. Quanto ao idioma optou-se por artigos que estivessem escritos em português e inglês, definindo-se um limite temporal se enquadrasse nos últimos cinco anos (2020-2025).

2.2. Métodos e Estratégia de pesquisa

No que concerne à estratégia da recolha de dados, pesquisa e identificação dos estudos, foram utilizadas as bases de dados eletrónicas CINAHL Complete (via EBSCOhost), MEDLINE, PubMed e B-On. A estratégia de pesquisa (Tabela 1) foi efetuada com recurso aos descritores científicos do MeSH; DeCS e CINAHL headings e ao operador booleano AND e OR.

Tabela 1 - Estratégia de recolha de dados

| Estratégia | Base de Dados |
|---|--|
| <p>SU ("nursing research" OR "cardiac rehabilitation" OR "cardiovascular rehabilitation" OR "heart rehabilitation") OR TI ("nursing research" OR "cardiac rehabilitation" OR "cardiovascular rehabilitation" OR "heart rehabilitation") OR SU ("nursing research" OR "cardiac rehabilitation" OR "cardiovascular rehabilitation" OR "heart rehabilitation")) AND (SU ("myocardial infarction" OR "cardiovascular stroke" OR "heart attack" OR "myocardial infarct" OR "acute myocardia" OR "acute myocardia infarction" OR "acute myocardiac" OR "acute myocardiac infarction" OR "acute myocardial") OR TI ("myocardial infarction" OR "cardiovascular stroke" OR "heart attack" OR "myocardial infarct" OR "acute myocardia" OR "acute myocardia infarction" OR "acute myocardiac" OR "acute myocardiac infarction" OR "acute myocardial") OR SU ("myocardial infarction" OR "cardiovascular stroke" OR "heart attack" OR "myocardial infarct" OR "acute myocardia" OR "acute myocardia infarction" OR "acute myocardiac" OR "acute myocardiac infarction" OR "acute myocardial")) AND (SU ("quality of life" OR "life quality") OR TI ("quality of life" OR "life quality") OR SU ("quality of life" OR "life quality"))</p> | <p>CINAHL Complete (via EBSCOhost)</p> |
| <p>SU ("nursing research" OR "cardiac rehabilitation" OR "cardiovascular rehabilitation" OR "heart rehabilitation") OR TI ("nursing research" OR "cardiac rehabilitation" OR "cardiovascular rehabilitation" OR "heart rehabilitation") OR SU ("nursing research" OR "cardiac rehabilitation" OR "cardiovascular rehabilitation" OR "heart rehabilitation")) AND (SU ("myocardial infarction" OR "cardiovascular stroke" OR "heart attack" OR "myocardial infarct" OR "acute myocardia" OR "acute myocardia infarction" OR "acute myocardiac" OR "acute myocardiac infarction" OR "acute myocardial") OR TI ("myocardial infarction" OR "cardiovascular stroke" OR "heart attack" OR "myocardial infarct" OR "acute myocardia" OR "acute myocardia infarction" OR "acute myocardiac" OR "acute myocardiac infarction" OR "acute myocardial") OR SU ("myocardial infarction" OR "cardiovascular stroke" OR "heart attack" OR "myocardial infarct" OR "acute myocardia" OR "acute myocardia infarction" OR "acute myocardiac" OR "acute myocardiac infarction" OR "acute myocardial")) AND (SU ("quality of life" OR "life quality") OR TI ("quality of life" OR "life quality") OR SU ("quality of life" OR "life quality"))</p> | <p>MEDLINE</p> |
| <p>("nursing research" OR "cardiac rehabilitation" OR "cardiovascular rehabilitation" OR "heart rehabilitation") AND ("myocardial infarction" OR "cardiovascular stroke" OR "heart attack" OR "myocardial infarct" OR "acute myocardia" OR "acute myocardia infarction" OR "acute myocardiac" OR "acute myocardiac infarction" OR "acute myocardial") AND ("quality of life" OR "life quality")</p> | <p>B-On</p> |
| <p>("nursing research"[MeSH Terms] OR "rehabilitation nursing" [Title/Abstract] OR ("cardiac rehabilitation"[MeSH Terms] OR "cardiac rehabilitation"[Title/Abstract] OR "cardiovascular rehabilitation" [Title/Abstract] OR "heart rehabilitation"[Title/Abstract])) AND ("myocardial infarction"[MeSH Terms] OR "myocardial infarction" [Title/Abstract] OR "cardiovascular stroke"[Title/Abstract] OR "heart attack"[Title/Abstract] OR "myocardial infarct"[Title/Abstract] OR "acute myocardia"[Title/Abstract] OR "acute myocardia infarction"[Title/Abstract] OR "acute myocardiac"[Title/Abstract] OR "acute myocardiac infarction" [Title/Abstract] OR "acute myocardial"[Title/Abstract]) AND ("quality of life"[MeSH Terms] OR "quality of life"[Title/Abstract] OR "life quality" [Title/Abstract])</p> | <p>PubMed</p> |

2.3. Seleção dos estudos

A pesquisa decorreu a 29 de abril de 2025 sendo incluídos os artigos disponíveis desde 01 de Janeiro de 2020 até à data (2020-2025). Todos os artigos identificados foram trabalhados na plataforma Rayyan ®.

A pertinência dos artigos pesquisados foi analisada por dois grupos de revisores independentes. Discordâncias entre os dois grupos de revisores foram esclarecidas, por um terceiro revisor.

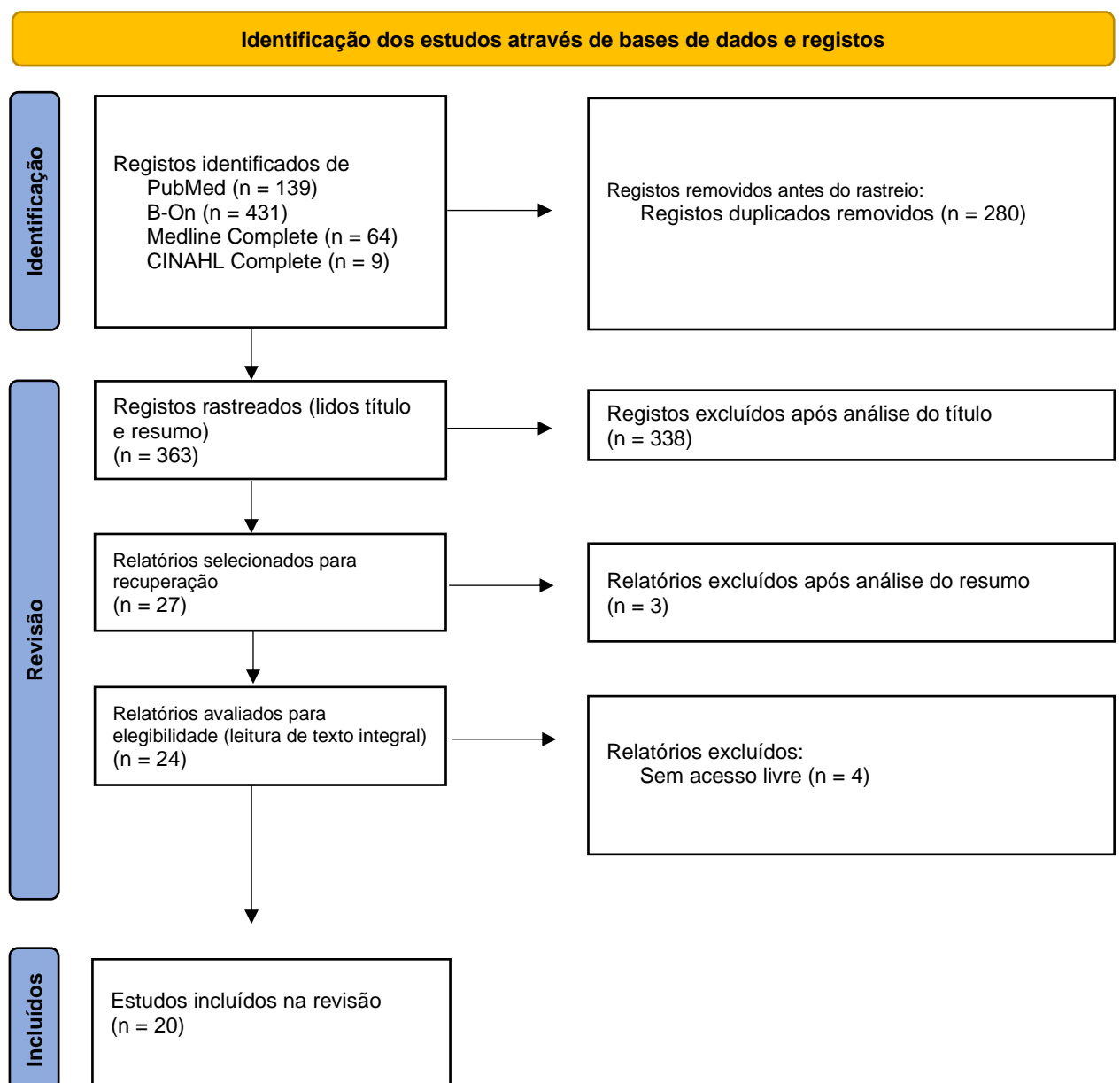
Por fim, procedeu-se à leitura integral dos artigos selecionados e à recolha dos dados através de um quadro estruturado: título da revisão, critérios de inclusão, autor/autores do artigo, ano de publicação, país de origem, objetivos, metodologia, resultados, conclusões, níveis de evidência e grau de recomendação.

3. Resultados

Da pesquisa surgiram um total de 643 artigos elegíveis, resultantes das bases de dados Medline Complete, CINAHL, PubMed e B-On. Tendo em conta os critérios de inclusão previamente estipulados foram selecionados vinte artigos. Estes foram, em seguida, submetidos à aplicação da JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research, verificando-se o cumprimento dos requisitos para inclusão na revisão (Lockwood et al., 2015).

O resumo detalhado do processo de seleção dos artigos é apresentado no diagrama PRISMA-ScR flow (Figura 1), demonstrando os resultados obtidos através das três principais etapas: identificação, revisão e inclusão.

Figura 1 - Diagrama PRISMA-ScR flow (adaptado de Page et al., 2021)



Os artigos incluídos nesta scoping review foram publicados nos últimos cinco anos (2020-2025), verificando-se: três estudos em 2020 (Liu, et. al., Wlodarczyk et. al, Salzwedel, et. al.); três estudos em 2021 (Mansilla-Chacón, et. al., Arian et. al., Endalew, et. al.); quatro estudos em 2022 (Hisam et. al., Upadhyay, et. al., Silva, et. al., Dibben, et.al.); dois estudos em 2023 (Entradas, et. al., Patel, et. al.); cinco estudos em 2024 (Liu, et. al., Rocha, Yang, et. al., Vanitha, et. al., Vanitha, et. al.); e três estudos em 2025 (Hisam, et. al., Ntovoli et. al, Tokarewicz, et. al.).

A distribuição geográfica dos estudos provém de quatro continentes, sendo sete países da Europa: Alemanha, Escócia, Espanha, Grécia, Polónia, Portugal e Reino Unido; um país da América do Sul: Brasil; um país Africano: Etiópia; e quatro países da Ásia: China, Índia, Irão e Paquistão. Esta dispersão geográfica reflete o interesse da comunidade científica no estudo deste tema.

No que diz respeito à tipologia de estudos destacam-se os ensaios clínicos randomizados, estudos de corte, revisões sistemáticas, estudos de evidência textual: narrativa, estudos longitudinais, estudos qualitativos, estudos quase experimentais, estudos observacionais e estudos de caso.

3.1. Extração de dados

Os dados extraídos dos vinte artigos estão apresentados em formato narrativo com recurso a um quadro (Quadro 1), baseado no Manual do JBI (Peters et al., 2020), tendo em consideração o objetivo e o foco mais relevante para responder à questão inicial.

O Quadro 1 encontra-se organizado de acordo com: autores, título, ano de publicação, país de origem, objetivos, metodologia/métodos, resultados, conclusões, nível de evidência alcançado e grau de recomendação.

O nível de evidência e o grau de recomendação foram classificados de acordo com o JBI (Joanna Briggs Institute, 2013 e Joanna Briggs Institute, 2014) (Apêndice E).

Quadro 1: Extração de dados

| A1 |
|--|
| Título da revisão: Effectiveness of Cardiac Rehabilitation on Health-Related Quality of Life in Coronary Artery Disease Patients in Low and Middle-Income Countries |
| Critérios de inclusão (PCC) |
| População: 2620 participantes com EAM |
| Conceito: RC na HRQoL na pessoa com doença coronária |
| Contexto: Domiciliário |
| Autor: Hisam, A., Ul Haq, Z., Khan, Z., Masood, S., Pell, J., Doherty, P. |

| |
|--|
| Ano de publicação: 2025 |
| País de origem: Paquistão |
| Objetivos: - Determinar a eficácia dos programas de RC em termos de HRQoL num período pós-doença arterial coronária em países de baixo e médio rendimento. |
| Metodologia/métodos: - Estudo de revisão sistemática e meta-análise. - Neste estudo participaram 2620 participantes (idade média 57.43 ± 7.9) com doença coronária diagnosticada, de seis países distintos (Malásia, Irão, Brasil, Turquia, China e Paquistão), num programa de RC com duração média de 24 semanas. - O programa de RC envolveu uma equipa multidisciplinar com foco em intervenções de: aconselhamento, educação sobre modificação de comportamentos de risco e aconselhamento sobre dieta e terapêutica e exercício físico. - As ferramentas de avaliação da HRQoL utilizadas foram o formulário curto (SF-36) e a MacNew QLMI focando os domínios físico, emocional e social. |
| Resultados: - A pontuação dos domínios global, físico e mental melhoraram significativamente com o programa de RC. - As análises de subgrupos: abordagem, contexto e país - do SF-36 e do MacNew domínios físico e global corroboram a melhoria significativa do grupo sujeito a RC. |
| Conclusões: - A prática de atividades físicas e reabilitação cognitiva (mental e emocional) é eficaz na redução do risco de fatalidades, futuros internamentos hospitalares e melhora a HRQoL quando comparada aos cuidados habituais. |
| Nível de evidência alcançado (se aplicável): Level 1 – Experimental Designs - Level 1.b – Systematic review of RCTs and other study designs |
| Grau de Recomendação: Grade B |
| A2 |
| Título da revisão: Can Online Exercise Using Wearable Devices Improve Perceived Well-Being? A Study Among Patients with Coronary Artery Disease |
| Critérios de inclusão (PCC) |
| População: 30 pessoas com EAM há < 4 semanas |
| Conceito: Perceção da HRQoL na RC <i>homebased</i> |
| Contexto: Domiciliário |
| Autor: Ntovoli, A., Mitropoulos, A., Anifanti, M., Koukouvou, G., Kouidi, E. e Alexandris, K. |
| Ano de publicação: 2025 |
| País de origem: Grécia |
| Objetivos: - Examinar os efeitos de um programa de RC online de 6 meses, por meio de dispositivos, no bem-estar e HRQoL em pessoas com EAM |
| Metodologia/métodos: - RCT. 30 participantes com EAM há menos de 4 semanas. - Programa de RC de 24 semanas (3x por semana). - Sessões de 30 minutos de exercício aeróbio, seguido de 15 minutos de treino de força e 15 minutos de treino de equilíbrio e flexibilidade. - Telerreabilitação com recurso a dispositivos de monitorização (frequência cardíaca e eletrocardiograma). - Avaliação pelo PERMA: emoções positivas, envolvimento, relacionamento, sentido de vida e realização. |
| Resultados: - Foram observados efeitos significativos em todos os domínios do PERMA, no domínio do Significado da Vida, Saúde, Realização, Envolvimento, Relacionamento Positivo e emoções negativas. - Reforçada a importância da telerreabilitação cardíaca para a saúde mental dos pacientes, demonstrando que exercícios online com dispositivos de monitorização podem ser uma alternativa aos |

| |
|---|
| exercícios presenciais para pessoas com EAM recente. |
| Conclusões: |
| <ul style="list-style-type: none"> - A RC <i>homebased</i> parece ser tão eficaz quanto a RC tradicional, baseada em centros, na melhoria dos fatores de risco cardiovascular e da capacidade de exercício. - Os dispositivos como monitores de frequência cardíaca e eletrocardiograma para monitorizar remotamente a segurança e a intensidade dos exercícios em pessoas com EAM são benéficos para a RC. - Os cinco pilares do perfilador PERMA foram melhorados no fim do programa de exercícios online de 6 meses. - O amplo acesso a tecnologias de monitorização digital e de deteção de saúde irá melhorar o atendimento personalizado para pessoas com EAM, levando a uma melhor HRQoL. |
| Nível de evidência alcançado (se aplicável): |
| <i>Level 1 – Experimental Designs</i> - Level 1.c – RCT |
| Grau de Recomendação: Grade B |
| A3 |
| Título da revisão: Effects of Supervised Cardiac Rehabilitation Programmes on Quality of Life among Myocardial Infarction Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis |
| Critérios de inclusão (PCC) |
| População: 3577 pessoas de idade > 18 anos com EAM |
| Conceito: RC na HRQoL na pessoa com EAM |
| Contexto: Domiciliário e hospitalar |
| Autores: Mansilla-Chacón, M., L. Gómez-Urquiza, J., Begoña Martos-Cabrera, M., Albendín-García, L., L. Romero-Béjar, J., Cañadas-De La Fuente, G., Suleiman-Martos, N. |
| Ano de publicação: 2021 |
| País de origem: Espanha |
| Objetivos: |
| - Avaliar a HRQoL, após um programa de RC supervisionado a pessoas que sofreram EAM. |
| Metodologia/métodos: |
| <ul style="list-style-type: none"> - Revisão sistemática e meta-análise. - Recolhidos estudos num total de 3577 pessoas em nove países: Alemanha, Brasil, China, Irão, Itália, Paquistão, Espanha, Turquia e Reino Unido. - Em todos os estudos a intervenção foi baseada na supervisão da RC com uma duração compreendida entre 1 a 36 meses. - A intervenção englobou grupos e pessoas individuais em sessões de caminhada, natação, equilíbrio, treino de força e exercícios de resistência. - Os estudos foram analisados através da SF-36, MacNew HRQoL e EuroQol-VAS, em domínios físico, mental, social, emocional, dependência e domínio geral. - Os programas de RC analisados incluíram um programa de exercícios supervisionados com um registo da quantidade de atividade física, acompanhamento por telefone ou aconselhamento individual. |
| Resultados: |
| <ul style="list-style-type: none"> - As pessoas que sofrem EAM têm maior probabilidade de apresentar efeitos emocionais negativos que conduzem à deterioração da HRQoL, levando ao abandono do tratamento e à perda de hábitos saudáveis. - Ansiedade e depressão são frequentemente experienciadas após o EAM e podem persistir por meses ou até anos. - A intensidade de atividade física praticada está intimamente ligada à HRQoL, em termos físicos e emocionais. Quanto maior a frequência e a duração dos programas de atividade física, maiores serão os resultados na pontuação de cada dimensão, levando a uma melhoria na HRQoL. |
| Conclusões: |
| <ul style="list-style-type: none"> - O efeito do programa de RC foi estatisticamente significativo no grupo de intervenção para as dimensões de atividade física, reação emocional e dependência do questionário MIDAS. - Para o grupo de controlo, a pontuação melhorou nas dimensões de funcionamento físico e dor corporal do SF-36. - As diferenças médias entre os grupos de controlo e intervenção não foram significativas para as demais |

| |
|---|
| dimensões, para os questionários MacNew Heart Disease-HRQL e EuroQol-VAS. |
| Nível de evidência alcançado (se aplicável): Level 1 – Experimental Designs - Level 1.b – Systematic review of RCTs and other study designs |
| Grau de Recomendação: Grade B |
| A4 |
| Título da revisão: Quality of Life in Heart Patients Receiving Telerehabilitation: An Overview with Meta-Analyses |
| Critérios de inclusão (PCC) |
| População: 12449 pessoas de idade > 18 anos com EAM |
| Conceito: Telerreabilitação na HRQoL |
| Contexto: Domiciliário |
| Autores: Arian, M., Valinejadi, A. e Soleimani, M. |
| Ano de publicação: 2021 |
| País de origem: Irão |
| Objetivos: - Avaliar o efeito da telerreabilitação na HRQoL em pessoas com EAM |
| Metodologia/métodos: - Estudo de meta-análise. - Participaram nos 51 estudos recolhidos 12449 pessoas com EAM diagnosticada de idade > 18 anos. |
| Resultados: - Os resultados revelaram que a telemedicina tem um efeito positivo e significativo em comparação com o tratamento habitual na promoção da dimensão física. - A monitorização remota reduziu significativamente o número de readmissões hospitalares de pessoas com angina e melhorou a HRQoL e o funcionamento físico em pessoas com EAM. - O suporte telefónico contínuo permitiu a detecção precoce de complicações ou progresso da doença. - Houve uma relação negativa significativa e muito forte entre o estado mental geral e a idade das pessoas, sendo uma das hipóteses a tecnofobia em pessoas idosas. |
| Conclusões: - As análises dos estudos mostraram que, ao aumentar a duração da implementação para 12 meses ou mais, o efeito positivo da telemedicina na qualidade de vida geral é comprovado. - Intervenções de telemedicina após 52 semanas de acompanhamento tiveram um efeito maior na HRQoL. Esse efeito, por um longo período, pode estar relacionado ao maior apoio e seguimento sentido por parte das pessoas. |
| Nível de evidência alcançado (se aplicável): Level 1 – Experimental Designs - Level 1.b – Systematic review of RCTs and other study designs |
| Grau de Recomendação: Grade B |
| A5 |
| Título da revisão: Association of cardiac rehabilitation and health-related quality of life following acute myocardial infarction |
| Questão: |
| Critérios de inclusão (PCC) |
| População: 4570 pessoas >18 anos com EAM |
| Conceito: RC na HRQoL na pessoa com EAM |
| Contexto: Hospitalar |
| Autores: Hurdus, B., Munyombwe, T., Bernadette Dondo, T., Aktaa, S., Oliver, G., Hall, M., Doherty, P., Hall, A., Gale, P. |
| Ano de publicação: 2020 |
| País de origem: Reino Unido |
| Objetivos: - Estudar a associação da RC e da atividade física com mudanças na HRQoL após EAM. |
| Metodologia/métodos: - Estudo de corte em 4570 pessoas > 18 anos com EAM entre 1 Novembro de 2011 e 17 Setembro de |

| |
|---|
| 2013. |
| - A HRQoL foi estimada utilizando o Questionário EuroQol 5-Dimension-3 Level na hospitalização aos 30 dias e aos 6 e 12 meses após a alta hospitalar. A EuroQol 5 compreende cinco dimensões: mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor/desconforto e ansiedade/depressão, com cada dimensão subdividida em três níveis: sem problemas, alguns problemas, problemas extremos, indicando o nível de funcionalidade percebido pelo paciente. |
| Resultados: |
| - Participantes fisicamente ativos ≥ 150 min/semana apresentaram maiores pontuações de HRQoL em comparação com aqueles que participaram apenas em RC em 30 dias, 6 meses e 12 meses. |
| - A RC e a atividade física autorrelatada de ≥ 150 min/semana foram positivamente associadas a melhor HRQoL. |
| - Para as dimensões do EQ-5D, 66,6% dos participantes relataram ≥ 1 problema na hospitalização, que aumentou para 70,8% em 30 dias, diminuiu para 58,4% em 6 meses e 56,9% em 12 meses. |
| - Os participantes relataram ter a maior carga de problemas (de qualquer nível) na hospitalização em atividades habituais (45,8%), seguidas por mobilidade (35,5%), dor (32,9%), ansiedade (30,2%) e autocuidado (13,8%). Cada domínio melhorou em cada ponto de tempo ao longo do período de 12 meses, exceto para autocuidado. |
| - A ansiedade foi relatada em maior proporção na hospitalização e após 30 dias; no entanto, esse número melhorou para abaixo da média em 6 e 12 meses. |
| - Pessoas com NSTEMI relataram pior HRQoL do que aqueles com STEMI em cada momento. |
| - Os participantes que participaram da RC apresentaram maiores pontuações de HRQoL em comparação com aqueles que não participaram. |
| Conclusões: |
| - Incentivar os pacientes a participarem dos programas de RC e a praticarem atividade física sustentada pode ser importante para a recuperação pós-EAM, com efeitos na HRQoL e na sua autonomia. |
| Nível de evidência alcançado (se aplicável): |
| Level 3 – Observational-Analytical Designs - Level 3.c – Cohort study with control group |
| Grau de Recomendação: Grade B |
| A6 |
| Título da revisão: Advances in theories and models of cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction A narrative review |
| Crítérios de inclusão (PCC) |
| População: Pessoa pós EAM |
| Conceito: Teorias e modelos de RC com implicação na HRQoL |
| Contexto: Hospitalar |
| Autores: Liu, J., Zhao, Q., Shen, Q., Meng, X., Zheng, Y., Lu, C., Zheng, Y. |
| Ano de publicação: 2024 |
| País de origem: China |
| Objetivos: |
| - Analisar e avaliar de forma abrangente os fundamentos teóricos e os modelos práticos de RC após EAM, fornecendo aos profissionais de saúde avanços de pesquisa atualizados e orientação prática. |
| Metodologia/métodos: |
| - Revisão narrativa. |
| - Pesquisa entre 2010 e 2023. Esta revisão aborda sete principais teorias e modelos de RC, incluindo o modelo transteórico, o modelo de informação-motivação-habilidades comportamentais e a teoria da autodeterminação. |
| Resultados: |
| - As teorias e modelos apresentados fornecem bases científicas para a RC e orientam a implementação específica de práticas clínicas. Os sete modelos abordam os efeitos positivos na melhoria da qualidade de vida das pessoas, no aumento da adesão ao tratamento e na redução das taxas de re-hospitalização. |
| Conclusões: |
| - A análise indica que estas teorias e modelos têm impactado profundamente a sociedade ao melhorar a HRQoL das pessoas, reduzindo as taxas de incapacidade, promovendo a inclusão social, aumentando a conscientização sobre a saúde, aliviando os encargos familiares, otimizando a utilização dos recursos |

| |
|--|
| de saúde e promovendo a cooperação interdisciplinar, contribuindo significativamente para o desenvolvimento de uma sociedade mais saudável e inclusiva. |
| Nível de evidência alcançado (se aplicável): Level 5 – Expert opinion and bench research - 5.a – Systematic review of expert opinion Level |
| Grau de Recomendação: Grade B |
| A7 |
| Título da revisão: Effectiveness of Mobile Health Augmented Cardiac Rehabilitation (MCard) on health-related quality of life among post-acute coronary syndrome patients: A randomized controlled trial |
| Critérios de inclusão (PCC) |
| População: 160 pessoas pós-EAM |
| Conceito: Implicação da RC por via de saúde móvel na HRQoL |
| Contexto: Domiciliário |
| Autores: Hisam, A., Ul Haq, Z., Aziz, S., Doherty, P., Pell, J. |
| Ano de publicação: 2022 |
| País de origem: Paquistão |
| Objetivos: Determinar a eficácia da Reabilitação Cardíaca Aumentada por Saúde Móvel (MCard) na HRQoL entre pessoas com síndrome coronária pós-aguda |
| Metodologia/métodos: - Estudo RCT de Janeiro de 2019 a Março de 2021. - As pessoas pós EAM foram alocados aleatoriamente (1:1) a um grupo de intervenção (receberam MCard; aconselhamento, capacitação com dispositivos de automonitorização, mensagens de texto curtas, além da RC padrão pós-EAM) ou grupo de controlo (RC padrão pós-EAM). - A HRQoL foi avaliada pelos instrumentos Short Form-12 e MacNew para avaliação da qualidade de vida em EAM. - As pessoas foram acompanhados durante 24 semanas, com colheita e análise de dados em três momentos (início, 12 semanas e 24 semanas). - No início do estudo, 160 pessoas (80 em cada grupo; idade média de 52,66 ± 8,46 anos; 126 homens, 78,75%) foram recrutados, dos quais 121 (75,62%) continuaram e foram analisados às 12 semanas e 119 (74,37%) às 24 semanas. |
| Resultados: - A pontuação média do componente físico do SF-12 melhorou significativamente no grupo MCard nas 12 semanas de acompanhamento, bem como às 24 semanas. A pontuação média do componente mental do SF-12 também melhorou significativamente no grupo MCard em 12 e 24 semanas de acompanhamento. - Em 12 e 24 semanas de acompanhamento, todos os domínios do MacNew QLMI (social, emocional, físico e global) apresentaram melhora estatisticamente significativa no grupo MCard, em oposição ao grupo de controlo. |
| Conclusões: - O MCard é uma intervenção eficaz e aceitável para melhorar todos os domínios da HRQoL. Houve uma melhoria nos domínios físico, mental, social, emocional e global no grupo MCard em comparação ao grupo de controlo. - A complementaridade de programas MCard ao tratamento padrão pós-EAM pode melhorar os resultados das pessoas e reduzir a sobrecarga no ambiente de saúde. |
| Nível de evidência alcançado (se aplicável): Level 1 – Experimental Designs - Level 1.c – RCT |
| Grau de Recomendação: Grade B |
| A8 |
| Título da revisão: How gender-specific are predictors of post-MI HRQoL? A longitudinal study |
| Critérios de inclusão (PCC) |
| População: 222 pessoas com EAM (59 mulheres e 163 homens) |
| Conceito: Diferença da HRQoL entre géneros na RC |
| Contexto: Hospitalar e domiciliário |
| Autores: Wlodarczyk, D., Zietalewicz, U. |
| Ano de publicação: 2020 |

| |
|---|
| País de origem: Polónia |
| Objetivos: - Examinar os preditores de HRQoL em sobreviventes do sexo feminino e masculino durante o primeiro ano após o EAM. |
| Metodologia/métodos: - Estudo longitudinal em três fases de um programa de RC em cinco centros de reabilitação da Polónia (59 mulheres e 163 homens com idade média de 53.84 anos, entre 24–65 anos). |
| Resultados: - Não houve diferenças de género em relação a sentimentos como raiva e desalento ou otimismo. - As mulheres relataram maior traço de ansiedade e menor curiosidade do que os homens. - No início da RC as mulheres fizeram uso mais frequente de reinterpretação e religião do que os homens, enquanto os homens fizeram mais uso de humor. - Ao longo da RC houve diferenças significativas nas estratégias de adaptação que utilizaram, sendo que as mulheres apresentaram menor qualidade de vida física e mental nas primeiras duas fases da RC, tendo colmatado essas diferenças na fase final da RC. |
| Conclusões: - Traços de ansiedade parecem desempenhar um papel negativo semelhante em ambos os sexos, o que está em linha com outros estudos que mostram a relação negativa entre ansiedade e HRQoL na pessoa com doença cardíaca durante a recuperação a longo prazo, devendo ser dada atenção a essas pessoas altamente ansiosas, independentemente do sexo. - O uso de medicamentos prescritos ou de venda livre como ansiolíticos, produz uma redução a curto prazo nos sintomas físicos, mas aumenta o desconforto psicossocial a longo prazo. Provavelmente, contribui para expectativas irreais ou está associado à deterioração imprevista da condição física. |
| Nível de evidência alcançado (se aplicável): <i>Level 4 – Observational – Descriptive Studies</i> – Level 4.b. Cross-sectional study |
| Grau de Recomendação: Grade B |
| A9 |
| Título da revisão: Acceptance of Illness and Health-Related Quality of Life in Patients After Myocardial Infarction—Narrative Review |
| Critérios de inclusão (PCC) |
| População: Pessoa com EAM |
| Conceito: HRQoL na pessoa com EAM |
| Contexto: Hospitalar e domiciliário |
| Autores: Tokarewicz, J., Jankowiak, B., Klimaszewska, K., Swięczkowski, M., Matlak, K., Dobrzycki, S. |
| Ano de publicação: 2025 |
| País de origem: Polónia |
| Objetivos: Revisão narrativa sobre a aceitação da doença e qualidade de vida na pessoa pós-EAM |
| Metodologia/métodos: - Revisão narrativa com base numa extensa pesquisa na literatura disponível até dezembro de 2024, consolidando as evidências atuais sobre o tópico proposto. |
| Resultados: - Após um EAM a pessoa frequentemente apresenta depressão, ansiedade e stresse, dificultando sua aceitação da doença. Fatores de risco como hipertensão, diabetes e tabagismo, desempenham um papel significativo na influência da HRQoL em pacientes pós-EAM. Uma avaliação precisa da HRQoL é crucial para a adaptação de tratamentos eficazes e estratégias de suporte para melhorar os resultados dos pacientes e identificar aqueles com maior risco de desenvolver depressão ou ansiedade pós-EAM. |
| Conclusões: - A reabilitação cardíaca (incluindo o uso de soluções modernas, como inteligência artificial e tecnologias de saúde digital), educação em saúde e tratamento psicológico adequado são essenciais para melhorar a HRQoL em pessoas pós-EAM. |
| Nível de evidência alcançado (se aplicável): <i>Level 5 – Expert opinion and bench research</i> - 5.a – Systematic review of expert opinion Level |
| Grau de Recomendação: Grade B |

| A10 |
|--|
| Título da revisão: Improving depression and perceived social support enhances overall quality of life among myocardial infarction survivors: necessity for integrating mental health care into cardiac rehabilitation programs |
| Critérios de inclusão (PCC) |
| População: 103 pessoas com EAM |
| Conceito: HRQoL (depressão) na pessoa com EAM |
| Contexto: Domiciliário |
| Autores: Upadhyay, V., Singh Bhandari, S., Prasad Rai, D., Dutta, S., García-Grau, P., Vaddiparti, K. |
| Ano de publicação: 2022 |
| País de origem: Índia |
| Objetivos: Prevalência de depressão entre sobreviventes de EAM e qual o efeito na HRQoL (nomeadamente nos domínios físico, social e emocional) |
| Metodologia/métodos: - Estudo transversal, utilizando os questionários Cardiac Depression Scale, MacNew Quality of Life After Myocardial Infarction Questionnaire e Multidimensional Scale of Perceived Social Support focado na depressão, QoL and PSS respetivamente. - Estudo com 103 pessoas sobreviventes de EAM (idade media 59.66 ± 10.42) entre janeiro de 2018 e fevereiro 2019 |
| Resultados: - Pessoas pós-EAM com depressão clínica apresentam um risco quase duas vezes maior de novos eventos cardiovasculares e mortalidade, sendo estilos de vida pouco saudáveis, não adesão aos medicamentos prescritos, programas de dieta e exercícios e acompanhamento irregular com seus médicos, mais comuns em pacientes deprimidos do que em pacientes não deprimidos. |
| Conclusões: - A depressão e a baixa perceção de apoio social prejudicam os domínios físico e social, o que prejudica o domínio emocional da qualidade de vida; como tal, a qualidade de vida geral é prejudicada. - A atividade física e social limitada, devido à depressão e à baixa perceção de apoio social, pode aumentar o risco de novos eventos cardiovasculares. - Uma abordagem holística que inclua cuidados de saúde mental é justificada. |
| Nível de evidência alcançado (se aplicável): Level 4 – Observational-Descriptive Studies - Level 4.b Cross Sectional Study |
| Grau de Recomendação: Grade B |
| A11 |
| Título da revisão: Health outcomes resulting from cardiac rehabilitation in the person after acute myocardial infarction: a literature review |
| Critérios de inclusão (PCC) |
| População: Pessoa com EAM |
| Conceito: Benefícios da RC |
| Contexto: Hospitalar e domiciliário |
| Autores: Entradas, C. e Silvestre, F. |
| Ano de publicação: 2023 |
| País de origem: Portugal |
| Objetivos: Averiguar se a prática de reabilitação cardíaca (RC) numa pessoa após EAM pode ser benéfica para a sua saúde. |
| Metodologia/métodos: - Revisão da literatura, envolvendo as bases de dados científicas CINAHL Complete, MedicLatina, Medline Complete, Cochrane, pela plataforma EBSCOhost, com inclusão de artigos científicos publicados entre janeiro de 2015 até julho de 2023. |
| Resultados: - Programas de RC são benéficos, seguros e eficazes em doentes após EAM, dado que conduzem a diversos benefícios dos quais se salientam: a melhoria da função cardíaca, da capacidade de reserva funcional, do estado psicológico, da qualidade de vida, melhor adesão do doente, redução das taxas de |

| |
|---|
| complicações, como no caso de prevenir ou retardar a ocorrência de isquemia do miocárdio, redução do tempo de internamento hospitalar. |
| Conclusões: - É importante encorajar os doentes após EAM a aderir a programas de RC o mais precocemente possível, uma vez que procura contribuir para uma melhoria na HRQoL das pessoas com patologia do foro cardíaco, no que diz respeito ao aumento da capacidade funcional, alívio e/ou diminuição dos sinais e sintomas decorrentes da doença, permitindo que a pessoa retome a sua autonomia na realização das AVD. |
| Nível de evidência alcançado (se aplicável): Level 1 – Experimental Designs - Level 1.b – Systematic review of RCTs and other study designs |
| Grau de Recomendação: Grade B |
| A12 |
| Título da revisão: Health-Related Quality of Life and Associated Factors among Myocardial Infarction Patients at Cardiac Center, Ethiopia |
| Critérios de inclusão (PCC) |
| População: 421 pessoas com EAM |
| Conceito: HRQoL na pessoa com EAM |
| Contexto: Hospitalar |
| Autores: Endalew, H.L., Liyew, B., Tarekegn, G.E., Baye, Z. |
| Ano de publicação: 2021 |
| País de origem: Etiópia |
| Objetivos: Avaliar a HRQoL e os fatores associados entre pessoas com EAM no Centro Cardíaco |
| Metodologia/métodos: - Estudo transversal conduzido de 10 de abril a 25 de junho de 2020, no Cardiac Center-Ethiopia, Addis Ababa, Etiópia, onde interviram 421 pessoas com EAM. - Os dados foram recolhidos por meio de um questionário estruturado utilizando o Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde. |
| Resultados: - A média geral da HRQoL entre os participantes do estudo foi moderadamente baixa. - Quanto mais comorbidades os pacientes manifestarem, mais pobre será HRQoL. - O EAM prejudicou todos os domínios da HRQoL dos participantes do estudo, sendo a saúde física o domínio mais afetado. - Em todos os domínios da HRQoL, a média do domínio da saúde social é maior do que os restantes domínios, podendo ser explicado pela dependência do apoio social da comunidade, famílias e amigos. |
| Conclusões: - A baixa HRQoL percebida pelas pessoas que sofrem EAM, que frequentemente ocorre sem aviso prévio, deve-se ao facto de ser uma experiência assustadora para a maioria das pessoas. O impacto fisiológico e psicológico repentino e frequentemente profundo do início agudo do EAM, bem como o impacto psicossocial da hospitalização, frequentemente, e compreensivelmente, prejudica a HRQoL. - Viver numa área rural foi inversamente associado à HRQoL geral, refletindo que pessoas que vivem em áreas urbanas têm maior probabilidade de desfrutar de melhor HRQoL do que pessoas em áreas rurais, possivelmente pelo fácil acesso a programas de RC em áreas urbanas. - Ser idoso, viver em área rural, ter insuficiência cardíaca e hipertensão foram preditores significativos para pior HRQoL. Nível educacional superior foi positivamente associado a uma melhor HRQoL. |
| Nível de evidência alcançado (se aplicável): Level 4 – Observational-Descriptive Studies - Level 4.b Cross Sectional Study |
| Grau de Recomendação: Grade B |
| A13 |
| Título da revisão: Análise efetiva de um protocolo de reabilitação cardiovascular: um estudo qualitativo com utentes |
| Critérios de inclusão (PCC) |
| População: 8 pessoas com EAM |
| Conceito: Perceção da HRQoL na pessoa com EAM |

| |
|---|
| Contexto: Hospitalar |
| Autores: Rocha, A. R. |
| Ano de publicação: 2024 |
| País de origem: Portugal |
| Objetivos: Analisar a efetividade do protocolo de reabilitação cardiovascular da ULS Alto Ave a partir da perceção das pessoas participantes. |
| Metodologia/métodos: - Estudo qualitativo recorrendo a um focus group onde participaram oito beneficiários do programa. - Informações por meio de entrevista estruturada abordando temas como expectativas relativamente ao programa, limitações imediatas pós evento coronário, apoio de nutrição e psicologia, mudanças no ambiente familiar e receios/sentimentos. |
| Resultados: - No início do programa diversos participantes desconheciam o âmbito do mesmo, realçando a necessidade de transmitir informação detalhada por parte da equipa, nomeadamente de enfermagem, para melhorar conhecimento geral. - De forma global, os participantes mostraram-se satisfeitos com o protocolo de RC implementado, mas referiram desafios no que concerne o tempo de resposta de especialidades como nutrição e psicologia. - Os momentos de partilha em contexto de sessão de psicologia em grupo foram valorizados e os exercícios práticos caracterizados como enriquecedores. O stress e ansiedade foram os fatores mais referidos nas sessões de psicologia e tomados como motivos de atraso na recuperação, bem como influenciadores de novo evento coronário. - Todos referiram impacto físico, psicológico, social e laboral pós-EAM. O apoio familiar foi referido como fundamental para manter as atividades de vida diárias, funcionalidade, maior adesão ao tratamento e melhor ajuste às mudanças de estilo de vida. |
| Conclusões: - O protocolo de RC foi referido como fundamental no acompanhamento destas oito pessoas, nomeadamente na recuperação física e funcional por meio de exercícios físicos, apoio psicológico por sessões de grupo (redução da ansiedade e stress), intervenção multidisciplinar (educação para a saúde, apoio na transição de estilos de vida e comunicação eficaz com a pessoa e sua família) |
| Nível de evidência alcançado (se aplicável): Level 3 (Meningfulness) - Single qualitative study |
| Grau de Recomendação: Grade B |
| A14 |
| Título da revisão: Effect of cardiac rehabilitation care after coronary intervention on cardiac function recovery and negative mood in patients with myocardial infarction |
| Critérios de inclusão (PCC) |
| População: 180 pessoas com EAM |
| Conceito: HRQoL e emoções negativas durante RC |
| Contexto: Hospitalar |
| Autores: Yang, M., Huang, Y.T., Hu, X.W., Wu, C.L. |
| Ano de publicação: 2024 |
| País de origem: China |
| Objetivos: Avaliar os efeitos dos cuidados de reabilitação cardíaca na recuperação da função cardíaca e nas emoções negativas no EAM após intervenção coronária. |
| Metodologia/métodos: - Estudo de coorte que incluiu um total de 180 pessoas (44 homens e 46 mulheres) com EAM durante o período de junho de 2022 a julho de 2023. - Participantes divididos em dois grupos: um grupo de observação, que cumpriu programa de RC; um grupo de controlo, que recebeu cuidados convencionais. - Comparando múltiplos indicadores de observação, como indicadores de função cardíaca, pressão arterial, tolerância ao exercício, ocorrência de eventos cardíacos adversos e pontuações de emoções negativas entre os dois grupos de pessoas. |
| Resultados: - Os resultados do grupo de observação mostraram melhoria significativa em diversos indicadores em |

| |
|--|
| comparação com o grupo controlo. Indicadores de função cardíaca, como diâmetro interno diastólico final do ventrículo esquerdo e fração de ejeção do ventrículo esquerdo, foram significativamente melhores no grupo de observação do que no grupo controlo. |
| - A avaliação da resistência ao exercício mostrou que a distância percorrida no teste de caminhada de 6 minutos foi significativamente aumentada nos pacientes do grupo de observação. |
| - A incidência de eventos cardíacos adversos foi significativamente menor no grupo de observação, e a pontuação de humor negativo foram significativamente reduzidos. |
| Conclusões: - A RC aborda os múltiplos problemas da pessoa com EAM, promove a melhoria da função cardíaca, da aptidão física e a recuperação da saúde mental e fornece forte apoio e orientação para a recuperação dos pacientes e a sua HRQoL |
| Nível de evidência alcançado (se aplicável): Level 3 – Observational-Analytical Designs - Level 3.c – Cohort study with control group |
| Grau de Recomendação: Grade B |
| A15 |
| Título da revisão: Impact of nurse led cardiac rehabilitation session among post myocardial infarction clients |
| Critérios de inclusão (PCC) |
| População: 200 pessoas com EAM |
| Conceito: HRQoL na pessoa com EAM |
| Contexto: Hospitalar |
| Autores: Vanitha, N., Paneer Selvam, T.T., Asaithambi, N., Johnson, H., Rajendran, S.S. |
| Ano de publicação: 2024 |
| País de origem: Índia |
| Objetivos: Avaliar a eficácia dos procedimentos de enfermagem cardíaca, nomeadamente a RC, na melhoria da HRQoL, adesão à medicação e modificações no estilo de vida entre pacientes pós-EAM, em relação aos seus fatores de risco. |
| Metodologia/métodos: - Estudo quase experimental que incluiu 200 pessoas com EAM numa Unidade de Cardiologia, sujeito a programa de RC. - Informação recolhida por meio de um questionário estruturado. |
| Resultados: - 53% do grupo experimental apresentou um nível moderado de pontuação para modificação do estilo de vida e um nível moderado de pontuação para HRQoL. - Após intervenções de enfermagem, 52% das pessoas pós-EAM apresentaram boa adesão à medicação. - Foi encontrada uma correlação positiva significativa entre HRQoL e modificação do estilo de vida, sugerindo que, à medida que a pontuação para modificação do estilo de vida aumenta, a pontuação para HRQoL é proporcional. |
| Conclusões: - As intervenções de enfermagem realizadas antes da alta melhoraram a HRQoL, incentivando a adesão à medicação e mudanças no estilo de vida, em comparação com o grupo controlo que recebeu o tratamento padrão. Isso enfatiza a importância do apoio contínuo, educação, aconselhamento e outros aspetos para aqueles que estão física e mentalmente deprimidos como resultado de um EAM. |
| Nível de evidência alcançado (se aplicável): Level 2 – Quasi-experimental Designs - Level 2.a – Systematic review of quasi-experimental studies |
| Grau de Recomendação: Grade B |
| A16 |
| Título da revisão: Cardiac rehabilitation and life after myocardial infarction |
| Critérios de inclusão (PCC) |
| População: 10 pessoas com EAM |
| Conceito: HRQoL pós EAM |
| Contexto: Hospitalar |
| Autores: Vanitha, N., Paneer Selvam, T.T., Asaithambi, N., Johnson, H., Shanmugam, R.S. |
| Ano de publicação: 2024 |

| |
|--|
| País de origem: Índia |
| Objetivos: Explorar o impacto das intervenções de enfermagem cardíaca entre pessoas pós-EAM em termos de modificação do estilo de vida, qualidade de vida e adesão aos medicamentos |
| Metodologia/métodos: - Estudo qualitativo que incluiu 10 pessoas pós EAM de uma Unidade de Cardiologia, recorrendo a entrevista semi-estruturada antes e após a RC. |
| Resultados: - Os temas pré-intervenção incluídos na discussão foram: Desejato (com alterações no sono e alimentação), Perspectiva Futurista (insegurança com aspetos do future), Novos Hábitos (cessação tabágica/ alcoólica, bons hábitos alimentares e de exercício físico), Preocupações de Apoio (pessoa com EAM deixa de ser o principal suporte familiar), Deportação Económica (ausência laboral e despesas elevadas) e Inconveniência Psicológica (stress associado a condições económicas, familiares e de saúde). - Os temas pós-intervenção incluídos foram: Bem-Estar no Hospital (crença de que a RC no hospital foi o mais prático, além de não ter custos associados), Família (esperançosos com o bem estar de toda a família), Bem-estar Mental (apresentaram opiniões contraditórias: medo do futuro vs esperança dos <i>outcomes</i> da RC), Sair da Vida com Vida (vontade de crescer a nível pessoal e emocional), Saúde Física (capacidade para cumprir tarefas básicas e caminhadas como forma de exercício), Novas Práticas (cessação de hábitos de risco e promoção de bons estilos de vida) e Impacto das Intervenções (reconheceram os desafios físicos enfrentados, além da a importância do bem-estar holístico, esclarecendo como as modificações no estilo de vida e a adesão à medicação estavam profundamente interligadas à HRQoL). |
| Conclusões: - A maioria dos indivíduos estava extremamente preocupada com a família e possíveis dificuldades financeiras, além de ter uma grande preocupação com a falta de sono e hábitos alimentares. - A intervenção de enfermagem através de programas de RC demonstrou ter um grande impacto na modificação do estilo de vida e redução dos níveis de stresse. - Os enfermeiros podem identificar os problemas precocemente, e o aconselhamento e a orientação adequados melhorarão HRQoL das pessoas durante o pós-EAM. |
| Nível de evidência alcançado (se aplicável): Level 3 (Meningfulness) - Single qualitative study |
| Grau de Recomendação: Grade B |
| A17 |
| Título da revisão: Qualidade de vida em pacientes infartados participantes de um programa de reabilitação cardíaca |
| Critérios de inclusão (PCC) |
| População: 44 pessoas com EAM |
| Conceito: HRQoL na pessoa com EAM |
| Contexto: Hospitalar |
| Autores: Silva, A. B. B., Alves, M. F., Ferreira, K. G., Guerra, H. S., Brugnoli, A. V. D., Silva, R. C. D. |
| Ano de publicação: 2022 |
| País de origem: Brasil |
| Objetivos: Descrever a HRQoL das pessoas após EAM antes e após o programa de RC por meio do questionário Mac New |
| Metodologia/métodos: - Estudo não randomizado. 44 pacientes com diagnóstico confirmado de EAM, sendo todos do sexo masculino, com média de 64,25±2,217 anos, realizado entre os meses de junho a dezembro de 2019. - RC de 6 semanas, com sessões três vezes por semana com duração total de 50 minutos. |
| Resultados: - Ao comparar grupos antes e após RC notou-se que os exercícios, independente da intensidade, proporcionam uma melhoria na percepção da HRQoL quando comparados com grupos controlo. - Esta pesquisa obteve uma significativa diferença na pontuação total e nos domínios emocional e físico, efeitos da RC na HRQoL. |
| Conclusões: |

| |
|--|
| - Este estudo conclui que houve aumento na HRQoL das pessoas analisadas pelo questionário. - Da análise das pontuações totais e dos domínios houve melhoria relevante, exceto no domínio social. |
| Nível de evidência alcançado (se aplicável): Level 4 – Observational-Descriptive Studies - Level 4.a — Systematic review of descriptive studies |
| Grau de Recomendação: Grade B |
| A18 |
| Título da revisão: Recent Strategies for Cardiac Rehabilitation in Post-Myocardial Infarction Patients: A Narrative Review |
| Critérios de inclusão (PCC) |
| População: Pessoa pós-EAM |
| Conceito: RC e HRQoL na pessoa com EAM |
| Contexto: Hospitalar e domiciliário |
| Autores: Patel, L., Gulrandhe, P., Jain, M., Vardhan, V. |
| Ano de publicação: 2023 |
| País de origem: Índia |
| Objetivos: Abordar as mais recentes estratégias de RC na pessoa pós EAM. |
| Metodologia/métodos: - Revisão narrativa dos mais recentes estudos sobre RC na pessoa com EAM. |
| Resultados: - A RC baseada em exercícios proporciona benefícios significativos a pessoas com doenças cardiovasculares, incluindo um menor risco de EAM, um provável ligeiro declínio em todas as causas de mortalidade, uma redução maciça na hospitalização por todas as causas, juntamente com os custos médicos associados, e melhoria da HRQoL até um ano de acompanhamento. - A capacidade de realizar RC em casa pode aumentar a participação, ao mesmo tempo que proporciona resultados comparáveis para a HRQoL, capacidade de exercício e mortalidade destas pessoas. - As sessões de telerreabilitação cardíaca estão associadas a melhorias nos níveis de condicionamento físico da pessoa cardíaca, melhorias na HRQoL e uma redução nos custos administrativos da reabilitação. |
| Conclusões: - A RC é uma técnica que pode ajudar a melhorar saúde cardiovascular, fornecer uma intervenção secundária a pessoas diagnosticados com EAM e melhorar sua HRQoL. - A eficácia da terapia, tanto em centros quanto em domicílio foi comprovada. |
| Nível de evidência alcançado (se aplicável): Level 5 – Expert opinion and bench research - 5.a – Systematic review of expert opinion Level |
| Grau de Recomendação: Grade B |
| A19 |
| Título da revisão: Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: a meta-analysis |
| Critérios de inclusão (PCC) |
| População: Pessoa com EAM |
| Conceito: RC na pessoa com EAM |
| Contexto: Hospitalar e domiciliário |
| Autores: Dibben, G. O., Faulkner, J., Oldridge, N., Rees, K., Thompson, D.R., Zwisler, A., Taylor, R. |
| Ano de publicação: 2022 |
| País de origem: Escócia |
| Objetivos: Benefícios de um programa de RC baseado em exercício físico na pessoa com doença coronária |
| Metodologia/métodos: - Meta análise de 85 RCT, de 23430 pessoas com doença coronária, nomeadamente EAM, a cumprir RC (por um período de pelo menos 6 meses com média 12 meses). Conduzido em setembro de 2020. |
| Resultados: - A contagem de votos nos 32 ensaios que avaliaram a HRQoL usando uma série de medidas de desfecho genéricas ou específicas confirmou o benefício da RC, com 20 (63%) ensaios relatando níveis mais elevados de HRQoL com RC baseada em exercícios e 12 (38%) ensaios relatando níveis mais elevados de HRQoL em >50% das subescalas - Verificaram-se ganhos na HRQoL, com aumento nas pontuações em seis dos oito domínios do SF-36 |

| |
|--|
| (dos componentes mentais). |
| Conclusões: - Esta revisão fornece evidências de que a participação em RC melhora a qualidade de vida das pessoas, com base em dados validados de HRQoL. É reforçada, assim, a necessidade de melhorar o acesso à RC para pessoas com doença coronária globalmente. |
| Nível de evidência alcançado (se aplicável): <i>Level 1 – Experimental Designs</i> - Level 1.c – RCT |
| Grau de Recomendação: Grade B |
| A20 |
| Título da revisão: Significance of patient-reported outcomes for occupational resumption and quality of life after cardiac rehabilitation |
| Critérios de inclusão (PCC) |
| População: Pessoa com EAM |
| Conceito: HRQoL na pessoa com EAM |
| Contexto: Hospitalar |
| Autores: Salzwedel, A., I.Koran, E. Langheim, A. Schlitt, J. Nothroff, C. Bongarth, M. Wrenger, K. Wegscheider, H. Voller |
| Ano de publicação: 2020 |
| País de origem: Alemanha |
| Objetivos: Identificar preditores de retorno ao trabalho e HRQoL entre fatores de risco cardiovascular e desempenho físico, bem como medidas de desfecho relatadas pela pessoa modificáveis durante a RC. |
| Metodologia/métodos: - Estudo observacional prospetivo. Incluiu 1.586 pacientes com EAM (de 2017 a 2018) em 12 centros de reabilitação alemães, que cumpriram plano de RC, com seguimento antes do início da RC, aos 6 meses de RC e consulta de follow up após término. |
| Resultados: - 864 pacientes (69%) regressaram ao trabalho dentro do período de follow-up. - Desejo de aposentadoria, prognóstico ocupacional autoavaliado negativo, ansiedade focada no coração, tabagismo e insuficiência cardíaca foram negativamente associados à atividade laboral. Treino de resistência e HRQoL foram positivamente associados à atividade laboral. - A HRQoL após 6 meses foi determinada por meio de indicadores de desempenho profissional (por exemplo, desejo de aposentadoria, ansiedade focada no coração, HRQoL física/mental no SF-12, saúde física/mental nos indicadores do questionário de status de reabilitação (IRES-24), stress, bem-estar no índice de bem-estar da Organização Mundial da Saúde e expectativas de autoeficácia) do que por parâmetros clínicos ou desempenho físico. |
| Conclusões: - Na pessoa com doença cardíaca, o desejo de aposentadoria e a ansiedade focada no coração tiveram um impacto dominante em todos os desfechos investigados. - A abordagem global da RC com foco no apoio psicossocial é crucial para o prognóstico de saúde e o regresso ocupacional. |
| Nível de evidência alcançado (se aplicável): <i>Level 3 – Observational – Analytic Designs</i> - Level 3.e – Observational study without a control group |
| Grau de Recomendação: Grade B |

3.2. Apresentação e análise crítica dos estudos

Pela leitura dos estudos selecionados apreende-se que os programas de RC se têm mostrado eficazes ao melhorar significativamente a HRQoL em três domínios distintos na pessoa que sofre um evento como o EAM, nomeadamente: físico, mental e socio-emocional.

A duração dos programas de RC, a prática de exercício físico durante os mesmos, a confrontação com a condição atual e a alteração de hábitos de vida são atitudes valiosas na recuperação da pessoa com EAM.

A execução de programas de RC à distância (telerreabilitação cardíaca) é uma alternativa eficaz, segura e viável à reabilitação em centros, trazendo impactos positivos HRQoL de pessoas com EAM. O uso de tecnologia e monitorização remota potencia os resultados e amplia o acesso aos programas de RC, especialmente para pessoas com barreiras logísticas ou geográficas.

A HRQoL durante os programas de RC é influenciada não apenas pelos aspetos clínicos, mas também por fatores psicossociais como: idade (com possível resistência tecnológica e isolamento em zonas rurais), género (que afeta estratégias de *coping* e evolução emocional) e tipo de suporte oferecido (acompanhamento telefónico revela-se um recurso valioso, especialmente para populações mais vulneráveis).

Após a análise dos artigos selecionados para esta revisão e subsequente levantamento de informações, foi possível identificar três categorias emergentes sobre os benefícios da RC na HRQoL da pessoa com EAM (Tabela 2).

Tabela 2 – Descrição das categorias

| Categorias | Estudos |
|---|---|
| Efeitos da RC na HRQoL da pessoa com EAM -Domínio físico; -Domínio mental; -Domínio socio-emocional. | Hisam, et.al. (A1); Mansilla-Chacón, et.al. (A3); Hurdus, et.al. (A5); Liu, et.al. (A6); Tokarewicz, et.al. (A9); Upadhyay, et.al. (A10); Entradas, et.al. (A11); Endalew, et.al. (A12); Rocha (A13); Yang, et.al. (A14); Vanitha, et.al. (A15); Vanitha, et.al. (A16); Silva, et.al. (A17); Patel, et.al. (A18); Dibben, et.al. (A19); Salzwedel, et.al. (A20) |
| Telerreabilitação e RC <i>home-based</i> na HRQoL da pessoa com EAM | Ntovoli et.al. (A2); Arian et.al. (A4); Hisam et.al. (A7); Patel, et.al. (A18) |
| Idade e género como preditores de HRQoL na pessoa com EAM | Arian, et.al. (A4); Wlodarczyk et.al. (A8); Endalew, et.al. (A12) |

4. Discussão

A RC desempenha um papel indispensável no processo de tratamento, sendo que instituições como o Colégio Americano de Cardiologia e a Associação Americana do Coração recomendam o início de RC precoce após função circulatória estável (Levine, 2016). A RC enfatiza planos de tratamento individualizados de acordo com a situação específica da pessoa. Portanto, pela avaliação detalhada da sua função cardíaca, nível físico e estado psicológico desenvolve-se um programa de reabilitação personalizado para garantir a pertinência e eficácia do tratamento (Guo, 2023).

Os vinte estudos analisados, heterogêneos no seu desenho de investigação e avaliação, evidenciam em diversos âmbitos a intervenção que o EEER pode e deve ter na implementação dos programas de RC e resultados esperados.

Os estudos em questão abordam a HRQoL de vários pontos de vista, pelo que cada um deles carece de revisão pormenorizada.

(1) Efeitos da RC na HRQoL da pessoa com EAM

Domínio físico

Os estudos demonstraram que a duração média dos programas de RC implementados é de 24 semanas, podendo ir até aos 36 meses, com frequência média de três vezes por semana na globalidade dos estudos. Ntovoli et.al (2025) com sessões de 30 minutos de exercício aeróbio, seguido de 15 minutos de treino de força e 15 minutos de treino de equilíbrio e flexibilidade, em contraste com Mansilla-Chacón, et.al. (2021) que, além do treino de força e exercícios de resistência focaram sessões de caminhada, natação e equilíbrio. O mesmo autor refere que a intensidade de atividade física durante o programa de RC está intimamente ligada à HRQoL, em termos físicos e emocionais. Quanto maior a frequência e a duração dos programas exercício físico, maiores serão os resultados na pontuação da HRQoL.

Hurdus, et.al. (2020) faz referência a exercício físico ≥ 150 minutos por semana em complementaridade com o programa de RC e reforça que a RC e a atividade física autorrelatada de ≥ 150 min/semana foram positivamente associadas a melhor HRQoL. Deste estudo apreende-

se que os participantes que integraram a RC apresentaram maiores pontuações de HRQoL em comparação com aqueles que não participaram.

Como resultado do exercício físico verificou-se melhoria em indicadores de função cardíaca, como: diâmetro interno diastólico final do ventrículo esquerdo e fração de ejeção do ventrículo esquerdo. A avaliação da resistência ao exercício mostrou que a distância percorrida no teste de caminhada de 6 minutos foi significativamente aumentada e a incidência de eventos cardíacos adversos menor em grupos de observação do que nos grupos de controle (Yang, et.al. 2024). Ainda para Yang et.al. (2024) a RC tem influência positiva na HRQoL, nomeadamente na dimensão física, afirmando que, por meio de programas de exercícios, como exercícios aeróbicos e treino de força, a RC melhora a função cardiopulmonar e a resistência ao exercício.

Da análise de Hisam et.al. (2025) confirma-se que a prática de exercício físico é eficaz não apenas na redução do risco de fatalidades e futuros internamentos hospitalares, mas também ajuda a melhorar a HRQoL. Entradas et.al. (2023) corrobora esta informação no sentido que a RC é benéfica, segura e eficaz em doentes após EAM, dado que conduz a diversos benefícios dos quais se salientam, a melhoria da função cardíaca e da capacidade de reserva funcional, prevenção da ocorrência de isquémia do miocárdio e na redução do tempo de internamento hospitalar.

O estudo de Patel et. al. (2023) concorda que um programa de RC baseado em exercícios proporciona benefícios significativos, incluindo um menor risco de EAM, um provável ligeiro declínio em todas as causas de mortalidade, uma redução maciça na hospitalização por todas as causas, juntamente com os custos médicos associados.

Para Dibben, et.al. (2022) a participação em programas de RC melhora a HRQoL da pessoa com EAM, reforçando a necessidade de melhorar o acesso à RC para pessoas com doença coronária globalmente. Também Salzwedel, et.al. (2020) concluem que o treino de resistência e HRQoL foram positivamente associados à atividade laboral. Após seis meses de RC, as pessoas em estudo ainda demonstraram bons indicadores de HRQoL (determinada por escalas de bem-estar) confirmando o favorável prognóstico de saúde.

Portanto, incentivar os pacientes a participarem da RC e a praticarem atividade física sustentada pode ser importante para a recuperação pós-EAM

Domínio Mental

No que diz respeito ao domínio mental, Tokarewicz, et.al. (2025), Upadhyay, et.al. (2022) e Rocha (2024) concordam que as pessoas com EAM têm maior risco de desenvolver depressão ou ansiedade. Tokarewicz, et.al. (2025) reforça que após um EAM a pessoa frequentemente apresenta depressão, ansiedade e stresse, dificultando a sua aceitação da doença.

Esses componentes podem ser essenciais durante o início de uma doença, impactando significativamente a HRQoL. Outros estudos vêm corroborar que a prevalência de depressão logo após um EAM varia de 13% a 66%, com sintomas frequentemente persistentes durante os períodos de acompanhamento (Kala et.al., 2016).

De forma semelhante, vários estudos relacionaram a depressão a piores desfechos em pessoas com doenças cardiovasculares (Wheeler et.al., 2012). Upadhyay, et.al. (2022) corrobora esta informação, concluindo que pessoas pós-EAM com depressão clínica apresentam um risco duas vezes maior de novos eventos cardiovasculares e mortalidade, sendo estilos de vida pouco saudáveis, não adesão aos medicamentos prescritos, programas de dieta e exercícios e acompanhamento irregular com seus médicos, mais comuns em pacientes deprimidos. A depressão e a baixa percepção de apoio social prejudicam os domínios físico e social, o que implica o domínio mental da HRQoL. Como tal, uma abordagem holística que inclua cuidados de saúde mental é justificada.

Também para Rocha (2024), o stress e ansiedade foram os fatores mais referidos nas sessões de psicologia e tomados como motivos de atraso na recuperação, bem como influenciadores de novo evento coronário, sendo que o apoio familiar é referido como fundamental para manter as atividades de vida diárias, funcionalidade, maior adesão ao tratamento e melhor ajuste às mudanças de estilo de vida. Da sua análise aferiu que, de forma global, os participantes mostraram-se satisfeitos com os programas de RC, os momentos de partilha em contexto de sessão de psicologia em grupo foram valorizados e os exercícios práticos caracterizados como enriquecedores.

Yang et. al. (2024) concorda que há uma redução do humor negativo após RC, uma vez a pontuação variou drasticamente com o programa implementado.

Outro estudo demonstra que a HRQoL percebida pelas pessoas que sofrem EAM é baixa, devendo-se ao impacto fisiológico e psicológico repentino e profundo do início agudo do EAM, bem como o impacto psicossocial da hospitalização. Além disto, quanto mais comorbilidades as pessoas manifestarem, mais pobre será sua HRQoL (Endalew, et.al. 2021).

Neste sentido Vanitha, et.al (2024) aborda a correlação positiva entre a HRQoL e a modificação do estilo de vida, nomeadamente na boa adesão à medicação após intervenção de enfermagem com os programas de RC na pessoa com EAM. O mesmo autor reforça que as pessoas com EAM reconheceram os desafios físicos enfrentados, além da importância do bem-estar holístico, estando as modificações no estilo de vida e a adesão à medicação profundamente interligadas à HRQoL.

Silva, et.al. (2022) confirma que a intervenção de enfermagem, nomeadamente do EEER, através de programas de RC demonstrou ter um grande impacto na modificação do estilo de vida e redução dos níveis de stresse.

Domínio socio-emocional

A HRQoL, referindo-se à avaliação subjetiva do impacto do estado de saúde das pessoas no seu bem-estar, abrange aspectos do funcionamento físico, mental e socio-emocional, incluindo fatores como a capacidade de realizar atividades diárias, níveis de dor, sintomas de depressão, ansiedade e satisfação geral com a vida (Chen et.al., 2020).

Assim, melhorar a HRQoL para aqueles afetados por EAM requer uma abordagem holística que inclua intervenções médicas, apoio psicológico, assistência social e ajustes no estilo de vida (Srivastava et.al., 2017).

Seguindo este pensamento, Liu et.al. (2024) discute que a RC tem impactado profundamente a sociedade ao melhorar a HRQoL das pessoas, reduzindo as taxas de incapacidade, promovendo a inclusão social, aumentando a conscientização sobre a saúde, aliviando os encargos familiares, otimizando a utilização dos recursos de saúde e promovendo a cooperação interdisciplinar, contribuindo significativamente para o desenvolvimento de uma sociedade mais saudável e inclusiva. Tokarewicz, et.al. (2025) reforça que a comunicação eficaz entre médico/enfermeiro - pessoa, bem como o apoio da família, pode ser útil na recuperação. Essa comunicação promove a compreensão mútua, permitindo que a pessoa assuma um papel mais ativo no processo terapêutico, partilhando informações, incertezas e preocupações, tendo apoio na tomada de decisão (Street et.al., 2009).

A atitude de uma pessoa em relação à sua doença depende de vários fatores, incluindo personalidade, tendências individuais em relação a comportamentos de saúde, autoaceitação da doença, estratégias de *coping* de stress e apoio da família, amigos e sociedade (McCracken

et.al., 2014). Portanto, para a aceitação da doença, é fundamental adaptação e resiliência de forma a manter a estabilidade emocional e a HRQoL (Basinska, 2012).

A educação continua a desempenhar um papel fundamental nas relações enfermeiro-pessoa e enfermeiro-família, constituindo um elemento essencial do cuidado na RC. Neste sentido, nomeadamente o EEER, deve colaborar com a pessoa para definir metas realistas com base nas características específicas da sua condição, implementando programas de RC de enfermagem personalizados, projetados para incentivar mudanças no estilo de vida que melhorem sua saúde geral e HRQoL (Forsey et.al., 2021). É, da mesma forma, importante encorajar os doentes após EAM a aderir a programas de RC o mais precocemente possível, uma vez que procura contribuir para uma melhoria na HRQoL das pessoas com patologia do foro cardíaco, no que diz respeito ao aumento da capacidade funcional, alívio e/ou diminuição dos sinais e sintomas decorrentes da doença e permitir que a pessoa retome a sua autonomia na realização das AVD.

De forma categórica Yang, et.al. (2024), Vanitha, et.al (2024), Silva, et.al. (2022), Patel, et.al. (2023), Dibben, et.al. (2022), Salzwedel, et.al. (2020), abordaram os programas de RC como vetor de mudança e empoderamento para a pessoa com EAM. A incidência de eventos cardíacos adversos foi significativamente menor e a pontuação de humor negativo foi reduzida, traduzindo-se numa clara melhoria de HRQoL. De forma igualmente positiva observa-se a correlação entre a HRQoL e a modificação do estilo de vida, nomeadamente na boa adesão à medicação. A preocupação com a família, hábitos alimentares e de sono, instabilidade financeira, bem-estar geral, vontade de crescer a nível pessoal/ emocional e capacidade para cumprir tarefas básicas foram categorias focadas ao longo dos estudos mencionados e a maior discussão no domínio socio-emocional da pessoa com EAM. Todas estas categorias traduziram alterações positivas na HRQoL.

Sendo a HRQoL um indicador válido da adaptação da pessoa com doença cardíaca à sua condição e da eficácia do seu tratamento, esta assume o desafio de combater a doença por meio de tratamento consistente, monitorização de sua saúde, aquisição de conhecimento e mudanças no estilo de vida, como abandonar hábitos prejudiciais, modificar sua dieta ou incorporar atividade física em sua vida.

Silva, et.al. (2022) reforça que a intervenção do EEER pode identificar os problemas precocemente, e o aconselhamento e a orientação adequados melhorarão a HRQoL das pessoas durante o pós-EAM. De forma geral, a abordagem global da RC com foco no apoio psicossocial é crucial para o prognóstico de saúde e o regresso ocupacional.

(2) Telerreabilitação e RC *home-based* na HRQoL da pessoa com EAM

Programas de RC virtual oferecem atendimento acessível e personalizado, especialmente para pessoas que não podem frequentar RC tradicional (Tokarewicz, et.al., 2025). Um programa de telerreabilitação cardíaca bem organizado, seguro e prático é capaz de lidar com os desafios da distância e das despesas de viagem associadas.

Assim, a implementação de programas de exercícios no domicílio de cada pessoa, com monitorização em tempo real dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio e temperatura corporal), através de dispositivos de telemedicina, fornece uma solução prática para exercitar a pessoa com EAM de forma eficaz e segura. Johnston et al. (2016) demonstraram que o uso de aplicações para telemóvel com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento e o estilo de vida cardiovascular em pacientes com EAM aumentou significativamente a adesão e a satisfação.

Ntovoli et.al. (2025) reforça que a RC *homebased* parece ser tão eficaz quanto a RC tradicional (baseada em centros) na melhoria dos fatores de risco cardiovascular e da capacidade de exercício. Os dispositivos como monitores de frequência cardíaca e eletrocardiograma para monitorizar remotamente a segurança e a intensidade dos exercícios em pessoas com EAM são benéficos para a RC.

De igual forma, Arian et.al. (2021) revelaram que a telemedicina tem um efeito positivo e significativo, em comparação com a RC tradicional, na promoção da dimensão física da HRQoL geral e mental. A monitorização remota reduziu significativamente o número de readmissões hospitalares, melhorou a HRQoL e a dimensão física em pessoas com EAM. Também as componentes emocional, social e global viram alteração positiva no mesmo período, refletindo-se alteração positiva da HRQoL durante a telerreabilitação.

Patel, et.al. (2023) reforça que capacidade de realizar RC em casa pode aumentar a participação, ao mesmo tempo que proporciona resultados comparáveis para a HRQoL e capacidade de exercício destas pessoas. As sessões de telerreabilitação cardíaca estão associadas a melhorias nos níveis de condicionamento físico da pessoa cardíaca, HRQoL e redução nos custos administrativos da reabilitação.

Contudo, apesar do potencial destas tecnologias emergentes, existem diversas barreiras como: acesso limitado à tecnologia, falta de alfabetização digital, preocupações com a privacidade e restrições financeiras. Estes fatores podem dificultar a ampla implementação da

telerreabilitação, particularmente entre idosos e populações socioeconomicamente desfavorecidas. Da análise dos estudos em causa percebe-se que enfrentar esses desafios é essencial para maximizar o impacto dessas tecnologias na melhoria da HRQoL pós EAM.

(3) Idade e género como preditores de HRQoL na pessoa com EAM

Os estudos de Arian, et.al. (2020) Wlodarczyk et.al. (2020), Endalew, et.al. (2021) abordam dois fatores que poderão influenciar a HRQoL de forma marcada, tanto em RC *homebased* como RC tradicional em centros de reabilitação. A idade e o género das pessoas vítimas de EAM mostram-se como grandes preditores da HRQoL nos três estudos analisados.

De uma forma geral, a RC *homebased* depende de tecnologias avançadas e discernimento na sua utilização, pelo que Arian et.al. (2021) detetou uma relação negativa significativa entre o estado mental geral e a idade das pessoas. Este estudo conclui que o estado mental das pessoas com EAM entrava em declínio quanto maior a idade da pessoa a frequentar a RC. Uma das hipóteses dadas como possíveis passa pela tecnofobia em pessoas idosas e dificuldade acrescida na adaptação a novas tecnologias para seguir o programa de RC.

No entanto, nesta faixa etária mais elevada reconheceu-se que a HRQoL foi positivamente influenciada pelo suporte telefónico da equipa multidisciplinar ao longo da RC, permitindo a detecção precoce de complicações ou progresso da doença. Para Endalew, et.al. (2021) ser idoso e viver em áreas rurais é preditor de pior HRQoL, já que o acesso a RC é consideravelmente mais dificultado do que em áreas urbanas e a tecnofobia se mantém presente.

Por outro lado, o estudo de Wlodarczyk et.al. (2020) trouxe algumas diferenças significativas na HRQoL entre género. Da análise do autor concluiu-se que o género feminino tem pior HRQoL no domínio mental-emocional, já que apresenta mais traços de ansiedade e menos curiosidade do que o masculino. De igual forma, o género feminino diferenciou-se nas estratégias de adaptação ao longo da RC, já que no início a HRQoL se mantinha em valores reduzidos, mas rapidamente foi colmatado no fim do programa, sugerindo uma grande plasticidade à RC.

Traços de ansiedade parecem desempenhar um papel negativo semelhante em ambos os géneros, pelo que Wlodarczyk, et.al. (2020) faz menção à relação negativa entre ansiedade e HRQoL na pessoa com doença cardíaca durante a recuperação a longo prazo, devendo ser dada

atenção a essas pessoas altamente ansiosas, independentemente do gênero.

5. Conclusão

A presente scoping review surgiu da necessidade de abordar um tema de extrema pertinência e de encontro com a área de estágio abordada neste relatório. Embora haja uma baixa incidência de AVC pós-EAM, ambos são e duas doenças cerebrovasculares importantes, sendo fulcral a prevenção e promoção da saúde e qualidade de vida.

Como mencionado neste estudo, a RC engloba intervenções multifacetadas e personalizadas, que intervém nos domínios físico, psicológico e social. Assim, a enfermagem participa de inúmeros papéis na equipa multidisciplinar incluída num programa de reabilitação, sendo o EEER responsável pelas sessões de exercício físico, bem como a sua monitorização. De forma semelhante, tem uma intervenção complementar na prescrição de exercício físico, controlo de fatores de risco, educação, intervenção social e psicológica, intervenção nutricional, na cessação tabágica e no seguimento do doente.

Tornou-se, assim, clara a necessidade de compreender que benefícios traz a RC na HRQoL da pessoa acometida por EAM. A evidência científica recolhida permitiu inferir o impacto positivo dos programas de RC na qualidade de vida da pessoa com EAM, no que concerne os três domínios (físico, psicológico, socio-emocional) no sentido da tolerância ao exercício físico, modificação de hábitos e estilos de vida, educação para fatores de risco cardiovasculares e cumprimento de terapêutica, visão positiva dos domínios físicos, mental e social, com redução da ansiedade, stress e reinternamentos, bem como acompanhamento no regresso à atividade laboral.

Da mesma forma foi comprovado que a qualidade de vida associada aos programas de RC é semelhante em RC tradicional e *homebased*. Por este motivo deve-se apostar em fomentar a cultura de programas *homebased*, com vantagens no conforto durante a recuperação, sendo integralmente executado no domicílio da pessoa e com monitorização atenta por profissionais de excelência, com recurso a dispositivos eletrónicos avançados, detetando de forma precoce e segura alterações que coloquem a causa a recuperação e continuidade do programa.

No âmbito da idade, apesar da população idosa se mostrar reticente às novas tecnologias em forma de dispositivos, ficou assente que o contacto telefónico como via de seguimento da pessoa se mostrou muito positivo na saúde mental dos idosos, com acompanhamento frequente. A diferença de enfrentamento da doença entre géneros é notável, sendo o feminino o que sofre

de mais ansiedade, stress e humor negativo num período pós evento imediato. Pela análise dos estudos percebe-se que, ainda assim, e apesar de ambos estarem afetados com visões diferentes, ambos os géneros demonstram uma grande plasticidade aos programas de RC, o que denota uma posição importante para a recuperação.

A abordagem global da RC é crucial para o bom prognóstico de saúde. É importante enfatizar os ganhos em saúde no cuidado à pessoa com EAM, alcançados pela implementação das diferenciadas intervenções, nomeadamente de enfermagem de reabilitação.

Conclusão final

O presente relatório teve como objetivo a reflexão do processo de aquisição de competências comuns e específicas do EEER, refletindo criticamente na prática clínica dos estágios do plano curricular preconizado, como vetor de consolidação de conhecimentos teóricos e obtenção de conhecimentos práticos.

Os estágios são uma brilhante oportunidade para o processo formativo que decorre da especialidade em Enfermagem de Reabilitação. A prática clínica evidenciou situações importantes para aplicação de teoria adquirida em contextos prévios, com técnicas especializadas, sob supervisão clínica atenta. Em todos estes momentos fui capaz de desenvolver a minha capacidade de diagnóstico de focos de Enfermagem de Reabilitação passíveis de alteração, de planear e executar as respetivas intervenções, bem como fazer uma avaliação crítica dos cuidados prestados.

O EEER é pedra angular na gestão de cuidados e promoção da saúde. A comunicação privilegiada com a restante equipa multidisciplinar e o papel preponderante na recuperação e reintegração da pessoa na comunidade, com qualidade de vida e segurança, constituiu a mais valia do EEER em todos os contextos e ciclo vital da pessoa.

A procura constante de conhecimento atualizado é fundamental para a qualidade de cuidados prestados e a partilha com os pares sempre um momento privilegiado. Ao longo do estágio mantive uma postura assertiva e de curiosidade, questionando e pesquisando temas que suscitaram dúvidas, e criando hábitos e metodologia de investigação que viriam a ser importantes no meu dia a dia para tomar decisões baseadas na evidência científica, com fundamento sólido.

A scoping review desde cedo se mostrou um desafio de investigação, sobre um tema pelo qual nutro carinho e que precisa de ser difundido e estudado. O EAM apresentou-se como um dos diagnósticos ou antecedentes pessoais mais comuns ao longo do meu estágio. E, estando a RC longe de ser acessível em todo o país, parece-me de extrema importância elencar todos os benefícios que advém destes programas de reabilitação, evidenciando concretamente as alterações na vida da pessoa com EAM.

A despeito deste estudo é claro: programas de RC adaptados devem ser prescritos e o EEER fazer parte integral da sua implementação e avaliação, colhendo inúmeros benefícios como o aumento da tolerância ao exercício físico, visão positiva dos domínios físicos, mental e social, com redução da ansiedade, stress e reinternamentos, bem como acompanhamento no regresso à atividade laboral. Da sua obrigação deve promover a modificação de estilos de vida e educação para fatores de risco cardiovasculares/ terapêutica.

Em modo de conclusão: a prática em supervisão clínica aliada à componente de investigação permitiu o desenvolvimento de competências importantes, essenciais ao exercício da Especialidade, com visão holística centrada sempre na pessoa.

Referências Bibliográficas

Abreu, A., Mendes, M., Dores, H., Silveira, C., Fontes, P., Teixeira, M., Santa Clara, H.,
Morais, J. (2018) Mandatory criteria for cardiac rehabilitation programs: 2018
guidelines from the Portuguese Society of Cardiology *Portuguese Journal of
Cardiology*. Volume 37, Issue 5, May 2018, Pages 363-373

DOI: [10.1016/j.repc.2018.02.006](https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.02.006)

Aguiar, C.A.S., Barbosa e Silva, M.C., Queiroz, S.A., Santos, R.L.S. (2021) Modelo de
promoção da saúde como aporte na prática de enfermagem. *Saúde Coletiva*. DOI:

<https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i64p5604-5615>

Alves L, Polanczyk CA. (2020) Hospitalization for Acute Myocardial Infarction: A
Population-Based Registry. *Arq Bras Cardiol*. Nov;115(5):916-924. English,

Portuguese. PMID: 32965396; PMCID: PMC8452198. DOI: [10.36660/abc.20190573](https://doi.org/10.36660/abc.20190573)

Arian, M., Valinejadi, A., Soleimani, M. (2021). Quality of Life in Heart Patients Receiving
Telerehabilitation: An Overview with Meta-Analyses. *Iran J Public Health*, Vol. 51,
No.11, Nov 2022, pp.2388-2403. <https://ijph.tums.ac.ir/index.php/ijph>

Basinska, M., Andruszkiewicz, A. (2012). Health Locus of Control in Patients With Graves-
Basedow Disease and Hashimoto Disease and Their Acceptance of Illness. *Int. J.*

Endocrinol. Metab. 2012, 10, 537–542. DOI: [10.5812/ijem.3932](https://doi.org/10.5812/ijem.3932)

Carvalho, H. (2016) Management of non-ST-elevation myocardial infarction: A constant
challenge. *Portuguese Journal of Cardiology* Volume 35, Issue 12, December 2016,

Pages 655-657 DOI: [10.1016/j.repce.2016.10.002](https://doi.org/10.1016/j.repce.2016.10.002)

- Chen, C., Liu, G.G., Shi, Q.L., Sun, Y., Zhang, H., Wang, M. J., Jia, H. P., Zhao, Y. L., Yao, Y. (2020). Health-Related Quality of Life and Associated Factors Among Oldest-Old in China. *J. Nutr. Health Aging* 2020, 24, 330–338 DOI: [10.1007/s12603-020-1327-2](https://doi.org/10.1007/s12603-020-1327-2)
- Despacho n.º 9390. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Utentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Dibben, G. O., Faulkner, J., Oldridge, N., Rees, K., Thompson, D.R., Zwisler, A., Taylor, R. S. (2023). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: a meta-analysis. *European Heart Journal* (2023) 44, 452–469
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac747>
- Direção Geral de Saúde (2017). *Relatório do Programa Nacional para as Doenças cerebrovasculares 2017*. <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares-2017.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Rede de Referenciação Hospitalar de Neurologia*.
<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/03/RRH-Neurologia-aprovada-26-03-2018.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2012). *Norma Precauções Básicas do controlo da Infeção (PBCI)*. Norma no 029/2012. https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/precaucoes_basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf
- Endalew, H.L., Liyew, B., Tarekegn, G.E., Baye, Z. (2021). Health-Related Quality of Life and Associated Factors among Myocardial Infarction Patients at Cardiac Center, Ethiopia. *BioMedResearch International*, 2021, 6675267, 15 pages, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/6675267>

Entradas, C., Silvestre, F. (2023). Health outcomes resulting from cardiac rehabilitation in the person after acute myocardial infarction: a literature review. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. São Paulo, v.9.n.07. jul. 2023.

<https://doi.org/10.51891/rease.v9i7.10631>

Escola Superior de Saúde de Viseu - Instituto Politécnico de Viseu. (2021). Guia Orientador de trabalhos escritos. [https://www.essv.ipv.pt/wp](https://www.essv.ipv.pt/wp-content/uploads/UNICISE/DOCUMENTOS/GuiaTrabalhosEscritos2021.pdf)

[content/uploads/UNICISE/DOCUMENTOS/GuiaTrabalhosEscritos2021.pdf](https://www.essv.ipv.pt/wp-content/uploads/UNICISE/DOCUMENTOS/GuiaTrabalhosEscritos2021.pdf)

Fadah, K.; Hechanova, A.; Mukherjee, D. (2022). Epidemiology, Pathophysiology, and Management of Coronary Artery Disease in the Elderly. *Int. J. Angiol.* 2022, 31, 244–250. DOI: [10.1055/s-0042-1751234](https://doi.org/10.1055/s-0042-1751234)

Forsey, J., Ng, S., Rowland, P., Freeman, R., Li, C., Woods, N. N. (2021). *The Basic Science of Patient–Physician Communication: A Critical Scoping Review*. *Acad. Med.* 2021, 96, S109–S118. DOI: [10.1097/ACM.00000000000004323](https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000004323)

Guo SS, Xu JH, Xue T. (2023). *Research progress on the application of early cardiac rehabilitation in postoperative care of PCI in patients with acute coronary syndrome*. *Huli Yanjiu* 2023; 37: 1778-1782

Hisam, A., Ul Haq, Z., Khan, Z., Masood, S., Pell, J., Doherty, P. (2025). Effectiveness of Cardiac Rehabilitation on Health-Related Quality of Life in Coronary Artery Disease Patients in Low and Middle-Income Countries. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan* 2025, Vol. 35(02):221-228 DOI: [10.29271/jcpsp.2025.02.221](https://doi.org/10.29271/jcpsp.2025.02.221)

Hisam A, Zia-ul-Haq, Aziz S, Doherty P, Pell J. (2022). Effectiveness of Mobile Health Augmented Cardiac Rehabilitation (MCard) on health-related quality of life among post-acute coronary syndrome patients: A randomized controlled trial. *Pak J Med Sci.* 2022;38(3):716-723. DOI: <https://doi.org/10.12669/pjms.38.3.4724>

- Hurdus, B., Munyombwe, T., Bernadette Dondo, T., Aktaa, S., Oliver, G., Hall, M., Doherty, P., Hall, A. S. Gale, C. P. (2020). Association of cardiac rehabilitation and health-related quality of life following acute myocardial infarction. *Heart* 2020; 106:1726–1731. [http:// dx. doi. org/ 10. 1136/ heartjnl- 2020- 317497](http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2020-317497)
- Joanna Briggs Institute. (2013). *Levels of Evidence*. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
- Joanna Briggs Institute. (2014). *Grades of recommendation*. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-grades-of-recommendation_2014.pdf
- Johnston, N., Bodegard, J., Jerström, S., Åkesson, J., Brorsson, H., Alfredsson, J., Albertsson, P. A., Karlsson, J. E., Varenhorst, C. (2016). Effects of Interactive Patient Smartphone Support App on Drug Adherence and Lifestyle Changes in Myocardial Infarction Patients: A Randomized Study. *Am. Heart J.* 2016, 178, 85–94.
DOI: [10.1016/j.ahj.2016.05.005](https://doi.org/10.1016/j.ahj.2016.05.005)
- Kala, P., Hudakova, N., Jurajda, M., Kasperek, T., Ustohal, L., Parenica, J., Sebo, M., Holicka, M., Kavanovsky, J. (2016). *Depression and Anxiety after Acute Myocardial Infarction Treated by Primary PCI*. PLoS ONE 2016, 11, e0152367.
DOI: [10.1371/journal.pone.0152367](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152367)
- Lebre, A., Resendes, A., Barbosa, C., Paiva, A., Pereira, C., & Gaspar Filomena. (2022). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 Documento Técnico para Implementação
- Levine G. N., Bates E. R., Bittl J. A., Brindis R. G., Fihn S. D., Fleisher, L. A., Granger, C. B., Lange, R. A., Mack, M. J., Mauri, L., Mehram, R., Mukherjee, D., Newby, L. K., O’Gara, P. T., Sabatine, M. S., Smith, P. K., Smith, S. C. (2016). *Guideline Focused Update on Duration of Dual Antiplatelet Therapy in Patients With Coronary Artery*

Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Sep 6;134(10): e123-55.

DOI: [10.1161/CIR.0000000000000404](https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000404)

Liu J, Zhao Q, Shen Q, Meng X, Zheng Y, Lu, C., Zheng, Y. (2024). Advances in theories and models of cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction: A narrative review. *Medicine* 2024; 103:51(e39755). DOI: [10.1097/MD.00000000000039755](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000039755)

Lockwood, C., Munn, Z., & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: Methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 179–187.

<https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000062>

Machado, D., Rocha, M., Machado, N., Queiroz, H. F., Freitas, S. O., Alves, B. S., Diniz, F., Mendonça, C. M. (2022) The impact os clinical neurological pathologies for public health. *Brazilian Journal of Health Review* Curitiba, v. 5, n.4 p.13774-13787, july/august. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n4-147>

Mansilla-Chacón, M., Gómez-Urquiza, J.L., Martos-Cabrera, M.B., Albendín-García, L., Romero-Béjar, J.L., Cañadas-De La Fuente, G.A., Suleiman-Martos, N. (2025). Effects of Supervised Cardiac Rehabilitation Programmes on Quality of Life among Myocardial Infarction Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Cardiovasc. Dev. Dis.* 2021, 8, 166. <https://doi.org/10.3390/jcdd8120166>

Martins, R., Fernandes, J., Martins, S., Carvalho, N., Batista, S. (2021) *Eficiência da reabilitação cardíaca na qualidade de vida da pessoa: revisão integrativa da literatura*. *Servir*, 2(1), 83-93. <https://doi.org/10.48492/servir0201.25859>

- McCracken, L.M.; Vowles, K.E. (2014). *Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Chronic Pain: Model, Process, and Progress*. *Am. Psychol.* 2014, 69, 178–187. DOI: [10.1037/a0035623](https://doi.org/10.1037/a0035623)
- Norma no 029/2012. (2012). Norma da Direção-Geral da Saúde Precauções Básicas do controlo da Infecção (PBCI). https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/precaucoes_basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf
- Novo, A., Delgado, B., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L., Loureiro, Maria de Fátima de Sequeira (2020). *Reabilitação cardíaca - evidência e fundamentos para a prática*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-92-5
- Ntovoli, A.; Mitropoulos, A.; Anifanti, M.; Koukouvou, G.; Kouidi, E.; Alexandris, K. (2025). *Can Online Exercise Using Wearable Devices Improve Perceived Well-Being? A Study Among Patients with Coronary Artery Disease*. *Sensors* 2025, 25, 698. <https://doi.org/10.3390/s25030698>
- Oliveira, T. M. R., Amaral, L. H., & Amaral, C. L. C. (2023). A prática pedagógica reflexiva em questão: Estudo de caso de uma escola brasileira. *Revista Portuguesa de Educaçao*, 36(2). <https://doi.org/10.21814/RPE.24860>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Código Deontológico. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição de título profissional de Enfermeiro Especialista*. Lisboa, 19 de outubro de 2021 <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](#)

Patel, L., Gulrandhe, P., Jain, M., Vardhan, V. (2023). Recent Strategies for Cardiac Rehabilitation in Post-Myocardial Infarction Patients: A Narrative Review. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2023 Aug, Vol-17(8): KE01-KE03. DOI <https://doi.org/10.7860/JCDR/2023/61800.18278>

Pereira, S., Costa, I. S., Veiga, R. S., Mateus, H., Mesquita, I, B. (2024) Principais causas de mortalidade em Portugal: o interesse da população num estudo longitudinal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* 2024, 40:347-52. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v40i4.13756>

Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). *JBIMES-20-12*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.

Portugal, Regulamento n.º 140/2019. (2019, fevereiro 6). Regulamento das Competências Comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2ª série-nº 26-6 de fevereiro de 2019 - OE. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Portugal, Regulamento n.º 392/2019. (2019, maio 3). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03, páginas 13565 – 13568. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Portugal, Regulamento n.º 613/2022 de 8 de julho. (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>

Ribeiro, C. (2020). *Acidente Vascular Cerebral isquémico em doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio prévio Incidência, preditores e prevenção de fenómenos cardioembólicos (estudo retrospectivo)*. Covilhã

- Roberts, T., Leonard, G., Cepela, D. (2016) *Classifications in Brief: American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale*. Clin Orthop Relat Res. 2016 Nov 4;475(5):1499–1504. DOI: 10.1007/s11999-016-5133-4. DOI: [10.1007/s11999-016-5133-4](https://doi.org/10.1007/s11999-016-5133-4)
- Rocha, A. R. (2024). *Análise efetiva de um protocolo de reabilitação cardiovascular: um estudo qualitativo com utentes*. Instituto Universitário de Ciências da Saúde. <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/4752>
- Salzwedel, A., I.Koran, E. Langheim, A. Schlitt, J. Nothroff, C. Bongarth, M. Wrenger, K. Wegscheider, H. Voller. (2020). *Significance of patient-reported outcomes for occupational resumption and quality of life after cardiac rehabilitation*. Preventive Cardiology– Rehabilitation: Outcomes. 3107 <https://doi.org/10.1093/ehjci/ehaa946.3107>
- Santos, M., Bittencourt, G., Beserra, P., Nóbrega, M. (2022) Teoria geral do autocuidado segundo o modelo de análise teorias de Meleis. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21047. <https://doi.org/10.12707/RV21047>
- Silva, A. B. B., Alves, M. F., Ferreira, K. G., Guerra, H. S., Brugnoli, A. V. D., Silva, R. (2022). Qualidade de vida em pacientes infartados participantes de um programa de reabilitação cardíaca. *Vittalle – Revista de Ciências da Saúde* v. 34, n. 1 (2022) 17-25. DOI: <https://doi.org/10.14295/vittalle.v34i1.13612>
- Srivastava, S., Shekhar, S., Singhbhatia, M., Dwivedi, S. (2017). *Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease and Panic Disorder: A Comparative Study*. Oman Med. J. 2017, 32, 20–26. DOI: [10.5001/omj.2017.04](https://doi.org/10.5001/omj.2017.04)
- Street, R.L., Makoul, G., Arora, N.K., Epstein, R.M. (2009). *How Does Communication Heal? Pathways Linking Clinician–Patient Communication to Health Outcomes*.

Patient Educ. Couns. 2009, 74, 295–301. DOI: [10.1016/j.pec.2008.11.015](https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015)

Vasco, J. (2018). *Reabilitação Cardíaca – a segunda oportunidade do coração*. Clínica

Universitária de Cardiologia. Universidade de Lisboa.

<http://hdl.handle.net/10451/42255>

Teixeira, F., Saraiva, D., Milho, D., Nunes, D., Mesquita, C., Ferreira, D. (2023). Predictive

indicators of self-care – systematic literature review. *Revista Portuguesa de*

Enfermagem de Reabilitação Vol 6, nº 2. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.324>

Thygesen, K., Alpert, J.S., Jaffe, A.S., Chaitman, B.R., Bax, J.J., Morrow, D.A., White, H. D.

(2018). ESC Scientific Document Group. Fourth Universal Definition of Myocardial

Infarction. *Eur. Heart J.* 2019, 40, 237–269. DOI: [10.1016/j.jacc.2018.08.1038](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.08.1038)

Tokarewicz, J., Jankowiak, B., Klimaszewska, K., Świączkowski, M., Matlak, K.,

Dobrzycki, S. (2025). Acceptance of Illness and Health-Related Quality of Life in

Patients After Myocardial Infarction—Narrative Review. *J. Clin. Med.* 2025,14,729.

DOI: [10.3390/jcm14030729](https://doi.org/10.3390/jcm14030729)

Upadhyay, V., Singh Bhandari, S., Prasad Rai, D., Dutta, S., García-Grau, P., Vaddiparti, K.

(2022). Improving depression and perceived social support enhances overall quality

of life among myocardial infarction survivors: necessity for integrating mental health

care into cardiac rehabilitation programs. *Egypt J Neurol Psychiatry Neurosurg*

<https://doi.org/10.1186/s41983-022-00521-6>

Vanitha, N., Paneer Selvam, T.T., Asaithambi, N., Johnson, H., Rajendran, S.S. (2024).

Impact of nurse led cardiac rehabilitation session among post myocardial infarction

clientes. *DEC Volume 20 Issue 12*. DOI:[10.5281/zenodo.10398794](https://doi.org/10.5281/zenodo.10398794)

Vanitha, N., Paneer Selvam, T.T., Asaithambi, N., Johnson, H., Shanmugam, R.S. (2024).

Cardiac rehabilitation and life after myocardial infarction. *DEC Volume 20 Issue 12*.

Vieira-Marques, C., & Sousa, L. (2023). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (Sabooks Editora., Ed.; 1ªed.).

Wheeler, A., Beltrame, J., Tucker, G., Air, T., Ling, L.H., Shrader, G. (2012). Depression and 5-Year Mortality in Patients with Acute Myocardial Infarction: Analysis of the IDACC Database. *Aust. New Zealand J. Psychiatry* 2012, 46, 669–675.

DOI: [10.1177/0004867412449875](https://doi.org/10.1177/0004867412449875)

Wlodarczyk, D., Zietalewicz, U. (2020). *How gender-specific are predictors of post-MI HRQoL? A longitudinal study*. *Health and Quality of Life Outcomes* (2020) 18:202.

<https://doi.org/10.1186/s12955-020-01439-4>

Yang, M., Huang, Y.T., Hu, X.W., Wu, C.L. (2024). Effect of cardiac rehabilitation care after coronary intervention on cardiac function recovery and negative mood in patients with myocardial infarction. *World J Clin Cases* 2024 January 6; 12(1): 59-67.

DOI: [10.12998/wjcc.v12.i1.59](https://doi.org/10.12998/wjcc.v12.i1.59)

Apêndices

Apêndice A: Folheto “Paralisia Facial”

MEDICINA INTERNA – ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
GUARDA

PARALISIA FACIAL: EXERCÍCIOS RECOMENDADOS



1. Enrugar a testa



2. Unir as sobrancelhas



3. Fechar os olhos com força



4. Sorrir sem mostrar os dentes



5. Sorrir a mostrar os dentes



6. Assobiar/ Soprar um apito



7. Dirigir ar para as bochechas



8. Depressão do lábio inferior

- Deve estar concentrado ao realizar os exercícios.
- Sentado em frente a um espelho, de preferência.
- Executar mais do que uma vez por dia.

Apêndice B: Intervenção do EEER na pessoa com disfagia



**Politécnico
de Viseu**
Escola Superior
de Saúde de Viseu

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com Disfagia

Ana Rita Tavares Pereira 29515

Tânia Mendonça Reigado 29508

Maio de 2025



Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com Disfagia

Ana Rita Tavares Pereira 29515

Tânia Mendonça Reigado 29508

Trabalho elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Reabilitação II, a decorrer no Serviço de Neurocirurgia da Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, sob a tutoria dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação Elsa Monteiro e Hugo Moita

Maio de 2025

Sumário

| | |
|----------------------------------|----|
| Lista de siglas | |
| Introdução | 7 |
| 1. Deglutição | 9 |
| 2. Disfagia | 11 |
| Conclusão | 14 |
| Referências Bibliográficas | 15 |
| Anexo A | 17 |
| Apêndice A | 18 |

Lista de siglas

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

GUSS – The Gugging Swallowing Screen

JBI – Joanna Briggs Institute

Introdução

A elaboração do presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem II – Processo Neurológico Traumático – Contexto Hospitalar, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, 7.ª Edição da Escola Superior de Saúde de Viseu.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) é responsável por criar, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação personalizados, sustentados nos problemas reais e potenciais de cada pessoa. A sua intervenção visa promover um diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenir complicações e evitar incapacidades promovendo qualidade de vida (Regulamento nº 392/2019).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2022), a disfagia é um problema comum, sendo essencial a identificação precoce dos distúrbios relacionados à deglutição. Para isso, podem ser utilizados instrumentos válidos que avaliem a deglutição de forma segura, permitindo detetar a disfagia rapidamente e adaptar estratégias específicas para cada pessoa.

Faz parte das competências do EEER conceber, implementar e monitorizar programas de reabilitação para pessoas com alterações reais ou potenciais da deglutição. Também é sua responsabilidade formar outros enfermeiros no uso de instrumentos de avaliação da deglutição, capacitando-os para a aplicação adequada desses instrumentos, com o objetivo de prevenir complicações e garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

1. Deglutição

A deglutição é descrita como um processo complexo através do qual o alimento se desloca da cavidade oral até ao esófago, terminando no estômago. Estando intimamente ligada ao sistema digestivo é importante compreender que este é constituído por órgãos classificados em: canal alimentar e órgãos digestivos acessórios. Estes órgãos, com as suas funções particulares, trabalham para processar o alimento (Carmo, 2023):

- Ingestão: colocação do alimento na cavidade oral, ou seja, o ato de comer;
- Propulsão: movimentação do alimento pelo canal alimentar, incluindo a deglutição e a peristalse;
- Quebra mecânica: inclui a mastigação, a mistura do alimento no estômago e a segmentação;
- Digestão: quebra do complexo de moléculas alimentares em componentes químicos por enzimas;
- Absorção: transporte dos produtos da digestão (carboidratos, proteínas, vitaminas, minerais e água) do canal alimentar para o sangue ou para a linfa;
- Defecação: excreção de substâncias não digeridas do corpo.

Segundo a mesma fonte, o processo de deglutição é constituído por três fases, envolvendo 22 (vinte e dois) grupos musculares (entre cavidade oral, faringe e esófago).

A Fase Oral é voluntária. Neste momento, o alimento ingerido e quebrado pela mastigação, movimentos da língua, saliva e dentes (bolo alimentar) é deglutido pela contração da língua, que desloca o bolo contra o palato mole e, posteriormente, até a orofaringe. A pressão na orofaringe ativa o Glossofaríngeo (IX), que irá iniciar e controlar as próximas fases da deglutição;

A Fase Faríngea é involuntária, ocorrendo o movimento do bolo alimentar da orofaringe até ao esófago. A nasofaringe é separada da orofaringe e da laringofaringe pela elevação do palato mole e da úvula. A faringe eleva-se fazendo com que a epiglote bloqueie a traqueia, enquanto o esfíncter esofágico superior relaxa e se abre, permitindo que o alimento entre no esófago. Durante esta fase do processo de deglutição a respiração é inibida e a epiglote bloqueia a via aérea superior para prevenir que o bolo alimentar e os líquidos ingeridos entrem nas vias aéreas e sejam inalados. Estão envolvidos neste momento cinco pares cranianos: Vago (X), Trigêmeo (V), Facial (VII), Glossofaríngeo (IX), Acessório (XI) e Hipoglosso (XII).

A Fase Esofágica é involuntária. O bolo alimentar é propelido na direção do estômago pela peristalse ou contrações peristálticas (contrações e relaxamentos alternantes e

10

involuntários da musculatura lisa do trato digestivo - músculos constritores superior, médio e inferior - que juntos formam a camada circular externa da faringe). Quando o bolo alimentar se aproxima do estômago, o esfíncter esofágico inferior abre permitindo a sua passagem, fechando-se, posteriormente, para evitar a regurgitação do conteúdo gástrico.

A avaliação da deglutição clínica invasiva ou não-invasiva tem como objetivo detetar a presença de disfagia, caracterizar a sua gravidade, determinar as causas, planejar a reabilitação e aferir os resultados do tratamento.

Os testes denominados invasivos incluem: a videofluoscopia da deglutição; a videoendoscopia da deglutição; a esofagoscopia transnasal; a ultrassonografia; a eletromiografia; a cintigrafia; a manometria faríngea e a auscultação cervical (Dias, 2015).

Para Santos et.al. (2023) a avaliação clínica não-invasiva baseia-se em:

- Informação Clínica: história clínica, familiar e antecedentes pessoais;
- Estado mental/ funções cognitivas: estado de consciência, orientação, atenção, memória, comportamento, percepção e funções executivas;
- Pares cranianos (V, VII, IX, X, XI, XII): músculos da mastigação/sensibilidade da face; simetria facial (lábios e músculos bucinadores) / paladar 2/3 anteriores da língua; sensibilidade e motricidade da úvula e palato mole/paladar 1/3 posterior da língua; tom de voz; movimentos da cabeça; movimentos da língua;
- Reflexos: de deglutição, tosse, velopalatino, faríngeo;
- Linguagem, postura/ controlo da cabeça na posição de sentado; aparência da mucosa oral (coloração, estado de hidratação), estado nutricional da pessoa, peças dentárias presentes e a sua condição, tempo que demora a iniciar a deglutição após ser pedido que o faça, o padrão respiratório (incluindo as saturações periféricas de oxigénio), capacidade para a pessoa fazer apneia de forma voluntária, verificar se a pessoa consegue ou não provocar tosse eficaz, observar se existe movimento faríngeo quando é deglutida a saliva, observar capacidade de deglutir a saliva ou secreções.

2. Disfagia

A deglutição pode ser comprometida por fatores neurológicos, obstrutivos, degenerativos ou de origem cognitiva. Nesse sentido, uma alteração em qualquer fase da deglutição pode originar disfagia, sendo definida como a sensação de impedimento à passagem de material líquido ou sólido (ou ambos) quando este é deglutido.

O tipo de disfagia e a sua complexidade é determinado não só pela extensão, mas também pela gravidade das lesões e antecedentes pessoais de doença da pessoa. Os avanços na avaliação instrumental da deglutição permitem identificar alterações anatômicas e fisiológicas específicas, mas a identificação da disfunção e da etiologia da disfagia podem permanecer desconhecidas sem uma compreensão básica da fisiologia da deglutição e das mudanças que ocorrem com o envelhecimento. Estados patológicos comuns como depressão, disfunção cognitiva, demência ou alterações comportamentais podem atrasar o reconhecimento da disfagia (Carvalho et. al, 2023).

A disfagia inclui a dificuldade em iniciar a deglutição, característico da disfagia orofaríngea, assim como a percepção de que os líquidos e/ou sólidos ficam retidos, na sua transição da boca até ao estômago, característico da disfagia esofágica.

A disfagia orofaríngea é uma condição clínica com uma alta prevalência, que afeta até 13% da população adulta com mais de 65 anos e cerca de 50% dos adultos institucionalizados (Carvalho et. al, 2023). Na disfagia orofaríngea a pessoa sente dificuldade em iniciar a deglutição. Os sintomas mais frequentes são a regurgitação nasal, tosse, diminuição do reflexo de tosse, fala nasalada e engasgamento. Na fase oral denota-se alterações quanto ao encerramento labial, alterações na mobilidade da língua e sensibilidade oral. Na fase faríngea, as alterações mais evidenciadas são a falta ou atraso do reflexo de deglutição, a subida da laringe de forma assimétrica, a alteração da sensibilidade da câmara faríngea, ou o encerramento das cordas vocais de forma anormal (Santos, 2023).

Na disfagia esofágica a fraqueza da musculatura conduz à disfunção do peristaltismo esofágico e a doença de refluxo gastroesofágico, predispondo estes indivíduos ao risco de aspiração associada ao refluxo (Carvalho et. al, 2023). Nesta disfagia a pessoa sofre de uma disfunção cricofaríngea, que é devida a um atraso na abertura do esfíncter esofágico, a uma abertura efetuada de forma incompleta ou ao encerramento prematuro do esfíncter (Santos et. al 2023).

12

Os sinais e sintomas de disfagia podem passar por dificuldade em gerir a quantidade de secreções/ perda involuntária de saliva, ausência/ abolição do reflexo de tosse de forma voluntária, alteração no tom de voz, diminuição/ abolição dos movimentos da boca e língua, presença de comida de refeições anteriores, perda ponderal de peso, aumento do tempo necessário para a refeição, alterações do padrão respiratório durante a refeição, acumular de alimentos nas partes laterais da boca (bochechas), descoordenação entre mastigação e deglutição, deglutições múltiplas, regurgitação nasal e/ou oral, infeções respiratórias de repetição, voz rouca ou molhada, apresentar espirros ou tosse durante a refeição e/após o fim; e sucessivas tentativas de pigarrear (JBI, 2000).

A disfagia pode advir como consequência de um Acidente Vascular Cerebral, Traumatismo Crânio-Encefálico, Esclerose Múltipla, Esclerose Lateral Amiotrófica, alguns tipos de cancro, Doença de Parkinson, Demências, Entubação oro-traqueal prolongada ou cirurgia otorrinolaringológica. O processo natural de envelhecimento também produz alterações na anatomia da cabeça e pescoço, bem como em vários mecanismos neuronais e musculares, causando uma perda de reserva funcional que pode afetar a deglutição (Carvalho et. al. 2023).

As escalas de avaliação de disfagia mencionadas na literatura são (Dias, 2015):

- + The Mann Assessment of Swallowing Ability;
 - + The Modified Mann Assessment of Swallowing Ability;
 - + Cancer-specific Swallowing Assessment Tool;
 - + The Clinical Dysphagia Scale, Penetration Aspiration Scale;
 - + Dysphagia-Specific Quality of Life;
 - + Dysphagia-Specific Quality of Care;
 - + Deglutition Handicap Index;
- + The Dysphagia Handicap Index;
 - + 3-ounce Water Swallow Test;
 - + The Gugging Swallowing Screnn;
 - + The Toronto Bedside Swallowing Screening Test;
 - + Acute Stroke Dysphagia Screen;
 - + National Outcome Measurement System;
 - + Swallowing Disturbance Questionnaire;
 - + Sydney Swallow Questionnaire; • Munich Dysphagia Test.

A escala mais amplamente difundida em Portugal, The Gugging Swallowing Screen (GUSS) é de simples aplicação, passando por uma fase de exame indireto com posterior fase de exame direto (Anexo A).

A aspiração com conseqüente pneumonia de aspiração, a desnutrição e a desidratação provocadas pela redução de ingestão de sólidos e líquidos tem como resultado a diminuição da qualidade de vida e aumento do risco de mortalidade. Uma pessoa que sofra de disfagia pode sofrer de isolamento social, afastando-se ela própria de atividades com outras pessoas, o que poderá levar também à depressão.

O rastreio deve ser realizado por um profissional de saúde para identificar as pessoas com risco de disfagia. A avaliação da deglutição exige um processo com três etapas: rastreio (para identificar uma potencial disfagia); a avaliação clínica (para validar a presença de disfagia e determinar a melhor intervenção); e, por último, a avaliação instrumental. Ao contrário da avaliação clínica, a avaliação instrumental não é necessária para todos, restringindo-se aos casos com disfagia orofaríngea ou disfagia esofágica (Carvalho et. al. 2023).

Dentro dos profissionais de saúde com competências técnico-científicas para avaliar risco de disfagia encontra-se a enfermagem, nomeadamente o EEER, que deve integrar no dia a dia destas pessoas um programa de reabilitação funcional motora através de exercícios orofaciais (lábios, língua, mandíbula, úvula e palato mole, bochechas, mobilidade laríngea) e estimulação sensitiva-motora (variação de sabores, alteração do volume, estimulação térmica e tátil, massagem). Da mesma forma, é importante intervir com um programa de reeducação funcional respiratória (treino de músculos respiratórios, técnicas de melhora de ventilação, do padrão respiratório e mecânica ventilatória, permeabilidade das vias aéreas, fortalecimento da musculatura respiratória, ensino da tosse e tosse dirigida); com estratégias compensatórias/facilitadoras da deglutição - a serem aplicadas durante a alimentação e/ou treinos de deglutição - adaptação da consistência alimentar e uso de espessante; dieta adaptada (mole, pastosa, picada), adaptação postural, flexão cervical, rotação cervical para o lado afetado, flexão lateral para o lado são (Apêndice A)

Conclusão

A disfagia é uma condição muito frequente em diversos contextos hospitalares e domiciliários, sendo essencial saber atuar quando esta se encontra presente. Como referido ao longo do documento esta é caracterizada pela dificuldade em deglutir, podendo comprometer a nutrição adequada, a hidratação e a proteção das vias aéreas, resultando em complicações graves como pneumonia por aspiração e aumento do risco de mortalidade. Assim, é essencial uma avaliação precoce para minimizar os riscos e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

O EEER desempenha um papel crucial neste contexto, atuando como elo fundamental entre a pessoa, a família e a equipa multidisciplinar. Através do seu conhecimento especializado, este profissional é capaz de realizar avaliações rigorosas, identificar precocemente sinais de disfagia e aplicar intervenções individualizadas que promovem a segurança da pessoa.

Este profissional deve, também, efetuar ensinamentos à pessoa e aos familiares/cuidadores, garantindo a adesão às orientações da reeducação alimentar, nomeadamente o posicionamento adequado durante as refeições. A educação para a saúde é essencial para prevenir complicações, contribuindo para a recuperação da pessoa e para a melhoria da sua qualidade de vida.

A intervenção do EEER é fundamental para humanização do cuidado e a melhoria global da qualidade de vida destas pessoas. Portanto, reconhecer e valorizar o papel do EEER na disfagia é essencial para garantir um atendimento eficaz, integrado e centrado na pessoa.

Referências Bibliográficas

- Carmo, L. (2023). Etapas da Deglutição. Acedido em <https://www.kenhub.com/pt/library/fisiologia-pt/etapas-da-degluticao>
- Carvalho, I. S., Martins, A., Sousa, J. R., Freitas, S. V., Meireles, L. (2023). A Deglutição no Idoso. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia - Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, Volume 61. Nº2. Junho 2023
- Dias, C. (2015). *Functional Oral Intake Scale (FOIS): contributo para a validação cultural e linguística para o português Europeu*. Escola Superior de Saúde do Alcoitão.
- Joanna Briggs Institute. *Identification and Nursing Management of Dysphagia in Adults with Neurological Impairment. Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals*. Adelaide: JBI; 2000.
- Regulamento nº 392/2019 (2019, Maio 3). *Regulamento Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Reabilitação*, *Diário da República*, 2(85), pp. 13565-13568. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>
- Sá, N., Oliveira, F., Almeida, F., Sacramento, C., & Oliveira, I. M. (2023). Programa de Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Deglutição Comprometida em Contexto de AVC: Estudo Exploratório. *Revista de Enfermagem Portuguesa*, 6(1). : <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/265>
- Santos, T., Silva, H., Almeida, T. V. (2023). The Person with Deglutition Changes. *Gazeta Médica* nº3 vol. 10 · julho/setembro 2023

Anexo A

Nome:
PU:
Data:
Hora:

GUSS Gugging Swallowing Test

(Teste de Avaliação da Deglutição)

Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

| | SIM | NAO |
|--|--|----------------------------|
| Vigil (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| Tosse e/ou pigarrelho (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| Deglutição de saliva | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| • Deglutição sem alteração | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| • Escape de saliva | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| • Modificação da voz (rouca, gorgolejante, molhada ou fraca) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| TOTAL: | (5) | |
| | 1-4 = Investigação posterior ¹ 5 = Continuar para a secção 2 | |

Secção 2. Teste de deglutição directo (Material: água bidestilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

| Seguir a ordem: | 1 → SEMISSÓLIDO* | 2 → LÍQUIDO** | 3 → SÓLIDO*** |
|--|---|--|---|
| DEGLUTIÇÃO | | | |
| • Impossível | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |
| • Demorada (> 2 seg.) (sólidos > 10 seg.) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 |
| • Sem alteração | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 2 |
| TOSSE (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após) | | | |
| • Sim | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |
| • Não | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 |
| ESCAPE DE SALIVA | | | |
| • Sim | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |
| • Não | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 |
| MODIFICAÇÃO DA VOZ (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer "r") | | | |
| • Sim | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |
| • Não | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 |
| TOTAL: | (5) | (5) | (5) |
| | 1-4 = Investigação posterior ¹ 5 = Continuar para líquido | 1-4 = Investigação posterior ¹ 5 = Continuar para sólido | 1-4 = Investigação posterior ¹ 5 = Normal |
| TOTAL: (Secção 1 + Secção 2) (20) | _____ | | |

Apêndice A

| Foco de Intervenção: Deglutição comprometida | | |
|---|--|--|
| <p>Reeducação da função motora</p> | <p>Exercícios Orafaciais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lábios • Língua • Mandíbula • Úvula e Palato Mole • Bochechas • Mobilidade Laringea | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>Lábios</p> <p>1. Lábios juntos 2. Lábios separados 3. Lábios juntos com pressão 4. Lábios juntos com pressão invertida 5. Lábios juntos com pressão lateral</p> <p>Nota: Manter a boca fechada, exercitando os músculos da face e do pescoço.</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>Língua</p> <p>1. Língua contra o céu da boca 2. Língua contra o céu da boca com pressão 3. Língua contra o céu da boca com pressão invertida 4. Língua contra o céu da boca com pressão lateral</p> <p>Nota: Manter a boca fechada, exercitando os músculos da face e do pescoço.</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 48%;"> <p>Mandíbula</p> <p>1. Mandíbula aberta 2. Mandíbula fechada</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>Úvula e Palato Mole</p> <p>1. Úvula e palato mole contra o céu da boca 2. Úvula e palato mole contra o céu da boca com pressão</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 48%;"> <p>Bochechas</p> <p>1. Bochecha esquerda contra o céu da boca 2. Bochecha direita contra o céu da boca 3. Bochechas contra o céu da boca</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>Laringea</p> <p>1. Laringea contra o pescoço 2. Laringea contra o pescoço com pressão</p> </div> </div> |
| | <p>Estimulação sensitiva motora</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variação de sabores; • Alteração do volume; • Estimulação térmica e tátil; • Massagem. | |
| <p>Reeducação funcional respiratória</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Treino de músculos respiratórios; • Técnicas de melhora de ventilação, do padrão respiratório e mecânica ventilatória; • Permeabilidade das vias aéreas; • Fortalecimento da musculatura respiratória; • Ensino da tosse e tosse dirigida. | |

| | | |
|--|--|--|
| Estratégias compensatórias/incluidoras da deglutição (a serem aplicadas durante a alimentação e/ou treinos de deglutição) | <ul style="list-style-type: none">• Adaptação da consistência alimentar;• Uso de espessante;• Dieta adaptada (mole, pastosa, picada);• Adaptação postural;• Flexão cervical;• Rotação cervical para o lado afetado;• Flexão lateral para o lado sio. | |
| Higiene oral bilátero | | |

Apêndice C – Escalas e base para anamnese da pessoa admitida em UCC/ ECCI

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO



UNIDADE CUIDADOS NA COMUNIDADE GUARDA-MANTEIGAS

| | | | |
|-------------------------|--------|------------------|-------------------|
| NOME | IDADE: | D.N. ___/___/___ | ALERTAS/ALERGIAS: |
| MORADA: | | | |
| ATIVIDADE PROFISSIONAL: | | | |

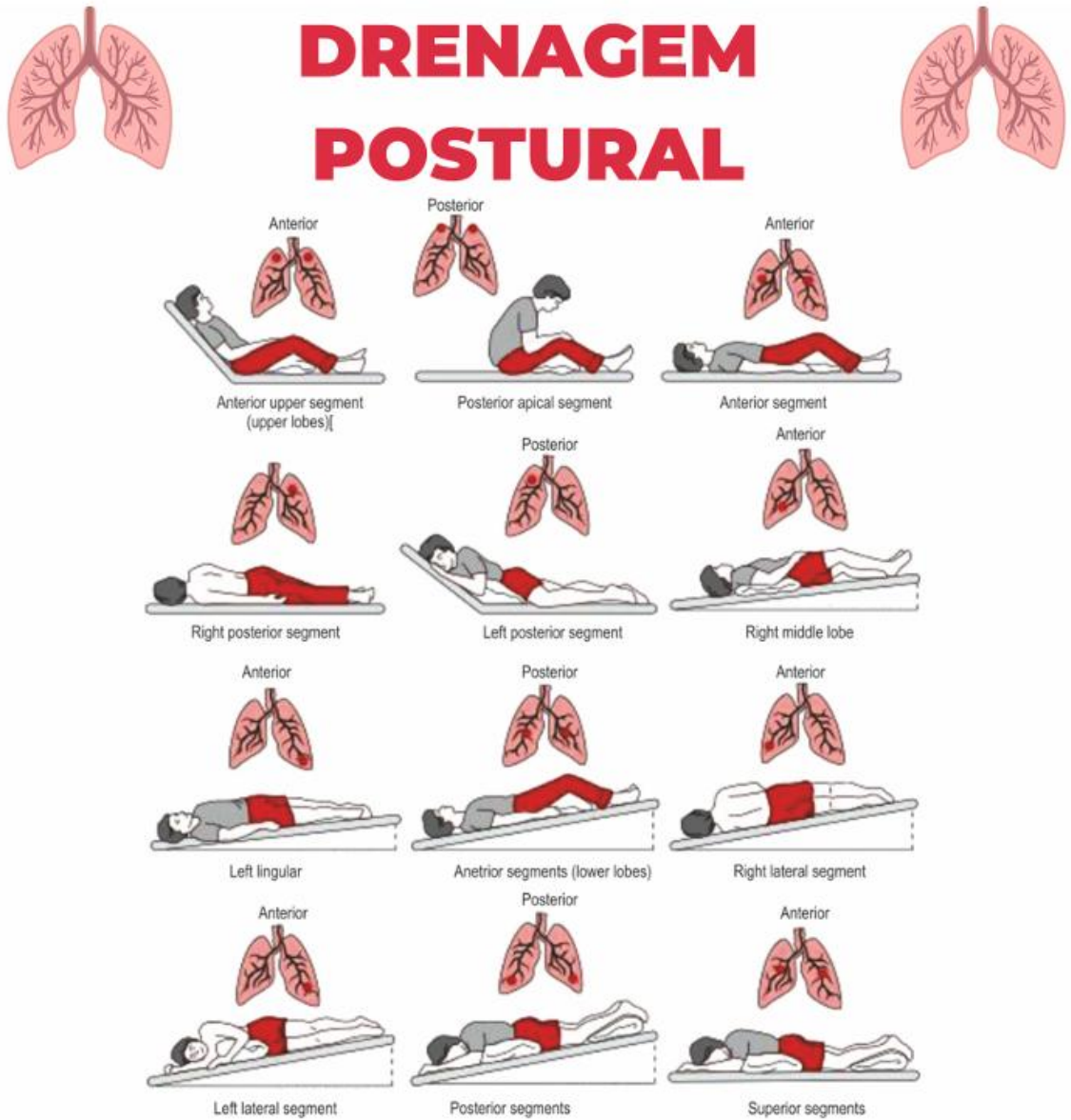
| | | |
|------------------------------|-----------------------------------|---|
| DATA DE ENTRADA: ___/___/___ | DATA REAVALIAÇÕES: 1ª ___/___/___ | HÁBITOS PRÉVIOS DE ATIVIDADE FÍSICA/ EXERCÍCIO: Esporádico O < 150 min O 150- 300 min O >300 min O |
| | 2ª ___/___/___ | |
| DIAGNÓSTICO: | 3ª ___/___/___ | |

| | | | | |
|---|-----------------------|---|-------------|------------------------------------|
| ANTECEDENTES PESSOAIS: | | | | |
| Incumprimento terapêutico O | Depressão/ansiedade O | Dislipidemia O | Fratura O | Localização/intervenção: |
| DRC O | HTA O | Diabetes O (<u>Insulinotratado O</u>) | Neoplasia O | Localização/ <u>metastização</u> : |
| DPOC O (OLD ___/___L/horas) | Sedentarismo O | Tabagismo O | Outros O | |
| Anemia O | Excesso de Peso O | Hábitos alcoólicos O | | |
| TERAPÊUTICA DO DOMICÍLIO: | | | | |
| ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO: <u>Alimentar</u> O Medicamentoso O Exercício físico O | | | | |
| AUXILIAR DE MARCHA: | | | | |
| INTEGRIDADE CUTÂNEA: Presente O Ausente O <u>Ferida cirúrgica</u> O Localização: | | | | |
| Ferida <u>traumática</u> O Localização: | | | | |
| UP O Localização: Categoria: | | | | |
| AUXILIAR DE MARCHA: | | | | |

| DIA | ADMISSÃO: ___/___/___ | Reavaliação: ___/___/___ | Reavaliação: ___/___/___ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|----------|--------------------|--|--|----------------------|--|--|---------------------|--|--|-----------------------|--|--|------------------------|--|--|--------------------------------------|--|--|---------------------------------|--|--|---|--|---------|----------|--------------------|--|--|----------------------|--|--|---------------------|--|--|-----------------------|--|--|------------------------|--|--|--------------------------------------|--|--|---------------------------------|--|--|---|--|---------|----------|--------------------|--|--|----------------------|--|--|---------------------|--|--|-----------------------|--|--|------------------------|--|--|--------------------------------------|--|--|---------------------------------|--|--|
| PARÂMETROS VITAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PA (mmHg): FC (bpm/min): SpO2 (%): T (°C): Dor: Escala – Pontuação – Tipo – Localização – | PA (mmHg): FC (bpm/min): SpO2 (%): T (°C): Dor: Escala – Pontuação – Tipo – Localização – | PA (mmHg): FC (bpm/min): SpO2 (%): T (°C): Dor: Escala – Pontuação – Tipo – Localização – | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESCALA DE BORG (1-10) Percepção subjetiva de esforço | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 - Repouso O 2 - Demasiado leve O 3 - Muito Muito leve O 4 - Muito leve O 5 - Leve O 6 - Moderado O 7 - Moderado-intenso O 8 - Intenso O 9 - Muito intenso O 10 - Exaustivo O | 1 - Repouso O 2 - Demasiado leve O 3 - Muito Muito leve O 4 - Muito leve O 5 - Leve O 6 - Moderado O 7 - Moderado-intenso O 8 - Intenso O 9 - Muito intenso O 10 - Exaustivo O | 1 - Repouso O 2 - Demasiado leve O 3 - Muito Muito leve O 4 - Muito leve O 5 - Leve O 6 - Moderado O 7 - Moderado-intenso O 8 - Intenso O 9 - Muito intenso O 10 - Exaustivo O | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESCALA DE FORÇA MUSCULAR (0-5) Medical Research Council | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Direito</th> <th>Esquerdo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Abdução do ombro</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Flexor do cotovelo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Extensor do punho</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Flexores do quadril</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Extensores do joelho</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Dorsiflexores tornozelo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Flexores plantares tornozelos</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | Direito | Esquerdo | - Abdução do ombro | | | - Flexor do cotovelo | | | - Extensor do punho | | | - Flexores do quadril | | | - Extensores do joelho | | | - Dorsiflexores tornozelo | | | - Flexores plantares tornozelos | | | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Direito</th> <th>Esquerdo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Abdução do ombro</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Flexor do cotovelo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Extensor do punho</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Flexores do quadril</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Extensores do joelho</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Dorsiflexores tornozelo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Flexores plantares tornozelos</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | Direito | Esquerdo | - Abdução do ombro | | | - Flexor do cotovelo | | | - Extensor do punho | | | - Flexores do quadril | | | - Extensores do joelho | | | - Dorsiflexores tornozelo | | | - Flexores plantares tornozelos | | | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Direito</th> <th>Esquerdo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Abdução do ombro</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Flexor do cotovelo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Extensor do punho</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Flexores do quadril</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Extensores do joelho</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Dorsiflexores tornozelo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Flexores plantares tornozelos</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | Direito | Esquerdo | - Abdução do ombro | | | - Flexor do cotovelo | | | - Extensor do punho | | | - Flexores do quadril | | | - Extensores do joelho | | | - Dorsiflexores tornozelo | | | - Flexores plantares tornozelos | | |
| | Direito | Esquerdo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Abdução do ombro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Flexor do cotovelo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Extensor do punho | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Flexores do quadril | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Extensores do joelho | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Dorsiflexores tornozelo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Flexores plantares tornozelos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Direito | Esquerdo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Abdução do ombro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Flexor do cotovelo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Extensor do punho | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Flexores do quadril | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Extensores do joelho | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Dorsiflexores tornozelo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Flexores plantares tornozelos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Direito | Esquerdo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Abdução do ombro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Flexor do cotovelo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Extensor do punho | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Flexores do quadril | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Extensores do joelho | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Dorsiflexores tornozelo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Flexores plantares tornozelos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ESCALA DE TINETTI (0-28) Avaliação de equilíbrio e marcha | | | |
|---|--|--|--|
| | Pontuação: | Pontuação: | Pontuação: |
| MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF) (18-126) Avaliação funcional: cuidado pessoal, controle de esfinteres, mobilidade, comunicação e cognição-social | | | |
| | Pontuação: | Pontuação: | Pontuação: |
| ESCALA DE GUSS (0-20) Avaliação do compromisso da deglutição, distinguir grau de severidade e recomendar intervenções | | | |
| | Pontuação: Recomendação (SNG/consistência): | Pontuação: Recomendação (SNG/consistência): | Pontuação: Recomendação (SNG/consistência): |
| MINI MENTAL STATE TEST (0-30) Avaliação da função cognitiva e déficit cognitivo em doentes com demência | | | |
| | Pontuação: Resultado (com/sem déficit cognitivo): | Pontuação: Resultado (com/sem déficit cognitivo): | Pontuação: Resultado (com/sem déficit cognitivo): |
| ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH (0-5) Avaliação do grau de espasticidade muscular em utente com lesão neurológica | | | |
| | Membro(s) superior: Membro(s) inferior: | Membro(s) superior: Membro(s) inferior: | Membro(s) superior: Membro(s) inferior: |
| GONIOMETRIA Manual de goniometria – Medição dos ângulos articulares | | | |
| | | | |

Apêndice D – Poster “Drenagem Postural” (ERPI)



Apêndice E- Avaliação crítica final da qualidade do corpus do estudo após reunião de consenso dos investigadores

JBIC Critical Appraisal Checklist for systematic reviews and research syntheses

Reviewer: Rita Pereira

Date: 31/08/2025

Author: Hisam, A., Ul Haq, Z., Khan, Z., Masood, S., Pell, J., Doherty, P. **Year:** 2025

| | Yes | No | Unclear | Not applicable |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| 1. Is the review question clearly and explicitly stated? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Was the search strategy appropriate? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Were the sources and resources used to search for studies adequate? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Were the criteria for appraising studies appropriate? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Were there methods to minimize errors in data extraction? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | X | <input type="checkbox"/> |
| 8. Were the methods used to combine studies appropriate? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Was the likelihood of publication bias assessed? | <input type="checkbox"/> | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Were the specific directives for new research appropriate? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Overall appraisal: | Include | x | Exclude | <input type="checkbox"/> Seek further info |

| | | |
|--|--|-------------------------|
| Assessor: Rita Pereira | Date of Appraisal: 01/09/2025 | |
| Study Author: Ntovoli, A., Mitropoulos, Anifanti, M., Koukouvou, G., Kouidi, E Alexandris, K. | Study Title: Can Online Exercise Using Wearable Devices Improve Perceived Well Being? A Study Among Patients with Coronary Artery Disease | Study Year: 2025 |

JBI critical appraisal tool for RCTs

| Internal Validity | Choice - Comments/Justification | Yes | No | Unclear | N/A |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bias related to selection and allocation | | | | | |
| 1 | Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Was allocation to treatment groups concealed? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Were treatment groups similar at the baseline? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bias related to administration of intervention/exposure | | | | | |
| 4 | Were participants blind to treatment assignment? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Were those delivering the treatment blind to treatment assignment? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bias related to assessment, detection and measurement of the outcome

| | | | | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7 | Were outcome assessors blind to treatment assignment? | | Yes | No | Unclear | N/A |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Were outcomes measured in the same way for treatment groups? | | Yes | No | Unclear | N/A |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Were outcomes measured in a reliable way | | Yes | No | Unclear | N/A |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bias related to participant retention

| | | | | | | |
|----|---|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10 | Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analysed? | | Yes | No | Unclear | N/A |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Statistical Conclusion Validity

| | | | | | | |
|----|---|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11 | Were participants analysed in the groups to which they were randomized? | | Yes | No | Unclear | N/A |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Was appropriate statistical analysis used? | | | | | |

| | | Yes | No | Uncl ear | N/A |
|---|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 Was the trial design appropriate 3 and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial? | | Yes | No | Uncl ear | N/A |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Overall appraisal: Include: Exclude:

Seek Further Info:

Comments:

JBI Critical Appraisal Checklist for systematic reviews and research syntheses

Reviewer: Rita Pereira

Date: 01/09/2025

Author: Mansilla-Chacón, M., L. Gómez-Urquiza, J., Begoña Martos-Cabrera, M., Albendín-García, L., L. Romero-Béjar, J., Cañadas-De La Fuente, G., Suleiman-Martos, N. **Year:** 2021

| | Yes | No | Unclear | Not applicable |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. Is the review question clearly and explicitly stated? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Were the inclusion criteria appropriate for the review question? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Was the search strategy appropriate? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Were the sources and resources used to search for studies adequate? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Were the criteria for appraising studies appropriate? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Were there methods to minimize errors in data extraction? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | X | <input type="checkbox"/> |
| 19. Were the methods used to combine studies appropriate? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Was the likelihood of publication bias assessed? | <input type="checkbox"/> | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Were the specific directives for new research appropriate? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Overall appraisal: | Include | x | Exclude | <input type="checkbox"/> |
| | | Seek further info | | <input type="checkbox"/> |

JBI Critical Appraisal Checklist for systematic reviews and research syntheses

Reviewer: Rita Pereira**Date:** 01/09/2025**Author:** Arian, M., Valinejadi, A. e Soleimani, M. **Year:** 2021

| | Yes | No | Unclear | Not applicable |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 23. Is the review question clearly and explicitly stated? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Were the inclusion criteria appropriate for the review question? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Was the search strategy appropriate? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Were the sources and resources used to search for studies adequate? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Were the criteria for appraising studies appropriate? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Were there methods to minimize errors in data extraction? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | X | <input type="checkbox"/> |
| 30. Were the methods used to combine studies appropriate? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Was the likelihood of publication bias assessed? | <input type="checkbox"/> | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Were the specific directives for new research appropriate? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Overall appraisal: Include x Exclude | <input type="checkbox"/> | Seek further info | <input type="checkbox"/> | |

JBI Critical Appraisal Checklist for cohort studies

Reviewer: Rita Pereira

Date: 01/09/2025

Author: Hurdus, B., Munyombwe, T., Bernadette Dondo, T., Aktaa, S., Oliver, G., Hall, M., Doherty, P., Hall, A., Gale, P. **Year:** 2020

| | Yes | No | Unclear | Not applicable |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. Were the two groups similar and recruited from the same population? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Was the exposure measured in a valid and reliable way? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Were confounding factors identified? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Were strategies to deal with confounding factors stated? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Were strategies to address incomplete follow up utilized? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Was appropriate statistical analysis used? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Overall appraisal: Include x Exclude | <input type="checkbox"/> | Seek further info | | <input type="checkbox"/> |

JBI Critical Appraisal Checklist for Textual evidence: narrative

Reviewer: Rita Pereira

Date: 02/09/2025

Author: Liu, J., Zhao, Q., Shen, Q., Meng, X., Zheng, Y., Lu, C., Zheng, Y. **Year:** 2024

| | Yes | No | Unclear | Not applicable |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 1. Is the generator of the narrative a credible or appropriate source? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Is the relationship between the text and its context explained? (where, when, who with, how) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Does the narrative present the events using a logical sequence so the reader or listener can understand how it unfolds? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Do you, as reader or listener of the narrative, arrive at similar conclusions to those drawn by the narrator? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Do the conclusions flow from the narrative account? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Do you consider this account to be a narrative? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Overall appraisal: | Include | <input checked="" type="checkbox"/> | Exclude | <input type="checkbox"/> |
| | | | Seek further info | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--|-------------------------|
| Assessor: Rita Pereira | Date of Appraisal: 06/09/2025 | |
| Study Author: Hisam, A., Ul Haq, Z., Aziz, S, Doherty, P., Pell, J. | Study Title: Effectiveness of Mobile Health Augmented Cardiac Rehabilitation (MCard) on health-related quality of life among post-acute coronary syndrome patients: A randomized controlled trial | Study Year: 2022 |

JBIC critical appraisal tool for RCTs

| Internal Validity | Choice - Comments/Justification | Yes | No | Unclear | N/A |
|--|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bias related to selection and allocation | | | | | |
| 1 | Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Was allocation to treatment groups concealed? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Were treatment groups similar at the baseline? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bias related to administration of intervention/exposure | | | | | |
| 4 | Were participants blind to treatment assignment? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Were those delivering the treatment blind to treatment assignment? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6 | Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest? | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Bias related to assessment, detection and measurement of the outcome

| | | | | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7 | Were outcome assessors blind to treatment assignment? | | Yes | No | Unclear | N/A |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Were outcomes measured in the same way for treatment groups? | | Yes | No | Unclear | N/A |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Were outcomes measured in a reliable way | | Yes | No | Unclear | N/A |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bias related to participant retention

| | | | | | | |
|----|---|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10 | Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analysed? | | Yes | No | Unclear | N/A |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Statistical Conclusion Validity

| | | | | | | |
|----|---|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11 | Were participants analysed in the groups to which they were randomized? | | Yes | No | Unclear | N/A |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Was appropriate statistical analysis used? | | | | | | |
| 2 | | | | Yes | No | Uncl ear | N/A |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Was the trial design appropriate and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial? | | | | | | |
| 3 | | | | Yes | No | Uncl ear | N/A |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Overall appraisal: Include: Exclude:

Seek Further Info:

Comments:

JBI Critical Appraisal Checklist for analytical cross sectional studies

Reviewer: Rita Pereira

Date: 06/09/2025

Author: Włodarczyk, D., Zietalewicz, U. **Year:** 2020

| | Yes | No | Unclear | Not applicable |
|---|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Were the study subjects and the setting described in detail? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Was the exposure measured in a valid and reliable way? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Were confounding factors identified? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Were strategies to deal with confounding factors stated? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Was appropriate statistical analysis used? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Overall appraisal: Include x Exclude | <input type="checkbox"/> | Seek further info | <input type="checkbox"/> | |

JBI Critical Appraisal Checklist for Textual evidence: narrative

Reviewer: Rita Pereira

Date: 06/09/2025

Author: Tokarewicz, J., Jankowiak, B., Klimaszewska, K., Swięczkowski, M., Matlak, K., Dobrzycki, S. **Year:** 2025

| | Yes | No | Unclear | Not applicable |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Is the generator of the narrative a credible or appropriate source? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Is the relationship between the text and its context explained? (where, when, who with, how) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Does the narrative present the events using a logical sequence so the reader or listener can understand how it unfolds? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Do you, as reader or listener of the narrative, arrive at similar conclusions to those drawn by the narrator? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Do the conclusions flow from the narrative account? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Do you consider this account to be a narrative? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Overall appraisal: | Include | <input checked="" type="checkbox"/> | Exclude | <input type="checkbox"/> |
| | | | Seek further info | <input type="checkbox"/> |

JBI Critical Appraisal Checklist for analytical cross sectional studies

Reviewer: Rita Pereira

Date: 07/09/2025

Author: Upadhyay, V., Singh Bhandari, S., Prasad Rai, D., Dutta, S., García-Grau, P., Vaddiparti, K. **Year:** 2022

| | Yes | No | Unclear | Not applicable |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Were the study subjects and the setting described in detail? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Was the exposure measured in a valid and reliable way? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Were confounding factors identified? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Were strategies to deal with confounding factors stated? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Were the outcomes measured in a valid and reliable way? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Was appropriate statistical analysis used? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Overall appraisal: | Include | <input checked="" type="checkbox"/> | Exclude | <input type="checkbox"/> |
| | | | Seek further info | <input type="checkbox"/> |

JBI Critical Appraisal Checklist for systematic reviews and research syntheses

Reviewer: Rita Pereira

Date: 07/09/2025

Author: Entradas, C. e Silvestre, F. **Year:** 2023

| | Yes | No | Unclear | Not applicable |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 34. Is the review question clearly and explicitly stated? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Were the inclusion criteria appropriate for the review question? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Was the search strategy appropriate? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Were the sources and resources used to search for studies adequate? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Were the criteria for appraising studies appropriate? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Were there methods to minimize errors in data extraction? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | X | <input type="checkbox"/> |
| 41. Were the methods used to combine studies appropriate? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Was the likelihood of publication bias assessed? | <input type="checkbox"/> | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Were the specific directives for new research appropriate? | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Overall appraisal: | Include | x | Exclude | <input type="checkbox"/> |
| | | | Seek further info | <input type="checkbox"/> |

JBI Critical Appraisal Checklist for analytical cross sectional studies

Reviewer: Rita Pereira

Date: 07/09/2025

Author: Endalew, H.L., Liyew, B., Tarekegn, G.E., Baye, Z. **Year:** 2021

| | Yes | No | Unclear | Not applicable |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Were the study subjects and the setting described in detail? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Was the exposure measured in a valid and reliable way? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Were confounding factors identified? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Were strategies to deal with confounding factors stated? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Was appropriate statistical analysis used? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Overall appraisal: Include x Exclude | <input type="checkbox"/> | Seek further info | <input type="checkbox"/> | |

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewer: Rita Pereira

Data: 09/09/2025

Author: Rocha, A. R. **Year:** 2024

| | Yes | No | Unclear | Not applicable |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 45. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. Are participants, and their voices, adequately represented? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Overall appraisal: | Include | <input checked="" type="checkbox"/> | Exclude | <input type="checkbox"/> |
| | | | Seek further info | <input type="checkbox"/> |

JBI Critical Appraisal Checklist for cohort studies

Reviewer: Rita Pereira

Date: 09/09/2025

Author: Yang, M., Huang, Y.T., Hu, X.W., Wu, C.L.

Year: 2024

| | Yes | No | Unclear | Not applicable |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. Were the two groups similar and recruited from the same population? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Was the exposure measured in a valid and reliable way? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Were confounding factors identified? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Were strategies to deal with confounding factors stated? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Were strategies to address incomplete follow up utilized? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Was appropriate statistical analysis used? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Overall appraisal: | Include | <input checked="" type="checkbox"/> | Exclude | <input type="checkbox"/> |
| | | | Seek further info | <input type="checkbox"/> |

JBI Critical Appraisal Checklist for quasi-experimental studies

Reviewer: Rita Pereira

Data: 09/09/2025

Author: Vanitha, N., Paneer Selvam, T.T., Asaithambi, N., Johnson, H., Rajendran, S.S.

Year: 2024

| | Yes | No | Unclear | Not applicable |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Were the participants included in any comparisons similar? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Was there a control group? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Were outcomes measured in a reliable way? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Was appropriate statistical analysis used? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Overall appraisal: | Include | <input checked="" type="checkbox"/> | Exclude | <input type="checkbox"/> |
| | | | Seek further info | <input type="checkbox"/> |

JBI Critical Appraisal Checklist for systematic reviews and research syntheses

Reviewer: Rita Pereira

Data: 10/09/2022

Author: Silva, A.B.B, Alves, M.F., Ferreira, K. G., Guerra, H. S., Brugnoli, A. V. D., Silva, R.C.D. **Year:** 2022

| | Yes | No | Unclear | Not applicable |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 65. Is the review question clearly and explicitly stated? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 66. Were the inclusion criteria appropriate for the review question? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 67. Was the search strategy appropriate? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 68. Were the sources and resources used to search for studies adequate? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 69. Were the criteria for appraising studies appropriate? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 70. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 71. Were there methods to minimize errors in data extraction? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 72. Were the methods used to combine studies appropriate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 73. Was the likelihood of publication bias assessed? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 74. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 75. Were the specific directives for new research appropriate? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Overall appraisal: | Include | <input checked="" type="checkbox"/> | Exclude | <input type="checkbox"/> |
| | | | Seek further info | <input type="checkbox"/> |

JBI Critical Appraisal Checklist for Textual evidence: narrative

Reviewer: Rita Pereira**Date:** 10/09/2025**Author:** Patel, L., Gulrandhe, P., Jain, M., Vardhan, V. **Year:** 2023

| | Yes | No | Unclear | Not applicable |
|---|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. Is the generator of the narrative a credible or appropriate source? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Is the relationship between the text and its context explained? (where, when, who with, how) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Does the narrative present the events using a logical sequence so the reader or listener can understand how it unfolds? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Do you, as reader or listener of the narrative, arrive at similar conclusions to those drawn by the narrator? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Do the conclusions flow from the narrative account? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Do you consider this account to be a narrative? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Overall appraisal: Include x Exclude <input type="checkbox"/> Seek further info <input type="checkbox"/> | | | | |

| | | |
|---|---|-------------------------|
| Assessor: Rita Pereira | Date of Appraisal: 10/09/2025 | |
| Study Author: Dibben, G. O., Faulkner, J., Oldridge, N., Rees, K., Thompson, D.R., Zwislocki, A., Taylor, R. | Study Title: Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: meta-analysis | Study Year: 2022 |

JBI critical appraisal tool for RCTs

| Internal Validity | Choice - Comments/Justification | Yes | No | Unclear | N/A |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bias related to selection and allocation | | | | | |
| 1 | Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Was allocation to treatment groups concealed? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Were treatment groups similar at the baseline? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bias related to administration of intervention/exposure | | | | | |
| 4 | Were participants blind to treatment assignment? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Were those delivering the treatment blind to treatment assignment? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bias related to assessment, detection and measurement of the outcome

| | | | | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7 | Were outcome assessors blind to treatment assignment? | | Yes | No | Unclear | N/A |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Were outcomes measured in the same way for treatment groups? | | Yes | No | Unclear | N/A |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Were outcomes measured in a reliable way | | Yes | No | Unclear | N/A |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bias related to participant retention

| | | | | | | |
|----|---|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10 | Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analysed? | | Yes | No | Unclear | N/A |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Statistical Conclusion Validity

| | | | | | | |
|----|---|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11 | Were participants analysed in the groups to which they were randomized? | | Yes | No | Unclear | N/A |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Was appropriate statistical analysis used? | | Yes | No | Unclear | N/A |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 Was the trial design appropriate 3 and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial? | | Yes | No | Uncl ear | N/A |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Overall appraisal: Include: Exclude:

Seek Further Info:

Comments:

JBI Critical Appraisal Checklist for Case Series

Reviewer: Rita Pereira**Date:** 10/09/2025**Author:** A. Salzwedel, I. Koran, E. Langheim, A. Schlitt, J. Nothroff, C. Bongarth, M. Wrenger, K. Wegscheider, H. Voller **Year:** 2020

| | Yes | No | Unclear | Not applicable |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| • Were there clear criteria for inclusion in the case series? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants included in the case series? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Were valid methods used for identification of the condition for all participants included in the case series? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Did the case series have consecutive inclusion of participants? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Did the case series have complete inclusion of participants? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Was there clear reporting of the demographics of the participants in the study? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Was there clear reporting of clinical information of the participants? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Were the outcomes or follow up results of cases clearly reported? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Was there clear reporting of the presenting site(s)/clinic(s) demographic information? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Was statistical analysis appropriate? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Overall appraisal: | Include | <input checked="" type="checkbox"/> | Exclude | <input type="checkbox"/> |
| | | Seek further info | <input type="checkbox"/> | |