



## **MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

### **RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE**

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Doença  
Pulmonar Obstrutiva Crónica

**REALIZADO POR:**

**Fábio Silva**

BARCARENA

MARÇO 2025

ESCOLA SUPEROR DE SAÚDE ATLÂNTICA

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE**

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Doença  
Pulmonar Obstrutiva Crónica

Professora Orientadora:

Professora Sandy Severino

**REALIZADO POR:**

**Fábio Silva**

BARCARENA

MARÇO 2025

**O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste trabalho**

## **ABREVIATURA E SIGLAS**

AVD – Atividades de Vida Diária

CARE – Case Report

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESSATLA - Escola Superior de Saúde Atlântica

EP – Estágio Profissionalizante

FEV1 - Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (Forced Expiratory Volume)

FVC – Capacidade Vital Forçada

GOBPRR -Guia Orientador de Boa Prática da Reabilitação Respiratória

GOLD – Global Initiative for Chronic Obstrutive Lung Disease

HPV – Hospital Pulido Valente

HSM – Hospital de Santa Maria

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

LCADL - London Chest Activity of Daily Living

mMRCDQ - Modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire

MRC - Medical Research Council

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PQCEER – Padrões de Qualidade dos Cuidados em Enfermagem de Reabilitação

RCC – Relato de Caso Clínico

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RGPD – Regulamento Geral de Proteção de Dados

RR – Reabilitação Respiratória

SCML - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

TM6m – Teste Marcha 6 minutos

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ULSSM – Unidade Local de Saúde Santa Maria

VNI – Ventilação Não Invasiva

## Resumo

**Enquadramento:** Este relatório surge com o propósito de explicar a aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista, as específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e a aquisição de competências de Mestre, desenvolvidas durante o Estágio Profissionalizante, realizado em contexto hospitalar.

**Objetivo:** Documentar e justificar a aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista, as específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e a aquisição de competências de Mestre, ao longo do estágio profissionalizante na reabilitação da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.

**Metodologia:** Para responder ao objetivo proposto foi realizada análise critico-reflexiva das competências adquiridas.

**Resultados:** Ao longo do Estágio Profissionalizante foi possível a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, as específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre. Assim como, aprofundar conhecimentos, aperfeiçoar e desenvolver destreza na área da Reabilitação Respiratória.

**Conclusão:** Através da análise critico-reflexiva foi possível demonstrar a aquisição e desenvolvimento das competências que me propus com este estágio, com os conhecimentos adquiridos concluo também que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, através da sua intervenção, baseada no seu corpo de conhecimento e competência acrescida, tem um papel importante na transição saúde-doença, na recuperação e capacitação do cliente para a gestão da doença respiratória.

**Descritores:** Enfermagem de Reabilitação, DPOC, Reabilitação Respiratória; Competência

## **Abstract**

**Background:** This report aims to explain the acquisition of common skills of the Specialist Nurse, the specific skills of the Rehabilitation Nursing Specialist Nurse and the acquisition of Master's degree skills, developed during the Professional Internship, carried out in a hospital context.

**Objective:** Document and justify the acquisition of common skills of the Specialist Nurse, the specific skills of the Rehabilitation Nursing Specialist Nurse and the acquisition of Master's degree skills, throughout the professional internship in the rehabilitation of the person with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

**Methodology:** A critical-reflective analysis of the skills acquired was carried out to respond to the proposed objective.

**Results:** Throughout the Professional Internship was possible to acquire and develop the common skills of the Specialist Nurse, as specific to the Rehabilitation Nursing Specialist Nurses and Master's degree skills. As well as deepen the knowledge, improve and develop skills in the area of Respiratory Rehabilitation.

**Conclusion:** Through critical-reflective analysis, it was possible to demonstrate the acquisition and development of the skills I proposed with this internship, with the knowledge acquired also concluding that Rehabilitation Nursing Specialist Nurses, through its intervention, based on its body of knowledge and increased competence, has an important role in the health-illness transition, in the recovery and training of the client to manage respiratory disease.

**Descriptors:** Rehabilitation Nursing, COPD, Respiratory Rehabilitation; Competence

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>APRECIÇÃO/ANÁLISE DO CONTEXTO.....</b>	<b>11</b>
<b>ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....</b>	<b>14</b>
<b>ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>23</b>
<b>ANÁLISE SWOT.....</b>	<b>32</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>34</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>35</b>
<b>APÊNDICE I – Apresentação PowerPoint da ação de formação em serviço com o tema “Sarcopenia” .....</b>	<b>42</b>
<b>APÊNDICE II - Intervenção do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a hemiartroplastia em contexto de UCCI: Relato de Caso Clínico.....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICE III - Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: Relato de Caso Clínico.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO I – Certificados de presença em <i>Webinar</i>.....</b>	<b>117</b>
<b>ANEXO II – Avaliação da Fragilidade (Modelo do Fenótipo de Fragilidade).....</b>	<b>120</b>
<b>ANEXO III – <i>Rockwood Frailty Scale</i>.....</b>	<b>122</b>

## INTRODUÇÃO

Este Relatório de Estágio Profissionalizante, surge com o propósito de servir como meio de avaliação da Unidade Curricular “Estágio Profissionalizante”, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica. Com este, proponho-me descrever a aquisição de conhecimentos e competências necessárias para a aquisição do grau de Mestre. O estágio decorreu em dois contextos, primeiro em contexto de comunidade, numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) na área de Cascais e num segundo momento, em contexto hospitalar, num hospital na região de Lisboa, num serviço de internamento de Pneumologia, com uma carga horária total de 532 horas de contacto.

Assim, o objetivo geral delineado foi aprofundar conhecimentos associados à doença respiratória em geral, à Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) em particular e conhecimentos associados à Reabilitação Respiratória (RR). Como objetivos específicos proponho-me adquirir e desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e as competências de Mestre.

O EEER, tem um papel importantíssimo na RR, que segundo vários autores, como Clemente & Faria (2023) ou Fonte & Costa (2021), entre outros, é caracterizada como uma abordagem terapêutica não farmacológica, com efeitos positivos na qualidade de vida dos clientes. Esta intervenção promove a melhoria e o controlo dos sintomas associados às doenças respiratórias crónicas. Trata-se de uma intervenção personalizada, alicerçada na avaliação individual da pessoa, que integra a prática de exercício físico, ações educativas e estratégias de autogestão da doença (Clemente & Faria, 2023; DGS, 2009; Fonte & Costa, 2021; OMS, 2024). Diversos autores destacam o papel relevante do EEER na recuperação destes clientes, a RR em pessoas com DPOC revela benefícios significativos nos níveis de força muscular inspiratória, nos volumes e nas capacidades pulmonares, com ênfase na componente educacional, ao adotar uma abordagem holística centrada na pessoa, o EEER, através da sua intervenção, demonstra melhorias nos sintomas, na frequência de exacerbações, na capacidade funcional e na dimensão psicossocial, promovendo uma melhoria geral da qualidade de vida (Bernardes et al., 2023; Sampaio, 2019).

A estrutura do relatório segue as orientações emanadas pela equipa pedagógica, presentes no guia orientador da unidade curricular. Está organizado em Introdução, Apreciação/Análise do contexto, Enquadramento Concetual, Análise critico-reflexiva das competências, Análise SWOT do desenvolvimento de competências, Conclusão e Bibliografia. A referenciação bibliográfica foi realizada de acordo com a norma de referenciação da American Psychological Association (APA) 7ª edição.

## **APRECIÇÃO/ANÁLISE DO CONTEXTO**

Como referido anteriormente, o Estágio Profissionalizante (EP), teve duas componentes, uma na comunidade, numa UCCI na região de Cascais. Esta unidade tem disponíveis 78 camas, distribuídas por 3 pisos. Das 78 vagas, 48 estão integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). No segundo piso, onde decorreu o estágio, está situada uma Unidade de Média Duração e Reabilitação com 10 quartos duplos e dois quartos individuais, perfazendo um total de 22 camas. Este primeiro estágio teve uma carga horária de 232 horas no período de 20 maio 2024 a 26 de julho de 2024. Neste local, atua uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, terapeutas da fala e ocupacional, assistente social e animador sociocultural. A equipa de enfermagem, composta por 13 enfermeiros e apenas um deles é EEER. Apesar da presença de um único EEER, este integra a equipa de cuidados gerais, desempenhando funções para além da área específica da reabilitação, ficando com clientes atribuídos em todos os turnos, de forma equitativa com a restante equipa, deixando pouco tempo para a ER. De salientar que o EEER, faz turnos de manhã (com 3 enfermeiros escalados), tarde (com 2 enfermeiros escalados) e noite (com 2 enfermeiros escalados).

A casuística, manteve-se ao longo do estágio, com mais clientes internados pelos processos neurológico e orto-traumatológico, sendo assim, os cuidados de ER foram centrados nestes processos, com mais enfoque no processo orto-traumatológico, pois a pessoa estudada no relato de caso clínico (RCC), deste estágio, foi submetida a hemiartroplastia. Neste momento, não existem projetos implementados ou operacionalizados pelo EEER.

A segunda componente de estágio decorreu num serviço de Pneumologia, de um hospital da região de Lisboa, no período de 16 de setembro de 2024 a 19 de dezembro de 2024 e com uma carga horária de 300 horas.

Este serviço de Pneumologia, integrado num hospital central, para além de ter o objetivo de se tornar uma referência ao nível dos cuidados respiratórios, prestando cuidados diferenciados e de qualidade nas vertentes de internamento e ambulatório, tem como objetivo prestar formação diferenciada e de qualidade na área respiratória, ao nível pré e pós-

graduado, a diversos grupos profissionais entre os quais enfermeiros (Ministério da Saúde, 2024a).

É composto por 15 camas distribuídas por 6 salas, uma das quais com duas camas, outra com uma cama, um quarto que serve como isolamento quando necessário e as restantes salas têm três camas cada. Todas estas salas têm pressão negativa. Destas 15 camas, 12 estão equipadas com monitor com telemetria, cujo monitor de controlo está situado na sala de enfermagem.

A equipa de enfermagem é constituída por 17 Enfermeiros, 4 dos quais EEER.

No turno da manhã, habitualmente estão escalados quatro enfermeiros, um dos quais EEER, este é o enfermeiro responsável de turno, faz a distribuição dos clientes pela equipa e, habitualmente, fica com menos clientes distribuídos, dando assim espaço para a prestação de cuidados especializados a outros os clientes que deles necessitam. Embora o método de organização da prestação de cuidados de enfermagem, seja o método individual, que segundo Parreira e colaboradores (2023), um método centrado no cliente, que favorece a relação enfermeiro-cliente. O cliente consegue identificar o enfermeiro que lhe presta cuidados num dado turno resultando num atendimento próximo, humanizado e personalizado, o que também reforça a confiança no enfermeiro e a segurança do cliente. O EEER não restringe os seus cuidados aos clientes que tem distribuídos, o que leva a uma gestão de tempo e priorização de cuidados mais atenta, a fim de prestar cuidados de ER, no tempo que dispõe, aos restantes clientes internados no serviço.

Após a passagem de ocorrências, em conjunto com a enfermeira orientadora, era delineado um plano de ação para o turno, decidido quais os clientes em que iria intervir e quais as intervenções a realizar, algumas destas propostas por mim, esta abordagem foi muito enriquecedora para mim, pois ajudou a perceber a dinâmica do serviço, a priorizar os cuidados e adequar os cuidados às necessidades do cliente.

Existem neste momento três projetos, implementados e operacionalizados pela equipa de EEER, são eles:

- Um projeto com o propósito de uniformizar a prestação e o registo dos cuidados prestados ao cliente com diagnóstico de Pneumonia, definir um programa de reabilitação uniformizado,

contribuindo para otimizar e/ou reeducar as funções cardiorrespiratória e motora tendo em vista o regresso a casa;

- Um programa que implica avaliação inicial e final dos clientes, isto é, antes e depois de passarem pelos programas de reabilitação implementados durante o internamento, são avaliadas a escala de Borg modificada, *COPD Assessment Test (CAT)* e Pico de Fluxo Expiratório (PEF).

- Um programa que consiste no reforço dos ensinamentos realizados ao cliente e família, na preparação para o regresso a casa, como por exemplo, ensinamentos acerca de inaloterapia ou oxigenoterapia no domicílio que são realizados durante o internamento, estes ensinamentos são reforçados através de treino, havendo neste momento, um panfleto em aprovação pela direção do centro hospitalar, para ser utilizado e distribuído aos clientes. Implica também uma consulta telefónica de enfermagem uma semana após a alta para aferir a adesão ao regime terapêutico e para esclarecimento de dúvidas ou dificuldades.

Os registos de ER são realizados no sistema de gestão hospitalar “Globalcare”, desenvolvido pela empresa Glintt. Foi com grande satisfação que constatei o uso deste sistema, pois já o conhecia, o que facilitou a minha integração. Este sistema permite ainda quantificar os cuidados de ER prestados aos clientes. Os planos de cuidados são, habitualmente, iniciados com cuidados gerais no momento da admissão do cliente no serviço e após a avaliação realizada pelo EEER os planos são complementados com diagnósticos e intervenções específicas de ER.

## **ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

Os RCC, este relatório e os cuidados prestados durante o estágio, foram orientados pela teoria das Transições de Afaf Meleis.

Segundo Ribeiro e colaboradores (2018), as teorias de Enfermagem servem como referencial para a prática profissional, são um meio de estruturar e orientar os cuidados, assegurando assim a qualidade dos mesmos.

A teoria das transições, enquadrada no paradigma da transformação, apresenta um modelo conceptual que ajuda a compreender de que forma as pessoas enfrentam eventos ou fases que exigem a aquisição de novas competências, a manifestação de diferentes emoções, a definição de novos objetivos, a adoção de comportamentos alternativos ou o desempenho de novas funções nas suas vidas. Este modelo dá particular ênfase aos aspetos emocionais, comportamentais e adaptativos envolvidos no processo de mudança de um estado para outro (Smith & Parker, 2015). O conceito de transição refere-se à passagem de uma fase, condição ou estado de vida para outro, podendo manifestar-se em diferentes contextos, como acontecimentos de vida, crescimento pessoal, alterações de papéis ou mudanças de status, entre outros (Meleis, 2010).

A transição é considerada um dos pilares essenciais na área da enfermagem. A interação entre enfermeiro e cliente ocorre frequentemente em períodos de transição, caracterizados por instabilidade e desencadeados por alterações de desenvolvimento, situações específicas ou problemas de saúde. Estes momentos de transformação representam oportunidades fundamentais para a intervenção da equipa de enfermagem, uma vez que implicam mudanças significativas para os clientes e respetivas famílias, afetando o seu bem-estar e estado de saúde (Meleis, 2012).

Dada a complexidade inerente aos processos de transição, é crucial considerar a necessidade de adaptação, o desenvolvimento de capacidades e a aplicação de abordagens personalizadas para determinar quando uma transição pode ser considerada concluída (Meleis et al., 2010). Os enfermeiros, enquanto agentes indispensáveis no cuidado aos indivíduos e às suas famílias durante estes processos, desempenham um papel central na preparação para futuras transições e na facilitação da aquisição de competências necessárias (Meleis et al., 2010).

Segundo Meleis (2010), a transição saúde/doença está relacionada com uma alteração súbita na situação de saúde ou doença, pode incluir alterações de um estado de saúde para uma doença aguda ou crónica, o que encontrei mais comumente neste estágio, foram exacerbações da DPOC, o que se enquadra neste tipo de transição. A mesma autora, alerta para o fato de as transições a nível da saúde não podem contemplar apenas a pessoa como unidade isolada, mas também as mudanças na sua condição relativamente ao seu relacionamento numa rede com outras pessoas significativas (Meleis, 2010), um acontecimento na saúde da pessoa, é um fator desencadeante de mudança também ao nível do cuidador ou família, a forma como a pessoa se vê antes da mudança é alterada, mas a forma como os outros o veem também é alterada, surgindo assim a necessidade de passar por um processo de transição (Meleis, 2010).

De acordo com Parker & Smith (2015), a teoria das transições baseia-se em algumas suposições fundamentais para compreender o processo de transição. Entre elas, destaca-se que as respostas de um cliente são moldadas pela interação com indivíduos significativos e grupos de referência, como os enfermeiros, particularmente os EEER. Os clientes possuem a capacidade de aprender e de assumir novos papéis ao longo da vida, sendo essa aptidão influenciada por diversos fatores, incluindo o ambiente em que estão inseridos. Aspectos como género, raça, cultura, património e orientação sexual desempenham um papel relevante na forma como as transições são vivenciadas, nos respetivos resultados e nos cuidados de saúde prestados. Além disso, intervenções preventivas e terapêuticas podem ter impacto nos resultados. A perspetiva da enfermagem é definida por valores como humanismo, holismo, contexto, saúde, bem-estar, objetivos e a prática do cuidar. O ambiente, entendido como a experiência física, social, cultural, organizacional e relacional, influencia a transição, as intervenções realizadas e os respetivos resultados. Por fim, clientes, famílias e comunidades são considerados parceiros ativos neste processo de transição.

O EEER, deve ter em atenção que ao longo deste processo surgem condições facilitadoras e inibidoras da transição, assim deve ter como preocupação conhecer estes fatores, Meleis (2010), descreve-os como fatores pessoais significados (crenças e atitudes culturais, o estatuto socioeconómico, o nível de preparação e conhecimento) e condições da comunidade

e sociedade (suporte familiar, existência de apoio social e recursos). Esses fatores podem exigir uma atenção individualizada por parte do EEER, de modo que a transição seja vivida da forma mais saudável possível. Uma transição saudável implica a reestruturação de uma nova identidade, o desenvolvimento de novas competências e a modificação dos próprios comportamentos, permitindo assim, a possibilidade de serem criadas pontes e elos facilitadores entre a rotura e o novo processo de mudança, com o objetivo primordial da maximização do potencial, do conhecimento e das capacidades. (Meleis, 2010; Silva et al., 2019).

Ao longo deste estágio, foi possível relacionar este referencial teórico com a prestação de cuidados, como é exemplo disso o RCC realizado em contexto hospitalar, o cliente objeto do estudo, encontrava-se a vivenciar uma transição saúde/doença, desencadeada pela exacerbação da DPOC. Foi utilizada esta teoria, por ser também descrita como guia orientadora da prática dos cuidados de ER, no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER), referida como um dos modelos estruturante e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional (OE, 2018b).

Como referido anteriormente, este estágio decorreu num serviço de internamento de pneumologia, assim o processo em que mais intervimos foi o respiratório, com todos os clientes internados por patologia respiratória, sobressai a quantidade de internamento por exacerbações da DPOC, sendo esta o problema com maior casuística, fez todo o sentido ser o objeto de estudo.

Foi realizada uma pesquisa por livros e artigos científicos nas bases de dados disponibilizadas no site da Ordem dos Enfermeiros, por forma a realizar o enquadramento do tema “Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica”, nos últimos 5 anos, são inúmeros os artigos que evidenciam os ganhos para a saúde da intervenção do EEER na Pessoa com doença respiratória em geral e com DPOC em particular (Clemente & Faria, 2023; Fonte & Costa, 2021; OMS, 2024; Sousa et al., 2020).

A DPOC é uma doença comum, evitável e tratável, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes que limitam o fluxo aéreo, resultante de alterações alveolares e/ou das vias

aéreas, geralmente causadas pela exposição significativa a partículas e gases nocivos, que pode também ser influenciada por fatores do hospedeiro incluindo desenvolvimento pulmonar anormal (GOLD, 2024). O fumo do tabaco é o fator de risco para DPOC mais comum a nível mundial. Os fumadores têm maior prevalência de sintomas respiratórios, alterações na função respiratória, um declínio do volume expiratório forçado no primeiro segundo (FEV1) anual e uma taxa de mortalidade superior a não fumadores com DPOC (GOLD, 2014; Vicente & Barbosa, 2021). A nível mundial, ocorrem anualmente cerca de três milhões de mortes devido à DPOC, com o aumento da prevalência e o envelhecimento da população, estima-se que resultará em mais de 5,4 milhões de mortes anuais por DPOC até 2060 (GOLD, 2024). Em Portugal, estima-se a existência de 800 mil casos de DPOC em pessoas com idade superior a 40 anos, isto é, estima-se que afete 14,2% dos indivíduos com mais de 40 anos de idade (Mendes & Simões, 2021).

De acordo com Ferreira & Castro (2021), a exacerbação ou agravamento agudo da DPOC é caracterizado por um aumento súbito dos sintomas respiratórios que exige intervenção terapêutica adicional. Estes episódios estão associados a um incremento da inflamação das vias aéreas e a uma maior produção de muco, o que resulta num agravamento da dificuldade respiratória (dispneia). As exacerbações podem apresentar diferentes graus de intensidade e são classificadas como ligeiras, moderadas ou graves, dependendo do tipo de tratamento necessário. Agudização define-se como um agravamento dos sintomas respiratórios que necessita de tratamento adicional (Vicente & Barbosa, 2021), o principal fator de risco para uma agudização, é ter tido uma agudização anterior. A deterioração da função pulmonar está relacionada com a prevalência aumentada de agudizações, hospitalizações e risco de morte (Vicente & Barbosa, 2021).

A avaliação da gravidade da obstrução brônquica baseia-se em parâmetros espirométricos após broncodilatação, desde que volume expiratório máximo/capacidade vital forçada (FEV1/FVC) inferior a 0,70. De acordo com a classificação da gravidade da limitação do fluxo aéreo na DPOC do sistema GOLD esta está classificada em: GOLD 1: ligeira (FEV1  $\geq$  80% do valor previsto); GOLD 2: moderada (FEV1  $<$  80% e  $\geq$  50% do valor previsto); GOLD 3: grave (FEV1  $<$  50% e  $\geq$  30% do valor previsto) e GOLD 4: muito grave (FEV1  $<$  30 do valor previsto) (DGS, 2009; GOLD, 2024).

Classificação da pessoa com DPOC em ABCD, é independente da gravidade da obstrução da via aérea, os clientes são classificados em grupos consoante os seus sintomas e número de agudizações: A: São pouco sintomáticos e pouco agudizadores; B: São muito sintomáticos e pouco agudizadores; C: são pouco sintomáticos e muito agudizadores; D: São muito sintomáticos e muito agudizadores (GOLD, 2024; Vicente & Barbosa, 2021)

A dispneia e a fadiga são dos sintomas mais impactantes na pessoa com DPOC, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018a), a dispneia é descrita como uma experiência subjetiva de desconforto respiratório, cuja intensidade pode variar. Este sintoma é percebido pelo próprio e pode ser observado por sinais como taquipneia, utilização de músculos acessórios e presença de tiragem. Pode ser caracterizada em dispneia de esforço (surge ou agrava com a atividade física), ortopneia (surge ou agrava em decúbito dorsal), paroxística noturna (interrupção do sono por sensação de falta de ar), platipneia (surge ou agrava com a verticalidade) e trepopneia (surge ou agrava em decúbito lateral e melhora quando a pessoa é posicionada para o decúbito oposto) (OE, 2018a). Já a fadiga, é a sensação subjetiva de cansaço ou exaustão e é um dos sintomas mais comuns e stressantes vivenciados pela pessoa com DPOC (GOLD, 2024). Vem descrita como uma sensação de “cansaço geral” ou como uma sensação de “esgotamento de energia”. A fadiga afeta a capacidade da pessoa em realizar as atividades da vida diária e a sua qualidade de vida (GOLD, 2024; OE, 2018a).

A DPOC pelas suas implicações pulmonares e extrapulmonares tem um elevado impacto na pessoa, família, sociedade e nos sistemas de saúde. As manifestações locais e sistémicas da DPOC reduzem a energia disponível para as atividades do dia-a-dia, conduzindo as pessoas a uma espiral de descondicionamento físico que origina incapacidade, limita a participação social e familiar, estando na origem da perda de dias e de qualidade de vida (Padilha, 2021). Esta espiral de descondicionamento físico, vem descrita por vários autores como o “ciclo vicioso da inatividade”, este refere-se a um processo progressivo em que a falta de atividade física desencadeia consequências negativas para a saúde e qualidade de vida, que, por sua vez, dificultam ainda mais a prática de exercícios ou a realização de atividades diárias. Isto é, a inatividade física leva a perda da condição física, redução da massa muscular e resistência cardiorrespiratória, que leva a agravamento da dispneia e fadiga, que por sua vez leva a pessoa a maior sedentarismo (Gold, 2024; Kim et al., 2019; OE, 2018a; Pereira et al., 2020). Com esta

associação, surgiu a oportunidade de realizar uma ação de formação em serviço acerca da sarcopenia, um problema cada vez mais comum nas pessoas com DPOC, sendo esta doença crónica apontada como uma das causas. A sarcopenia é, atualmente, definida como uma desordem progressiva e generalizada do músculo esquelético, que está associada a uma maior probabilidade de complicações de saúde, incluindo quedas, fraturas, incapacidade física e mortalidade (Kim et al., 2019; Oliveira & Deminice, 2021). Nesta formação foram abordados temas como o diagnóstico, tratamento e as intervenções de ER.

Este descondicionamento, leva-nos ao conceito, a fragilidade, esta é reconhecida como um problema de saúde pública (Araújo, 2021; Faria, 2021).

A fragilidade é uma condição caracterizada por uma síndrome multifatorial que resulta da interação dinâmica e sinérgica de diversos fatores biopsicossociais. Esta condição compromete a capacidade do organismo para responder eficazmente a desafios internos e externos, levando a uma redução da reserva homeostática. Como consequência, a vulnerabilidade do indivíduo aumenta significativamente, afetando múltiplos sistemas fisiológicos e potenciando efeitos adversos na saúde (Araújo et al., 2021).

Os impactos desta fragilidade refletem-se numa maior propensão para complicações como perda de força muscular, desnutrição, maior risco de quedas, dor crónica, declínio funcional e uma elevada probabilidade de hospitalização, institucionalização e, em casos mais severos, mortalidade. A progressão desta condição compromete a qualidade de vida, a independência e a autonomia do indivíduo, tornando essencial a sua identificação precoce (Araújo et al., 2021; Faria et al., 2021).

Segundo Araújo et al. (2021), para avaliar e medir a fragilidade, recorrem-se frequentemente a dois modelos. O primeiro, o modelo do fenótipo de fragilidade, foi proposto por Fried e colaboradores e baseia-se em cinco critérios (ANEXO II): perda de peso não intencional ( $\geq 4,5$  kg num ano), fadiga relatada pelo próprio, fraqueza na força de preensão, marcha lenta e níveis reduzidos de atividade física. A pessoa é considerada frágil quando apresenta três ou mais destes critérios, enquanto aquelas com um ou dois são classificadas como pré-frágeis. Já as que não manifestam qualquer um destes sinais são considerados não frágeis ou robustos. O segundo modelo, designado como modelo de défice cumulativo de fragilidade, foi

desenvolvido por Rockwood et al. (2005). Este método caracteriza a fragilidade como um processo de acumulação de défices ao longo do tempo, resultante de doenças, lesões e do próprio envelhecimento. Quanto maior for o número de défices identificados numa pessoa (ANEXO III), maior será a probabilidade de desfechos adversos, como necessidade de internamento hospitalar ou, em casos mais graves, a morte (Araújo et al., 2021; Faria et al., 2021).

A anamnese de um cliente com diagnóstico de DPOC deve considerar o impacto da patologia na sua vida quotidiana, abrangendo limitações nas atividades diárias, ausências laborais, repercussões económicas, alterações nas dinâmicas familiares, sentimentos de ansiedade ou depressão, bem como questões relacionadas com o bem-estar e a atividade sexual (GOLD, 2024).

De acordo com a OMS (2024c), no seu portal, a saúde sexual é definida como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social associado à sexualidade; não se limita à ausência de doença ou disfunção. A saúde sexual pressupõe uma abordagem positiva e respeitadora da sexualidade e das relações, proporcionando a possibilidade de vivenciar experiências sexuais seguras, prazerosas e livres de coação, discriminação ou violência (OMS, 2024c).

Zysman et al. (2020) referem que a função sexual é frequentemente comprometida em indivíduos que sofrem de doenças crónicas, sendo que a presença de múltiplas comorbilidades aumenta o risco de disfunção sexual. Os autores destacam ainda que este é um aspeto particularmente afetado em pessoas com DPOC. Já Farver-Vestergaard et al. (2022) salientam que as alterações na saúde sexual podem estar indiretamente relacionadas com os sintomas da patologia, devido ao receio de dispneia durante o esforço físico, bem como à diminuição do nível funcional e da capacidade de realizar exercício. A perda do desejo e da sexualidade é frequentemente observada em indivíduos com doenças crónicas como a DPOC, e as causas incluem fatores como o envelhecimento, mudanças na perceção da própria imagem corporal e receios ligados ao esforço físico envolvido no ato sexual (Vincent & Singh, 2007).

Diversos autores convergem na ideia de que a saúde sexual é frequentemente negligenciada ou subestimada pelos profissionais de saúde (Farver-Vestergaard et al., 2022; Karasu &

Okuyan, 2021; Zysman et al., 2020). Dudaklı & Yılmaz (2021) referem, inclusive, que, apesar dos inúmeros desafios enfrentados pelos clientes em termos de depressão e alterações na vida sexual causadas pela doença, muitas vezes não encontram um ambiente seguro para partilhar estas dificuldades.

Segundo Santos (2019), à enfermagem é atribuída a responsabilidade de ter conhecimentos sobre a sexualidade, conseguindo assim, desconstruir tabus e mitos, para intervir ao nível da educação para a saúde. Sublinha que os Enfermeiros não se sentem preparados acerca deste tema apenas com o curso base, que estas matérias são normalmente omitidas no mesmo e que após sessões de esclarecimento ou formações sobre sexualidade, estes sentem-se mais confiantes para responder a questões sobre sexualidade ao cliente internado (Santos, 2019).

Ventura (2024), associa a intervenção do EEER aos fatores facilitadores de uma transição saudável, importa aferir a capacidade física e cognitiva do cliente, para atuar ao nível da consciencialização da atual condição e da função sexual, perceber qual o significado que o cliente atribui à função sexual, se expressa desejo em melhorar/recuperar a função sexual, vontade em aprender estratégias para melhorar/recuperar a função sexual e por fim envolver o cliente no processo de aprendizagem.

Os clientes tendem a ser encarados como seres assexuados, especialmente em contexto de internamento hospitalar, onde o foco principal reside em “tratar a exacerbação” que motivou a sua hospitalização e promover o regresso à “vida quotidiana”. Neste contexto, o papel do EEER é essencial, pois o retorno à vida quotidiana exige uma adaptação à nova condição, ou seja, uma transição para um novo estilo de vida ajustado à nova realidade.

Durante este estágio pude comprovar o papel preponderante que o EEER tem na recuperação do cliente respiratório, tive a oportunidade de implementar e participar em programas de reabilitação e, embora no papel de aluno, prestar cuidados diferenciados de ER, com mais incidência na RR, mas também noutros processos, à medida que as oportunidades de prática foram surgindo, pois segundo a OE (2010):

“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e

experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.” (p.1)

A RR, é descrita por vários autores como um tratamento não farmacológico, com impacto positivo na qualidade de vida dos clientes, que permite a melhoria e controlo da sintomatologia associada às doenças respiratórias crónicas. Referem mesmo que tem um papel preponderante na abordagem a estas doenças, reduzindo sintomas, otimizando a funcionalidade, a participação social e reduzindo os custos da saúde. Uma intervenção personalizada, baseada na avaliação do cliente, que engloba a prática de exercício físico, educação e técnicas de autogestão da doença. (Clemente & Faria, 2023; OMS, 2024; DGS, 2009; Fonte & Costa, 2021).

Importa definir o conceito de capacitação, pois o EEER, desempenha um papel fundamental neste processo. Segundo Sousa e colaboradores (2020), a capacitação dos clientes é desenvolvida pelos ER, assente no foco de atenção conhecimento e aprendizagem de capacidades, envolvendo os domínios cognitivo, físico e material. Os mesmos autores, referem que a capacitação está ligada também à autonomia e à independência. O ER ensina, orienta, instrui, treina e avalia com o cliente a aquisição de novas competências, quer através da avaliação do conhecimento, quer através da avaliação da execução de uma tarefa. Podendo perceber assim, se o cliente está mais bem preparado para lidar com a transição que está a vivenciar (Sousa et al. 2020). Por estarem intimamente ligados à capacitação, definem-se os conceitos de autonomia e independência. Autonomia é a capacidade individual de decisão e comando sobre suas ações, é o direito que a pessoa tem de escolher por si só as regras da sua conduta, o poder da escolha (Sousa et al., 2020). Independência é a capacidade de satisfazer as suas próprias necessidades, a capacidade de realizar atividades sem ajuda de outros (Oliveira, 2023). A necessidade de definir estes conceitos prende-se com as competências específicas do EEER, pois este promove a autonomia e a independência através da capacitação.

## **ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS**

Segundo Padilha e colaboradores (2021), “a formação especializada na área de enfermagem de reabilitação assume particular relevância dado que potencia a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências essenciais às respostas aos principais desafios em saúde na contemporaneidade” (p. 83).

O objetivo principal deste estágio foi adquirir e desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e as competências de Mestre, neste capítulo irei descrever as atividades realizadas para tal objetivo.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, as competências comuns são definidas como capacidades partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade. Estas competências evidenciam-se pela elevada aptidão para conceber, gerir e supervisionar cuidados, bem como pelo suporte eficaz ao exercício profissional especializado, abrangendo as áreas da formação, investigação e assessoria. Divididas em quatro domínios: a) responsabilidade profissional, ético e legal; b) melhoria contínua da qualidade; c) gestão dos cuidados; d) desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

De acordo com a Lei n.º 95/2019 - Lei de Bases da Saúde (DGS, 2019), todos os clientes têm o direito de decidir, de forma livre e esclarecida, sobre os cuidados de saúde que lhes são propostos, salvo nos casos excecionais previstos na legislação. Da mesma forma, segundo a DGS (2014), o estabelecido na Carta dos Direitos e Deveres do Utente (Lei n.º 15/2014), é garantido ao cliente o direito de revogar, em qualquer momento, o consentimento para os cuidados prestados.

Os planos de intervenção de ER realizados foram desenvolvidos com base as recomendações do Guia Orientador de Boa Prática da Reabilitação Respiratória (GOBPRR), que me acompanhou durante este estágio. A intervenção do EEER e as decisões relacionadas aos cuidados prestados foram tomadas em conjunto com a pessoa, o que além de respeitar as suas crenças e valores, vai de encontro ao Código Deontológico e às competências comuns acima descritas, assegurando assim a proteção dos Direitos Humanos, incluindo a autodeterminação e a privacidade (OE, 2015; Regulamento n.º 140/2019). A oportunidade de

ter uma enfermeira supervisora com funções de gestão no serviço também contribuiu para o desenvolvimento das competências comuns, no âmbito da gestão dos cuidados, pois para além da minha experiência profissional, como enfermeiro com funções de gestão no serviço onde trabalho, ter contacto com outras realidades dá-nos outras perspetivas, outras formas de lidar com os problemas que surgem no dia-a-dia. Da melhoria continua da qualidade e desenvolvimento das aprendizagens, saliento a necessidade que senti em manter-me atualizado, da necessidade de pesquisa continua para assegurar a prestação dos melhores cuidados, da consolidação dos conhecimentos adquiridos ao longo do percurso formativo, não só por esta via, mas também com o apoio dos EEER que me acompanharam e supervisionaram neste estágio, esclarecendo dúvidas, otimizando técnicas, corrigindo se necessário, apoiando-me na tomada de decisão e no caminho a seguir.

Ao longo deste estágio prestei cuidados de ER, embora no papel de estudante, a diferentes pessoas com diferentes patologias respiratórias, predominantemente a pessoas com DPOC e Pneumonia, senti-me integrado na equipa de cuidados, com o decorrer do tempo ficando mais autónomo e independente na prestação de cuidados de ER, interagindo com outras classes profissionais aferindo procedimentos e conhecimentos mutuamente.

Entrando assim, nas competências específicas do EEER, segundo o Regulamento n.º 140/2019 estas, são descritas como competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Regulamento n.º 392/2019, são: a) cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; b) capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; c) maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Segundo o Regulamento n.º 392/2019:

“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos

problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.” (p. 13565)

Assim, a intervenção do EEER, tem como objetivo favorecer o diagnóstico precoce e implementar ações preventivas no âmbito da enfermagem de reabilitação, assegurar a capacidade funcional, evitar incapacidades e prevenir complicações (Regulamento n.º 392/2019).

No decorrer do estágio, os cuidados de ER tiveram maioritariamente como foco as alterações associadas ao processo respiratório, no entanto, adotando uma abordagem holística, todas as dimensões e características da pessoa foram levadas em conta na avaliação, na conceção e na execução do plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

A minha intervenção como EEER iniciou-se sempre pela avaliação da pessoa, que incluiu avaliação da função respiratória, através do exame físico, que tem como etapas a inspeção (identifica sinais de dificuldade respiratória, observar o padrão respiratório e possíveis alterações morfológicas do tórax), a palpação (avaliação dos movimentos do tórax e posição da traqueia), a percussão (deteta alterações da densidade dos campos pulmonares) e a auscultação (deteta alterações do murmúrio vesicular e sons respiratórios anormais), avaliação dos parâmetros vitais, incluindo a dor. A consulta do processo clínico do cliente é outro passo muito importante, pois permite a consulta dos antecedentes pessoais, da história de doença atual, de resultados analíticos e imagiológicos, importantes também nesta avaliação (OE, 2018a), permite ainda ter acesso à avaliação de outros profissionais de saúde que pode complementar a do EEER. A avaliação da capacidade funcional, foi efetuada com recurso a testes e instrumentos de avaliação, dando enfoque aos recomendados pelo GOBPRR e outros que já são utilizados no serviço (TM6m, LCADL, escala de Borg modificada, índice de Barthel, entre outros). A pesquisa de limitações existentes em todas as dimensões, mas também a identificação dos fatores de risco e hábitos de vida, permitiu uma intervenção precoce no que concerne ao conhecimento que a pessoa tem sobre a sua doença, aos cuidados para diminuir os fatores de risco e promoção de hábitos de vida saudáveis. O estado

nutricional dos clientes também foi tido em conta, através da avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC), assim como a avaliação muscular pela *MRC Muscle Scale*.

Assim, os planos de intervenção de ER, foram adaptados à condição física e limitações do cliente, ao seu gosto e disponibilidade para os realizar, de salientar que todas as intervenções foram efetuadas com os clientes monitorizados, com a avaliação prévia dos sinais vitais assegurando assim a segurança do cliente. A dor foi também tida em conta, deve ser avaliada numa fase inicial das sessões de ER, é necessário que a dor esteja controlada antes de qualquer intervenção do EEER e se surgir durante a intervenção esta deve ser suspensa (OE, 2018a).

Com base na Ontologia de Enfermagem, os focos de atenção mais abordados no estágio hospitalar, como podemos verificar no RCC ali desenvolvido (APÊNDICE III), foram a Intolerância à Atividade, a Limpeza da via aérea, Ventilação, Dispneia, Movimento muscular e Autogestão do regime de exercício, pois este estágio centrou-se no processo respiratório, num internamento de pneumologia, mesmo assim, ainda foram trabalhados focos como o Andar, Equilíbrio (estático e dinâmico), Transferir-se, Erguer-se, Sentar-se, entre outros.

As intervenções mais efetuadas foram drenagem postural modificada; manobras acessórias (percussão, vibração e compressão); tosse assistida e dirigida; ciclo ativo da respiração com técnica de expiração forçada e/ou com *huffing*; oscilação intrapulmonar com *acapella* e *shaker*; insuflador/exsuflador mecânico (*Cough assist*); aspiração da via aérea; correção postural; técnicas de relaxamento, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, pressão expiratória positiva (expiração com os lábio semicerrados); reeducação diafragmática com e sem resistência; reeducação costal global com bastão e seletiva com e sem resistência; exercício de débito inspiratório controlado (EDIC); inspirometria de incentivo; expirometria com inspirómetro de incentivo invertido; terapêutica de posição; treino de resistência (marcha no corredor, pedaleira e bicicleta); aferição de oxigenoterapia na marcha, com concentrador e oxigénio líquido; treino de inaloterapia; uma das atividades que mais me entusiasmou foi realizar treino de marcha/exercício com VNI com peça bucal, em que o cliente apenas recorre ao VNI quando sente dispneia ou cansaço e, segundo as instruções do médico responsável por este cliente, apenas durante o tempo expiratório. Para além destas atividades/intervenções dirigidas para o processo respiratório, outras foram desenvolvidas,

associadas a outros processos, entre as quais, o treino de marcha com dispositivo de apoio (andarrilho); treino de transferência cama-cadeirão/cadeirão-cama; treino subir/descer escadas; treino de equilíbrio estático e dinâmico, na cama, no cadeirão e no fundo da cama; treino erguer-se/sentar-se.

Inúmeras sessões de educação para a saúde foram efetuadas, baseado no diagnóstico de enfermagem “potencial para melhorar o conhecimento” (por exemplo acerca de técnicas de conservação de energia, autogestão do regime de exercício, etc), aproveitando o tempo utilizado pelo EEER durante a prestação de cuidados especializados, este é um momento ideal para as realizar, o cliente está focado no que está a ser transmitido e disposto a aprender, é na minha opinião, uma forma também de estabelecer uma relação empática com o cliente, pois mostra preocupação com o futuro, como o cliente irá gerir a sua doença após este período de transição, aqui há oportunidade do cliente verbalizar as suas preocupações. Como exemplo, o cliente que foi objeto do RCC, que revelou a sua preocupação em relação à sexualidade, o que levou à reformulação do plano de cuidados e impeliu a uma pesquisa mais aprofundada e ensinios acerca do tema. Outro tema muito debatido nas sessões de ensino ao cliente foi a prevenção de quedas, numa população predominantemente envelhecida as quedas representam acidentes, frequentes e muito impactantes quer para o próprio quer para a família e cuidadores (Cruz et al., 2022).

Segundo o Decreto-Lei n.º 65/2018, emanado pela Presidência do Conselho de Ministros (2018), o grau de Mestre é conferido àqueles que demonstrem possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundados, sustentados nos adquiridos no 1.º ciclo, permitindo desenvolver aplicações originais, incluindo em contexto de investigação. Devem ainda ser capazes de aplicar os seus conhecimentos e competências na resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos multidisciplinares, lidar com questões complexas e tomar decisões em situações de informação limitada, considerando as implicações éticas e sociais das suas ações. Além disso, devem ser capazes de comunicar de forma clara e precisa com públicos especializados e não especializados e possuir competências que lhes permitam uma aprendizagem contínua, essencialmente autónoma.

As intervenções anteriormente descritas vão de encontro às competências específicas do EEER, seguindo o Regulamento n.º 392/2019, as competências adquiridas incluem a prestação

de cuidados a pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida e em diferentes contextos de cuidados de saúde (competência J1), adquirida ao prestar cuidados especializados integrado na equipa multidisciplinar. O EEER avalia a funcionalidade e identifica alterações que resultam em limitações da atividade e incapacidades (competência J1.1), fortalecida com base nas avaliações realizadas aos clientes, com a utilização de instrumentos de avaliação adequados, tentando perceber qual o impacto na vida da pessoa e família, conseguindo assim avançar para o planeamento de intervenções para promover capacidades adaptativas, com foco no autocontrolo e autocuidado durante os processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade (competência J1.2), desenvolvida através da elaboração de planos de cuidados para e com os clientes internados com vista a alcançar o seu projeto de saúde. Além disso, o EEER implementa intervenções direcionadas à otimização e/ou reeducação de funções motoras, sensoriais, cognitivas, cardíacas, respiratórias, excretoras e sexuais (competência J1.3), reforçada com implementação dos planos de intervenção em ER e avaliando os resultados obtidos, recorrendo a instrumentos de avaliação aplicados antes, durante e após os mesmos.

Adicionalmente, capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção social e o exercício da cidadania (competência J2), desenvolvida promovendo sessões de ensino para a saúde durante a prestação de cuidados, percebendo com o cliente quais as suas expectativas, preocupações e objetivos, podendo assim hierarquizar os cuidados, intervenções e ensinamentos a realizar. Desenvolve e implementa programas de treino das AVD, visando a adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia e da qualidade de vida (competência J2.1), aperfeiçoada através da implementação dos planos de intervenção e das atividades de ensino e treino. Atua na promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social, intervindo no ensino e treino da marcha, na gestão do treino e do exercício, na autogestão da doença e na gestão da oxigenoterapia. O EEER contribuiu para o fortalecimento muscular, a melhoria da tolerância ao esforço e a independência nas AVD, identificando e minimizando barreiras físicas e ambientais que dificultam a locomoção, bem como sintomas como dispneia e fadiga, que podem levar ao isolamento social. A sua intervenção visa aumentar a capacidade funcional e a confiança da pessoa para que esta mantenha ou retome as suas atividades sociais (competência J2.2), em contexto hospitalar ou de internamento em unidade de reabilitação, onde tive oportunidade

de estagiar, esta competência é alcançada através do ensino e treino, a RR não se limita aos aspetos fisiológicos, mas também tem impacto positivo na reintegração social da pessoa.

Por fim, o EEER maximiza a funcionalidade e desenvolve as capacidades da pessoa (competência J3), concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório (competência J3.1), avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório com base nos resultados esperados (competência J3.2), o desenvolvimento deste conjunto de competências foi assimilado e estruturado através das intervenções realizadas, utilizando técnicas específicas, ensino e treino, da conceção de planos de cuidados e de intervenção específicos para a pessoa e com a pessoa. Monitorizando o cliente ao longo do processo de reabilitação e utilizando instrumentos de avaliação que permitem medir os resultados obtidos e ajustar a frequência, intensidade, tempo, tipo, volume e progressão do exercício e treino. Foi, ainda, possível realizar sessões de treino com vista à promoção, capacitação e autogestão da doença, como previsto nestas competências.

Segundo a OE (2023),

“A Investigação é o motor impulsionador de qualquer profissão. Reveste-se de particular importância para os profissionais de enfermagem na área de especialidade de reabilitação, uma vez que o processo de tomada de decisão clínica deve ser baseado na melhor e mais recente evidência científica, quer na identificação das necessidades dos clientes, quer na prescrição das intervenções de Enfermagem de Reabilitação baseadas no juízo diagnóstico prévio.” (p. 2)

Sendo assim, há um compromisso inerente à aquisição do grau de Mestre e de EEER, o compromisso de manter a profissão viva, através da investigação.

Além disso, é através da produção científica, neste caso nos RCC elaborados, que se evidencia o contributo que a ER tem em termos de ganhos de saúde, na melhoria da qualidade dos cuidados e no desenvolvimento de recomendações (OE, 2023).

Para o desenvolvimento das competências acima descritas torna-se necessário um grande investimento em pesquisa de conhecimento de forma autónoma, na procura da mais recente evidência, o que com a oportunidade de prestar cuidados diferenciados e especializados ao

cliente respiratório me levou a fazer, contribuiu para isso também a elaboração do RCC, vários autores consideram que o RCC é um meio de produzir conhecimento de forma rápida, são estudos observacionais, descritivos, que enumeram sintomas, diagnósticos e tratamentos a um cliente (Andrade et al. 2017; Bagio et al. 2022; Silva et al. 2017), indo assim de encontro às competências necessárias para obtenção do grau de mestre. Com estes RCC, aumentei o meu conhecimento sobre os temas abordados, sobre a elaboração de planos de cuidados e de intervenção com a pessoa e para a pessoa, interpretando os resultados e ganhos obtidos com a minha intervenção através da aplicação de escalas e testes e partilha de resultados com a equipa multidisciplinar. Sustentado nos conhecimentos que adquiri no Curso de Mestrado, através de uma análise com maior pormenor e especificidade, uma análise através de outra “lente”, a visão do EEER, reforcei a aquisição de conhecimentos teóricos e a sua transposição para a prática, desenvolvendo as competências que propus adquirir.

A apresentação de uma sessão de formação em serviço, ainda que com a colaboração de outra aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, foi mais um momento de crescimento, com o tema “sarcopenia” (APÊNDICE I), foi-nos proposto o desafio de relacionar este com a DPOC. Com este desafio, foi necessário efetuar pesquisa nas bases de dados, artigos científicos e livros, o que revelou, pouca informação acerca desta relação mas a interação com a restante equipa multidisciplinar deu frutos, pois um dos médicos do serviço, também com esta área de interesse mostrou-se disponível para ajudar, tendo até realizado uma ecografia a uma cliente com DPOC GOLD 4, em que nos mostrou a massa muscular do quadríceps diminuída e associado a esta um diafragma frágil, com a chamada sarcopenia diafragmática. Foi-me dada também a oportunidade de observar a equipa multidisciplinar na realização de várias polissonografias, realizadas em contexto de internamento para aferir os parâmetros da VNI in loco. A participação em *Webinars* e formações disponibilizados pela OE, são outra ferramenta para nos mantermos atualizados, esta foi aproveitada sempre que possível, nomeadamente frequentei dois, o *Webinar*: “Comunicação por ISBAR: Transformando a Prática de Enfermagem e a Qualidade dos Cuidados” e o *Webinar*: “Enfermagem de Reabilitação e a Sexualidade: Diferentes abordagens para um cuidado integral”.

Com todas estas experiências, fiquei mais desperto para a necessidade de manter o conhecimento atualizado, pois como mestrando e futuro EEER terei a necessidade de

permanente atualização do conhecimento, para assim promover a melhoria e a qualidade dos cuidados de Enfermagem, assegurando não só, as competências acima descritas, mas também os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2018b), a satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, readaptação funcional, promoção da inclusão social e a organização dos cuidados de enfermagem. Outro foco de preocupação para o qual fiquei mais atento, foi para a necessidade de manter a equipa de enfermagem motivada para a aquisição de conhecimento, pela experiência que tenho, pelos vários serviços por onde passei nestes anos de profissão, a escassez de formação em serviço continua a ser um desafio na prática da enfermagem, dificultando a atualização contínua dos profissionais. Apesar desta limitação, é evidente a vontade da classe em aprender e aprofundar conhecimentos, de forma a garantir cuidados de qualidade e baseados na melhor evidência disponível. No entanto, esta motivação muitas vezes colide com a sobrecarga de trabalho resultante do aumento da complexidade dos cuidados e da diminuição dos recursos humanos, o que reduz significativamente o tempo disponível para formação e desenvolvimento profissional. O EEER desempenha um papel fundamental neste processo porque, para além de prestar cuidados especializados, tem a responsabilidade de promover a formação contínua e o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, deve atuar como facilitador da aprendizagem, partilhando conhecimentos, implementando programas de formação em serviço e estar envolvido no processo de supervisão clínica, contribuindo para o crescimento profissional da equipa e assim para a melhoria da qualidade dos cuidados.

## ANÁLISE SWOT

Neste capítulo irei realizar um balanço do estágio através da metodologia de análise SWOT, esta metodologia, permite identificar e avaliar: os fatores intrínsecos que favorecem a aprendizagem (forças), os fatores intrínsecos que dificultam a aprendizagem (fraquezas), os fatores extrínsecos que promovem a aprendizagem (oportunidades) e os fatores extrínsecos que representam obstáculos à aprendizagem (ameaças), sendo todos estes aspetos considerados relevantes ao longo do percurso realizado (Pereira & Rito, 2013).

Das forças, destaco a minha experiência profissional, o tempo de serviço, são 19 anos de enfermagem, que me proporcionam uma boa capacidade de integração nas equipas, capacidade de relacionamento com os meus pares e restante equipa multidisciplinar. A experiência anterior em gestão de equipas também se mostrou um fator facilitador, conseguindo assim, perceber e fazer perceber a outros membros da equipa a distribuição e priorização dos cuidados.

Ainda a capacidade de fazer uma avaliação sistematizada do cliente, o raciocínio clínico e a capacidade de estabelecer uma relação com este, são fatores facilitadores para a construção de planos de intervenção individualizados que vão de encontro às expectativas da pessoa. Por fim, o conhecimento prévio do sistema de gestão hospitalar (*Globalcare*) utilizado neste serviço, que permitiu facilmente perceber a dinâmica dos registos de ER.

As fraquezas, prendem-se acima de tudo com a dificuldade em gerir o tempo académico, com o tempo laboral, os turnos realizados em contexto de estágio foram todos das 8h às 15:30h, sendo um horário equiparado ao horário laboral, pois faço parte da equipa de gestão de um serviço hospitalar, o que levou a um continuo ajuste dos turnos para cumprir a carga horária do estágio, a carga horária laboral e ainda ter tempo para realizar pesquisa para aprofundar o conhecimento de forma autónoma, não descorando o tempo familiar. Outra fraqueza que identifiquei, foram as flutuações de motivação, se em alguns dias estava muito motivado para o trabalho desenvolvido no estágio, noutros nem tanto, o cansaço acumulado e os problemas laborais que são difíceis de deixar à porta do serviço onde exercemos funções para isso contribuiriam.

Das oportunidades, quero realçar a disponibilidade e apoio demonstrados pelas enfermeiras orientadoras deste estágio, da equipa de enfermagem que tão bem me recebeu e da restante equipa multidisciplinar, que me fizeram sentir como parte integrante da equipa de cuidados. O fato de ser utilizado o sistema de gestão hospitalar “Globalcare”, que já utilizava anteriormente, o fato de ser orientado por duas EEER distintas e ter interagido com os restantes membros da equipa de ER, também foi uma mais-valia, pois assim consegui observar visões e abordagens distintas quer aos cuidados, quer à forma de interagir com os clientes.

As ameaças, vão de encontro novamente ao fato da gestão do tempo, com a carga horária laboral, do estágio e do tempo familiar, não foi possível aproveitar todas as oportunidades de formação disponíveis, quer *on-line*, quer presencialmente, como por exemplo um congresso que foi realizado no hospital onde decorreu o estágio, que apesar de estar inscrito, por questões laborais não me foi possível comparecer.

## CONCLUSÃO

Este Relatório de Estágio Profissionalizante permitiu evidenciar a aquisição e o desenvolvimento das competências previstas para o Enfermeiro Especialista em Reabilitação e Mestre em Enfermagem de Reabilitação. O estágio, realizado no contexto hospitalar, no Serviço de Internamento de Pneumologia de um hospital na região de Lisboa, foi essencial para aprofundar conhecimentos teóricos e práticos sobre a DPOC e a Reabilitação Respiratória.

A análise crítico-reflexiva e a aplicação da metodologia SWOT demonstraram a progressão na capacidade de planejar e executar intervenções personalizadas e baseadas na evidência. Estas intervenções, alicerçadas na prática de exercício físico, educação para a saúde e técnicas de autogestão, confirmaram o papel preponderante do EEER na transição saúde-doença, na reabilitação funcional e na melhoria da qualidade de vida da pessoa com doença respiratória.

Conclui-se que, através da sua intervenção, o EEER contribui significativamente para a capacitação do cliente na gestão da sua doença, assumindo-se como uma peça fundamental na equipa de saúde. Este estágio consolidou não apenas os conhecimentos clínicos e científicos, mas também a necessidade de procura constante desses conhecimentos e a visão holística necessária para prestar cuidados de excelência, confirmando o impacto da Enfermagem de Reabilitação na promoção da saúde e na humanização dos cuidados.

Sendo esta uma área de interesse pessoal, pretendo continuar a aprofundar o conhecimento na área da RR, pois considerando o impacto crescente das doenças respiratórias crónicas, como a DPOC, na população global, crescente aumento de internamentos é fundamental expandir o conhecimento sobre a eficácia da Reabilitação Respiratória, bem como sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na recuperação e transição saudável destes clientes, não apenas consolidar as evidências já existentes, mas também explorar novas vertentes e intervenções que promovam a melhoria contínua dos cuidados prestados à pessoa com doença respiratória.

## BIBLIOGRAFIA

Andrade, S., Ruoff, A., Piccoli, T., Schmitt, M., Ferreira, A. & Xavier, A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 26(4). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>

Araújo, F., Campos, J., Lumini, m. & Nogueira, N. (2021). A fragilidade no contexto da Saúde. In *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*. (pp. 27-42). Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://doi.org/10.48684/6sk0-ff98>

Bagio, T., Garbin, A., Cano, R., Lima, C. & Marques Filho, J. (2022). Resgatando a importância dos relatos de caso na Medicina. *Sociedade Brasileira de Clínica Médica*. 20(1), pp. 49-54.

Clemente, S. & Faria, I. (2023). Reabilitação respiratória. *Sociedade Portuguesa de Pneumologia*. Disponível em: <https://www.sppneumologia.pt/comissoesde-trabalho-enucleos/comissoes-de-trabalho/reabilitacao-respiratoria>

Cruz, A., Lopes, M., Reis, L. & Parola, V. (2022). Prevalência e caracterização de acidentes domésticos e lazer de idosos em contexto comunitário: Estudo observacional transversal. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), pp.1-8. <https://doi.org/10.12707/RV21119>

Direção Geral de Saúde (2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Circular informativa n.º 40A/DSPCD. Disponível em:  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/CircularDGS40A\\_DSPCD\\_27Out2009.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/CircularDGS40A_DSPCD_27Out2009.pdf)

Direção Geral da Saúde (2014). Lei n.º 15/2014 de 21 de março, Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República*, 1ª série, n.º 57

Direção Geral da Saúde (2019). Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro, Lei de Bases da Saúde. *Diário da República* n.º 169 1.ª série, n.º 169

Dudakl, N. & Yılmaz, M. (2021). The Relationship Between Depression and Sexual Function in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Cyprus journal of medical sciences*. 6(1), pp. 24-9

Faria, A., Martins, M., Laredo-Aguilera, J., Ribeiro, O., Fonseca, E. & Flores, J. (2021). Fragilidade em pessoas idosas residentes no domicílio inscritas numa unidade de saúde do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, Vol. 4 N.º 1 (pp. 6-14). <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.46>

Ferreira, C. & Castro, D. (2021). Gestão das agudizações. in Costa, R. (Coordenador Geral). Guia prático de gestão da DPOC. (pp. 17-20). Springer Healthcare Communications

Fonte, P. & Costa, R. (2021). Gestão da doença estável, In Costa, R. (Coordenador Geral). Guia prático de gestão da DPOC. (pp. 4-5). Springer Healthcare Communications

Frailty Science (2020). Physical Frailty Phenotype. Disponível em: <https://frailtyscience.org/wp-content/uploads/2020/12/Frailty-Assessment-Definition-Sheets-combined-2.pdf>

Fundação Portuguesa do Pulmão (2023). Observatório nacional de doenças respiratórias 2023. Fundação Portuguesa do Pulmão. Disponível em [https://www.apcsd.pt/docs/FundPulmao-ONDR\\_2023.pdf](https://www.apcsd.pt/docs/FundPulmao-ONDR_2023.pdf)

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2024). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2024 Report). Disponível em: <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>

Karasu, F. & Okuyan, C. (2021). The Effect of Nursing Care Applied to Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease on Their Sexual Experiences and Quality of Life. *Sexuality and Disability*. (39), pp. 529–542. <https://doi.org/10.1007/s11195-021-09677-0>

Kim H., Shin J., Shin B. & Kim U. (2019). Sarcopenia Associated with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Bone Metab*, 26(2):65-74. <https://doi.org/10.11005/jbm.2019.26.2.65>.

Lei n.º 156/2015 de 16 setembro. Código Deontológico. Diário da República n.º 181 – I série (pp. 8077-8080).

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, LLC.

Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress*. (5ªed.). Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D. & Schumacher, K. (2010). *Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory*. In: A. Meleis. *Transitions Theory: MiddleRange and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (p. 52-65). Springer Publishing Company.

Mendes, G. & Simões, J. (2021). *O que é a DPOC?* in Costa, R. (Coordenador Geral). *Guia prático de gestão da DPOC*. (pp. 4-5). Springer Healthcare Communications

National Health Service (2022). *Rockwood Frailty Scale*. Disponível em: [https://www.england.nhs.uk/south/wp-content/uploads/sites/6/2022/02/rockwood-frailty-scale\\_.pdf](https://www.england.nhs.uk/south/wp-content/uploads/sites/6/2022/02/rockwood-frailty-scale_.pdf)

Oliveira, C. (2023). *Evolução da Funcionalidade em Utentes Seguidos em Contexto Domiciliário por uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, V6N2, DOI - 10.33194/rper.2023.329

Oliveira, V. & Deminice, R. (2021). *Atualização sobre a definição, consequências e diagnóstico da sarcopenia: uma revisão literária*. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 37(6), 550-563. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i6.12921>

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Revisão e Reimpressão*. Divulgar. Ordem dos Enfermeiros. *Enfermagem de Reabilitação. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4\\_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2018a). *Guia Orientador de Boa Prática: Reabilitação Respiratória*. Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2018b). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4\\_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2023). Documento das áreas de Investigação para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30264/ponto-3\\_documento-linhas-de-investiga%C3%A7%C3%A3o-do-eer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30264/ponto-3_documento-linhas-de-investiga%C3%A7%C3%A3o-do-eer.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (s.d.). Ontologia de Enfermagem. Disponível em: <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser> acessado em 04 de novembro 2024.

Organização Mundial de Saúde (2024a). Chronic respiratory diseases. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab_1)

Organização Mundial de Saúde (2024b). Rehabilitation. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/rehabilitation#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/rehabilitation#tab=tab_2).

Organização Mundial de Saúde (2024c). Sexual health. Disponível em [https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2)

Padilha, M. (2021). Prefácio. In Cordeiro, M. (coord). *DPOC abordagem a 360o do hospital para o domicílio*. Sabooks Editora

Padilha, J, Martins, M., Gonçalves, N., Ribeiro, O., Fernandes, C. & Gomes, B. (2021). Olhares sobre os processos formativos em enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, V4N1, 83-89.

Parreira, P., Santos-Costa, P., Nri, M., Marques, A., Queirós, P. & Salgueiro-Oliveira, A., (2023), Métodos de trabalho para a prestação de cuidados de enfermagem. *In Gestão nas Organizações de Saúde*. vol 2 (pp.147-193). Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/368472162\\_Metodos\\_de\\_trabalho\\_para\\_a\\_prestacao\\_de\\_cuidados\\_de\\_enfermagem\\_Capitulo\\_3\\_-\\_Gestao\\_nas\\_Organizacoes\\_de\\_Saude\\_Volume\\_2](https://www.researchgate.net/publication/368472162_Metodos_de_trabalho_para_a_prestacao_de_cuidados_de_enfermagem_Capitulo_3_-_Gestao_nas_Organizacoes_de_Saude_Volume_2)

Pereira, R. & Rito, M. (2013). A análise SWOT como estratégia de (auto) avaliação: uma partilha de experiências em contextos de prática clínica supervisionada. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1822/33845>

Pereira, M., Moreira, A., Machado, P. & Padilha, J. (2020) Impacte da reabilitação respiratória, prescrita por enfermeiros, na capacidade para o autocuidado, na pessoa com DPOC. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. V3N2 12.020 (pp. 80-85). Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/67/27>

Presidência do Conselho de Ministros (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de Agosto. Artigo 15º - Grau de mestre. Diário da República 1ª série, n.º 157

Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/19 – II Série (pp. 4744 – 4750).

Regulamento n.º 392/2019 de 3 maio. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República n.º 85/19 - II Série (pp. 13565-13568).

Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D. & Silva, J. (2018), Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV - n.º 19. (pp. 39-48). <https://doi.org/10.12707/RIV18040>

Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D., McDowell, I. & Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association journal - journal de l'Association medicale canadienne*, 173(5). (pp. 489–495) <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>

Santos, I. (2019). Perceção de Profissionais de Enfermagem sobre a sexualidade de pacientes em idade fértil, hospitalizados [Dissertação de mestrado, ESTeSC – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra; ESEC – Escola Superior de Educação]. Repositório comum. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28033/1/RELATORIO%20DISSERTA%C3%87%C3%83O%20IONE.pdf>

Silva, K., Dias, S. & Amorim, R. (2017). Case report and case series: is there room for them?. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 2018, 12(1), pp. 4-7. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/323683282\\_Case\\_report\\_and\\_case\\_series\\_is\\_there\\_room\\_for\\_them](https://www.researchgate.net/publication/323683282_Case_report_and_case_series_is_there_room_for_them)

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O. & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*. (pp.35-44). Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/337313131>

Smith, M. & Parker, M. (2015). *Nursing Theories & Nursing Practice*. (4ªed.). F.A. Davis Company.

Sousa, L., Martins, M. & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no Empoderamento e Capacitação da Pessoa em Processos de Transição Saúde-Doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), p.64-69. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>

Ministério da Saúde (2024a). *Missão, Valores e Visão*. Disponível em <https://www.ulssm.min-saude.pt/missao-e-valores/>

Ministério da Saúde (2024b). *Pneumologia – ULS Santa Maria*. Disponível em <https://www.ulssm.min-saude.pt/torax/pneumologia/>

Varela, T. (2021). Doença Pulmonar obstrutiva crónica: Estado de Arte. In Cordeiro, M. (coord). *DPOC abordagem a 360o do hospital para o domicílio*. (pp. 1-18). Sabooks Editora

Ventura, J. (2024). *Enfermagem de Reabilitação e a Sexualidade: Diferentes abordagens para um cuidado integral* [Webinar]. Ordem dos Enfermeiros

Vicente, C. & Barbosa, M. (2021). GOLD: Diretrizes e recomendações na DPOC. In Cordeiro, M. (coord). *DPOC abordagem a 360o do hospital para o domicílio*. (pp. 19-51). Sabooks Editora

Vincent, E. & Singh, S. (2007). Addressing the sexual health of patients with COPD: the needs of the patient and implications for health professionals. *Chronic Respiratory Disease*. (4), pp. 111–115. <https://doi.org/10.1177/1479972306076105>

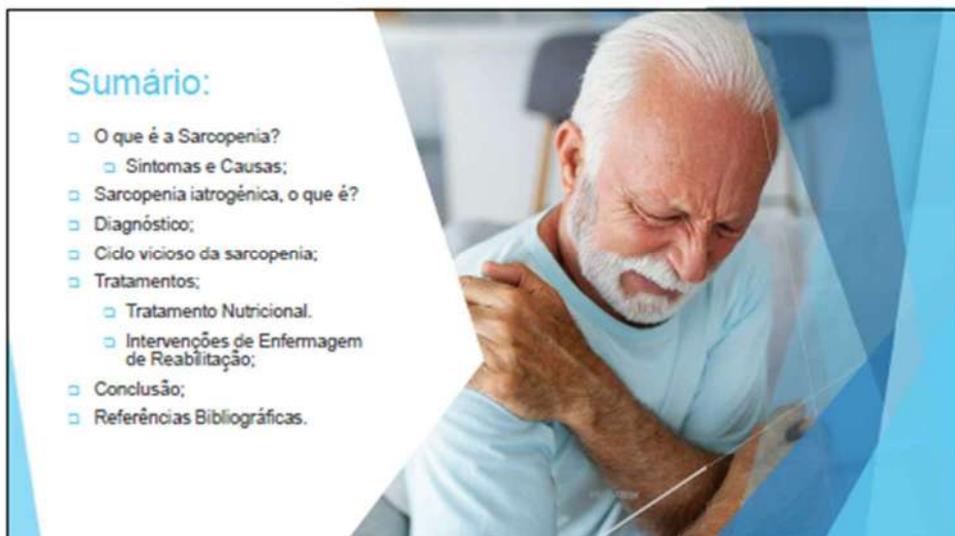
Zysman, M., Rubenstein, J., Guillou, F., Colson, R., Pochulu, C., Grassion, L., Escamila, R., Piperno, D., Pon, J., Khan, S. & Raheison-Semjen, C. (2020). COPD burden on sexual well-being. *Respiratory Reserch* . 21, 311. <https://doi.org/10.1186/s12931-020-01572-0>

**APÊNDICE I – Apresentação PowerPoint da ação de formação em serviço  
com o tema “Sarcopenia”**

(À data da realização deste relatório, ainda não estou em posse do comprovativo da ação de formação, assim como da avaliação da mesma, cuja documentação foi enviada para o Centro de Formação do hospital onde foi apresentada a fim de ser certificada)



1



2

## Sarcopenia

**Sarco**  
- Carne  
- Musculo

**Penia**  
- Deficiência

**Sarcopenia**

► A sarcopenia é, atualmente, definida como uma desordem progressiva e generalizada do músculo esquelético, que está associada a uma maior probabilidade de complicações de saúde, incluindo quedas, fraturas, incapacidade física e mortalidade.

(Oliveira, V & Demétrios, R., 2021)

05/11/2024

3

## Sintomas

- Fraqueza muscular
- Perda do equilíbrio
- Aumento do risco de quedas e fraturas
- Perda de resistência
- Diminuição do tamanho dos músculos

05/11/2024

4



5

## Sarcopenia Iatrogénica

A sarcopenia iatrogénica é consequência da prestação de cuidados nas unidades de saúde.

- > Atrofia muscular (devido ao repouso prolongado);
- > Pneumonia de aspiração – diminuição do uso dos músculos da deglutição;
- > Diminuição das ingestão de proteínas (nutrição);
- > Tratamentos médicos;
- > Infecção nosocomial.

(Shingo Kakei, et al, 2022)

05/11/2024

6

### Diagnóstico

- > **Força Muscular** :  
preensão palmar; teste de levantar-sentar 5vezes
- > **Massa Muscular**
- > **Função Física: Bateria Curta de Desempenho Físico (Short Physical Performance Battery, SPPB)**

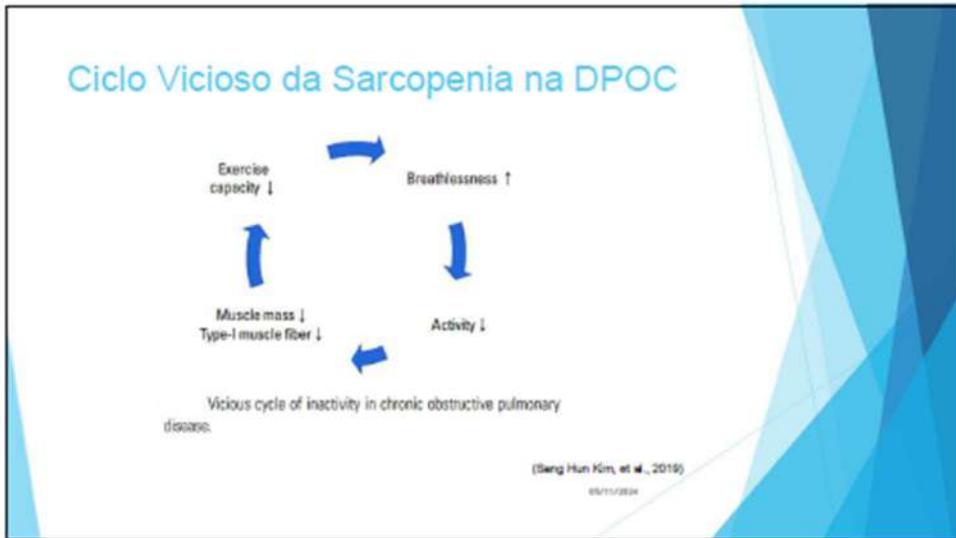
Testes e pontos de corte para o diagnóstico de cada componente da sarcopenia sugerido pelo Grupo de Trabalho Europeu sobre Sarcopenia em Idosos (European Working Group on Sarcopenia in Older People) em 2019*		
	Homens	Mulheres
<b>Baixa Força Muscular</b>		
Aperão de mão	< 27kg	< 16kg
Sentar e levantar da cadeira	> 15 segundos para 5 repetições	
<b>Baixa Massa Muscular</b>		
MMA	< 20kg	< 15kg
IMMA	< 7kg/m <sup>2</sup>	< 5,5kg/m <sup>2</sup>
<b>Baixa Função Muscular</b>		
Marcha (4m)	≤ 8,8m/s	
SPPB	≤ 8 pontos	
TUG	≥ 20 segundos	
Caminhada (400m)	≥ 6 minutos	

Legenda: MMA = Massa muscular apendicular; IMMA = Índice de Massa Muscular Apendicular; SPPB = Bateria Curta de Desempenho Físico (Short Physical Performance Battery); TUG = teste de sentar e caminhar cronometrado (Timed Up and Go Test).

(Oliveira, V. & Denrício, R., 2021)

05/11/2024

7



8



9

## Nutrição

- Aumento do aporte proteico
  - Suplementação proteica
  - Whey protein (20 a 40 gr /dia)
  - Aminoácidos
    - Leucina
    - Creatina
    - B - HMB
- Vitamina D
- Ômega -3
- Dieta Mediterrânica

(Bianco, E. et al., 2023)

05/11/2024

10



11



12

## Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

Um plano de exercícios para pessoas com sarcopenia ou para prevenção da mesma deve incidir em:

- Exercícios aeróbicos;
- Treino de força;
- Treino de equilíbrio;
- Treino de resistência

05/11/2024

13

## Um plano tipo:

• 5 a 10 min      • 5 a 10 min

- **Progressão gradual:** Começar com pouca intensidade e aumentar aos poucos, conforme a pessoa se sinta confortável.
- **Acompanhamento:** Realizar o treino com supervisão inicial, pelo menos até a pessoa estar confiante e segura.
- **Frequência recomendada:** Realizar os exercícios de 2 a 3 vezes por semana, permitindo descanso entre as sessões para recuperação muscular.

(Shingo Kakahi, et al., 2022)

05/11/2024

14

### Aquecimento (5 a 10 min)

- **Caminhada**
  - Ao ar livre ou em casa
- **Movimentos articulares**
  - "Rotação" do ombros;
  - Flexão e extensão do cotovelo;
  - Flexão, extensão, abdução e adução do punho;
  - Abdução, adução, flexão e extensão da coxa;
  - Flexão e extensão do joelho;
  - Flexão, extensão, inversão e eversão do tornozelo.

15

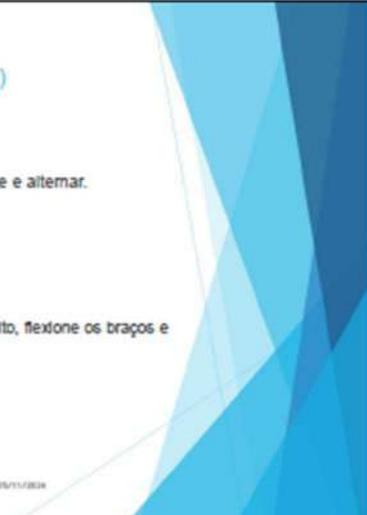
### Fortalecimento Muscular (5 a 10 min)

- **Agachamento com apoio**
  - Usar uma cadeira ou encostar-se a parede
  - Repetições: 8 a 12 repetições, 2 a 3 séries.
- **Elevação de pernas sentado**
  - Sentado numa cadeira, levante uma perna, fazer extensão do joelho, mantendo por alguns segundos, depois ateme.
  - Repetições: 10 repetições em cada perna, 2 a 3 séries.
- **Levantamento de calcanhares**
  - De pé e com apoio numa cadeira ou parede, levantar-se na ponta dos pés
  - Repetições: 10 a 15 repetições, 2 a 3 séries.

16

### Fortalecimento Muscular (5 a 10 min)

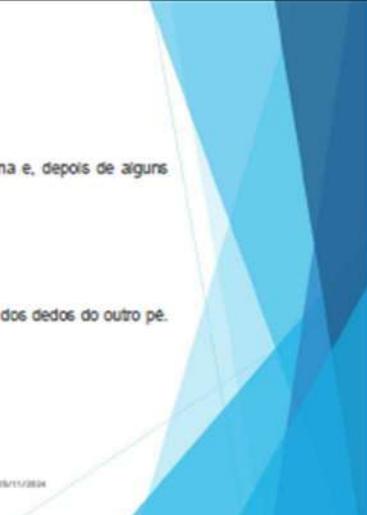
- ❑ **Levantamento lateral de pernas (abdução)**
  - De pé e apoia-se numa cadeira, levantar uma perna lateralmente e alternar.
  - **Repetições:** 10 repetições para cada perna, 2 a 3 séries.
- ❑ **Flexão de braços na parede**
  - De frente para uma parede, com as mãos apoiadas na altura do peito, flexione os braços e aproxime o corpo da parede, depois empurre para retornar.
  - **Repetições:** 8 a 10 repetições, 2 a 3 séries.



17

### Exercícios de Equilíbrio (5 a 10 min)

- ❑ **Permanecer em pé numa só perna (apoio unipodal)**
  - Com o apoio de uma cadeira, mantenha-se de pé em uma perna e, depois de alguns segundos, alterne.
  - **Duração:** 10 a 20 segundos em cada perna, 2 a 3 séries.
- ❑ **Caminhada em linha reta**
  - Caminhar em linha reta, colocar o calcanhar de um pé na frente dos dedos do outro pé. Usar uma superfície de apoio se necessário.
  - **Duração:** Caminhar cerca de 3 a 5 metros, 2 a 3 séries.



18

## Exercícios Funcionais (5 a 10 min)

- ❑ **Sentar e levantar da cadeira**
  - Sentar e levantar-se da cadeira lentamente, sem o auxílio das mãos, sempre que possível.
  - **Repetições:** 8 a 12 repetições, 2 a 3 séries.
- ❑ **Exercícios de elevação dos membros superiores**
  - Com pesos/ halteres ou mesmo com objetos leves (como uma garrafa de água, conforme tolerância da pessoa, fazer com os dois braços ao mesmo tempo ou apenas um de cada vez.
  - **Repetições:** 8 a 10 repetições, 2 a 3 séries.

EN11/2024

19

## Exercícios de Flexibilidade (5 min)

- ❑ **Alongamento dos gêmeos**
  - Apoiar-se numa cadeira e posicionar uma perna para trás, mantendo-a estendida e o calcanhar no chão. Inclinar o corpo para a frente, sentindo o alongamento.
  - **Duração:** Manter por 20 a 30 segundos em cada perna.
- ❑ **Alongamento dos isquiotibiais**
  - Sentado numa cadeira, estender uma perna a frente e inclinar o corpo para alcançar o pé.
  - **Duração:** Manter por 20 a 30 segundos em cada perna.

EN11/2024

20

## Sarcopenia e DPOC

The diagram consists of two overlapping circles. The left circle is titled 'Exercise program in pulmonary rehabilitation' and lists: 'Aerobic exercise', 'Strength training', 'Stretching', 'Vertebral muscle training', 'Breathing retraining', and 'Etc.'. The right circle is titled 'Exercise program for sarcopenia' and lists: 'Progressive resistance exercise (Strength training)', 'Aerobic exercise', 'Stretching', and 'Balance training', followed by 'Etc.'. The overlapping area contains the text: 'Exercise program for chronic obstructive pulmonary disease and sarcopenia.'

(Sung Hun Kim, et al., 2019)

05/11/2024

21

## Conclusão

- ▶ A sarcopenia, é caracterizada pela perda progressiva de massa e força muscular associada ao envelhecimento e doenças crônicas, é uma condição que impacta significativamente a qualidade de vida e a funcionalidade de indivíduos idosos.
- ▶ A reabilitação assume um papel fundamental no combate a esta condição, através de intervenções direcionadas que incluem exercícios de resistência, treino de força, nutrição adequada e, em alguns casos, suporte farmacológico.
- ▶ Estas abordagens visam restaurar ou manter a massa muscular, melhorar a força, a mobilidade e a capacidade funcional dos indivíduos, contribuindo para uma maior independência e redução do risco de quedas.

05/11/2024

22

## Conclusão

- ▶ A intervenção precoce e a adaptação dos programas de reabilitação às necessidades específicas de cada pessoa são essenciais para maximizar os resultados e promover o envelhecimento saudável.
- ▶ A reabilitação não só melhora a condição física, mas também contribui para o bem-estar psicológico e a inclusão social dos indivíduos afetados pela sarcopenia.

05/11/2024

23

## Referências Bibliográficas

- Bianco, E. A. D. W. ., Capelari, R. F. ., Bello, S. R. de B. ., Pazello, C. T. ., Zarpellon, R. S. M. ., Venturelli, A. C. ., & Silva, R. W. . (2023). *Nutrition in the prevention and treatment of sarcopenia in the elderly. Research, Society and Development*, 12(13), e26121344160. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i13.44160>
- Kakehi S, Wakabayashi H, Inuma H, Inose T, Shioya M, Aoyama Y, Hara T, Uchimura K, Tomita K, Okamoto M, Yoshida M, Yokota S, Suzuki H. . (2022). Rehabilitation Nutrition and Exercise Therapy for Sarcopenia. *World J Mens Health*. 40(1):1-10. <https://doi.org/10.5534/wjmh.200190>
- Kim SH, Shin MJ, Shin YB, Kim KU (2019). *Sarcopenia Associated with Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. *J Bone Metab*, 26(2):65-74. doi: 10.11005/jbm.2019.26.2.65. Epub 2019 May 31. PMID: 31223602; PMCID: PMC6561852.

05/11/2024

24

## Referências Bibliográficas

- M. Rondanelli et al., (2020). *Improving rehabilitation in sarcopenia: a randomizedcontrolled trial utilizing a muscle-targeted food for special medical purposes*. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle* 11: 1535–1547. DOI: 10.1002/jcsm.12532
- Oliveira, V., Deminice, R. . (2021). Atualização sobre a definição, consequências e diagnóstico da sarcopenia: uma revisão literária. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 37(6), 550-563. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i6.12921>
- Shingo Kakehi, et al., (2022). *Rehabilitation Nutrition and Exercise Therapy for Sarcopenia*. *World J Mens Health*, 40(1): 1-10. <https://doi.org/10.5534/wjmh.200180>

05/11/2024

25

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
SANTA MARIA

ESEL

ESSATLA

ULS Santa Maria  
Serviço de Pneumologia

# Obrigado !



A imagem mostra quatro idosos sorridentes e fazendo o gesto de 'polegar para cima', expressando gratidão e satisfação.

A imagem é uma cópia de Autor Desautorizada por violação do Artigo de Lei nº 17/2012

Novembro  
2024

26



27

**APÊNDICE II - Intervenção do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a hemiarthroplastia em contexto de UCCI:  
Relato de Caso Clínico**



2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

1º Ano – 2º Semestre

**Intervenção do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de  
Reabilitação na pessoa submetida a hemiartroplastia em  
contexto de UCCI: Relato de Caso Clínico**

Elaborado por:

Fábio Silva (2023019)

Enf. Orientador: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Hédio Sousa

Docente: Prof. Ana Cristina Mesquita

Barcarena

junho de 2024

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Escola Superior de Saúde Atlântica

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

1º Ano – 2º Semestre

**Intervenção do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de  
Reabilitação na pessoa submetida a hemiartroplastia em  
contexto de UCCI: Relato de Caso Clínico**

Elaborado por:

Fábio Silva (2023019)

Enf. Orientador: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Hélio Sousa

Docente: Prof. Ana Cristina Mesquita

Barcarena

junho de 2024

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do EER na pessoa submetida a hemiartroplastia em contexto de UCCE: Relato de Caso Clínico

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste trabalho**

Fábio Silva (2023019)

junho 2024 - ESSATLA

3

*Intervenção do EFER na pessoa submetida a hemiartroplastia em contexto de UCCI: Relato de Caso Clínico*

*Mestrado em Enfermagem de Reabilitação*

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ADL** – Acidentes Domésticos e de Lazer

**AVD** – Atividade de Vida Diária

**CARE** – Case Reporte

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**EFER** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**ER** – Enfermagem de Reabilitação

**HAPA** - Health Action Process Approach

**MF** – Medida de Independência Funcional

**MRC** – Medical Research Council

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PTJ** – Prótese Total do Joelho

**RGPD** – Regime Geral de Proteção de Dados

**RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**UCCI** – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

**UMDR** – Unidade de Média Duração e Reabilitação

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do EFER na pessoa submetida a hemiartroplastia em contexto de UOCI: Relato de Caso Clínico

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**Resumo**

**Introdução:** Como consequência mais frequente das quedas na população idosa surge a fratura da anca. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com o seu corpo de conhecimento e competência acrescida tem a responsabilidade de trabalhar com estes clientes a fim de reaver o máximo de funcionalidade e independência possível.

**Objetivo:** Identificar o impacto da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação numa pessoa submetida a hemiartroplastia femural, internada numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados.

**Método:** Seguindo as diretrizes da CARE, foi construído um relato de caso observacional e descritivo. Realizada a colheita de dados, utilizados vários instrumentos de avaliação para construir um plano de intervenção individualizado a fim de atingir os objetivos nele propostos.

**Resultados:** Com este programa de reabilitação, obteve-se ligeiro ganho ao nível do equilíbrio, força muscular e independência.

**Conclusões:** Com este relato de caso, conclui-se que os ganhos em termos funcionais para o cliente são favoráveis. A força muscular e o equilíbrio aumentaram, embora ligeiramente, nota-se uma cliente mais segura de si ao longo do tempo, sessão após sessão o grau de autoconfiança foi aumentando, assim como a disponibilidade para a realização dos exercícios propostos.

**Descritores:** Enfermagem de Reabilitação; Hemiartroplastia; Fratura da Anca; Quedas

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do EFER na pessoa submetida a hemiartroplastia em contexto de UCCI: Relato de Caso Clínico

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**Abstract:**

**Introduction:** The most common consequence of falls in elderly population is hip fracture. Rehabilitation Nurses, with their knowledge and increased competence, have the responsibility to work with these clients in order to regain as much functionality and independence as possible.

**Objective:** To identify the impact of the Rehabilitation Nurses intervention on a person after femoral hemiarthroplasty, admitted to a rehabilitation unit.

**Method:** Following CARE guidelines, an observational and descriptive case study was constructed. Data collection was carried out, various assessment instruments were used to construct an individualized intervention plan to achieve the objectives proposed therein.

**Results:** With this rehabilitation program, slight gains were obtained in terms of balance, muscular strength and independence.

**Conclusions:** With this case study, it is concluded that the gains in functional terms for the client are favorable. There was a slight increment in muscle strength and balance, the client became more confident over time, session after session the degree of self-confidence increased, as did the readiness to perform the proposed exercises.

**Descriptors:** Rehabilitation Nursing; Hemiarthroplasty; Hip Fracture; Falls

Intervenção do EFER na pessoa submetida a hemiartroplastia em contexto de UCCE: Relato de Caso Clínico

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>1. MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>12</b>
<b>2. APRESENTAÇÃO DO CASO .....</b>	<b>14</b>
<b>3. AVALIAÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>4. DISCUSSÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>22</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>23</b>

Intervenção do EFER na pessoa submetida a hemiartroplastia em contexto de UCCI: Relato de Caso Clínico

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Plano de cuidados.....	16
-----------------------------------	----

## INTRODUÇÃO

A população nos países industrializados continua a envelhecer, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2023), nas Estatísticas Demográficas 2022, a idade mediana em Portugal aumentou de 45 para 47 anos de 2017 para 2022. O número de jovens e pessoas em idade ativa tem vindo a decrescer e em contrapartida o número de idosos tem vindo a aumentar, demonstrando uma clara tendência de envelhecimento demográfico. O índice de Envelhecimento diz-nos que, em 2022, existem 185,6 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2023).

Segundo a OMS (2021), quedas são eventos involuntários que fazem com que a pessoa perca o equilíbrio e bata com o corpo no chão ou outra superfície. Refere ainda que a idade é um dos principais fatores de risco, os idosos têm risco de queda aumentado, sendo mais frequentes quedas em mulheres embora ocorram em ambos os sexos.

A nível mundial, segundo a DGS (2019), todos os anos 28 a 35% das pessoas com 65 ou mais anos sofrem uma queda, principalmente em ambiente doméstico e 20% destes morrem no prazo de um ano por complicações derivadas de uma fratura da anca. Os fatores de risco incluem, riscos biológicos, como a idade e género, mais comuns nas mulheres, fatores de risco comportamentais, como toma de medicamentos, estado emocional, consumo de álcool e sedentarismo, fatores de risco ambientais, como pavimentos em mau estado, iluminação reduzida, degraus estreitos e superfícies escorregadias e fatores socioeconómicos, incluindo baixa escolaridade, interações sociais reduzidas e habitação desadequada. Estes fatores são corroborados em vários estudos, como refere Cruz e colaboradores (2022), tendo em conta a sua amostra, as quedas são o Acidentes Domésticos e de Lazer (ADL) com maior prevalência, mais comuns em mulheres com mais de 80 anos e baixa escolaridade.

Segundo o Ministério da Saúde (2024), publicado no seu *site* [www.insa.min-saude.pt](http://www.insa.min-saude.pt), os ADL ocorrem ao longo do ciclo da vida, sendo mais frequentes em pessoas com 65 ou mais anos (32%), sendo as quedas, representando 53%, o mecanismo de lesão mais frequente.

Uma das consequências mais comuns das quedas na população idosa, é a fratura da anca, segundo Meng & Yu (2022), estima-se que o número de fraturas da anca em idosos atingirá 2,6 milhões até 2025, e o número de fraturas da anca em idosos aumentará para 4,5 milhões até 2050. Aqui estão inseridas as fraturas proximais do fémur, que incluem fraturas transtrocantericas, subtrocantericas e a fratura do colo do fémur, de acordo com a sua

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

*Intervenção do EEER na pessoa submetida a hemiartroplastia em contexto de UOCI: Relato de Caso Clínico*

*Mestrado em Enfermagem de Reabilitação*

localização, segundo o mesmo autor, as últimas representam 53% das fraturas proximais do fémur, fazendo delas as mais comuns (Meng & Yu, 2022)

É também consensual, que um dos problemas associados a este tipo de fratura é a perda ou diminuição da capacidade da marcha, redução da massa e força muscular, diminuição do equilíbrio, Teixeira e colaboradores (2021), referem vários estudos que reforçam estes achados, assim como, Dias e colaboradores (2021) também o fazem, apontando ainda a incapacidade para a realização de algumas AVD, ressaltando a importância do EEER na recuperação destes clientes

Para Hesbeen (2003), a Reabilitação é:

“uma prática multidisciplinar que se baseia, entre outros, em conhecimentos cientificamente fundamentados. Tem como finalidade assegurar à pessoa incapacitada ou deficiente, bem como aos seus próximos, diferentes ações que permitem suprimir, atenuar ou ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem. A sua prática é exercida por equipas especializadas aptas a utilizar da melhor forma os recursos disponibilizados pelos meios de reeducação funcional, de reinserção social e de reintegração escolar ou profissional” (p. 53).

O EEER é um elemento fundamental nesta equipa, sendo do seu trabalho com o cliente, essencial para a recuperação do seu potencial, independência e autonomia.

Para a OE (2018), como descrito no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, a Enfermagem de Reabilitação é:

“a área de intervenção da Enfermagem, de excelência e referencia, que previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoquem deficit funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório (...) É também uma área de intervenção que promove a maximização das capacidades funcionais da pessoa, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal” (p.3).

Segundo Hesbeen (2003), um dos pilares fundamentais da reabilitação é a “Reeducação Funcional” e segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011), a ER visa o diagnóstico, intervenção, promoção da qualidade de vida, maximização da funcionalidade este relato de caso, centra-se no objetivo geral de identificar o impacto da intervenção do EEER numa

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

*Intervenção do EFER na pessoa submetida a hemiartroplastia em contexto de UCCI: Relato de Caso Clínico*

*Mestrado em Enfermagem de Reabilitação*

peessoa submetida a hemiartroplastia femoral, internada numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), norteado pela questão: “Qual o impacto da implementação de um programa de enfermagem de reabilitação na pessoa submetida a hemiartroplastia?”

Os objetivos específicos consistem em identificar as alterações funcionais do cliente em estudo, recorrendo a instrumentos de avaliação apropriados; estabelecer diagnósticos de enfermagem de reabilitação e respetivas intervenções; ou seja, elaborar um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação personalizado para a pessoa submetida a hemiartroplastia femoral, focado no treino motor e na reeducação funcional. Posteriormente, será realizada a avaliação dos progressos obtidos com a implementação de um programa de ER.

Intervenção do FEER na pessoa submetida a hemiartroplastia em contexto de UCCI: Relato de Caso Clínico

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## 1. MATERIAIS E MÉTODOS

Segundo Andrade e colaboradores (2017), o relato de caso clínico é um método de pesquisa estruturado que pode ser aplicado em situações distintas para contribuir com conhecimento de fenómenos individuais ou grupais, já Bagio e colaboradores (2022), referem que o relato de caso é um estudo observacional, descritivo que tem como finalidade enumerar sintomas, diagnóstico e tratamento de um cliente e que por meio destes é possível produzir conhecimento de forma rápida. Estes autores concordam que estes relatos podem ser o ponto de partida para outros estudos mais elaborados.

Este trabalho foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular, Estágio de Reabilitação na Comunidade, do 2º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, cumprido em contexto de UCCI, numa Unidade de Média Duração e Reabilitação. Segue as diretrizes CARE (*Care Report*). Foram respeitados todos os princípios éticos e legais para a realização deste, assim como obtido o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

Foi realizada a colheita de dados, consultado o processo clínico da cliente e feita a avaliação inicial com os seguintes instrumentos:

- MIF – Medida de Independência Funcional. Segundo a OE (2016), “através deste instrumento conseguimos diagnosticar o grau de capacidade/incapacidade funcional de adultos e idosos” (p.27);

- Índice de Tinetti – Segundo Lopes e colaboradores (2019), este avalia aspetos específicos da marcha e do equilíbrio, conseguindo assim perceber alterações do equilíbrio e da marcha.

- MRC Modificada – *Medical Research Council Muscle Scale*. Segundo a OE (2016), a escala de força muscular gradua os níveis de força entre 0 e 5, tendo em conta o “máximo esperado para aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa” (p.43);

- Escala de Quedas Morse – Segundo a DGS (2019), Escala de Quedas Morse é um instrumento para avaliar as pessoas com risco de queda, que deve ser aplicada em todas as pessoas internadas em hospitais e centros de reabilitação;

- Escala Numérica da Dor – Segundo a DGS (2003), a dor é considerada o quinto sinal vital, sendo o seu registo considerado como norma de boa prática;

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do EEER na pessoa submetida a hemiartroplastia em contexto de UOCI: Relato de Caso Clínico

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

- Escala de Braden – Avaliação do risco de desenvolver úlceras por pressão, segundo a OE (2015), “esta escala é constituída por 6 dimensões: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento, contribuindo todas para o desenvolvimento de úlcera por pressão” (p.10).

Intervenção do EEER na pessoa submetida a hemiartroplastia em contexto de UCCI: Relato de Caso Clínico

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## 2. APRESENTAÇÃO DO CASO

A fim de cumprir com o Regime Geral de Proteção de Dados (RGPD), assegurar a confidencialidade e cumprir com todas as questões éticas, deontológicas e legais, a cliente objeto deste relato de caso será designada como Sra. M.

A Sra M., cliente do sexo feminino, de 84 anos, viúva, residente em lar. Antiga doméstica, reformada. Com o quarto ano de escolaridade. Descrita como parcialmente dependente nas AVD's associado às alterações articulares descritas nos antecedentes pessoais.

Apresenta como antecedentes pessoais: asma brônquica, enfisema pulmonar, incontinência urinária, perturbação depressiva major, ansiedade, hipertensão arterial, bócio nodular, histerectomia e oofarectomia em 2010, laminectomia L4-5 em 2010. Prótese total do joelho (PTJ) bilateral (sem data especificada), esta não vem descrita no processo clínico. A cliente refere que sofreu um acidente de viação nos anos 80 com fratura de ambos os membros superiores, refere ainda que após a colocação da PTJ à direita, esta infetou e houve necessidade de nova intervenção para colocar uma nova prótese. Apresenta um encurtamento evidente no membro inferior direito, o que lhe condicionava a marcha, já utilizava anteriormente canadianas.

Sofre uma queda no lar onde residia em junho 2023, desta resulta uma fratura subcapital do fémur esquerdo e é submetida a hemiartroplastia a 14.06.2023 num hospital na região de Lisboa, que decorreu sem intercorrências. Internada em UCCI em regime particular enquanto aguarda vaga da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), transferida para a UCCI UMDR, há 4 meses, onde se encontra aquando da realização deste relato de caso, após obtenção de vaga em RNCCI.

Medicada com bioflavonóides, budenosida + formeterol + brometo de glicopirrónio (suspensão pressurizada), colecalciferol, endoxabano 60mg, espironolactona, furosemida, jardiance, lactulose, pantoprazol, risperidona, trazadona e venlafaxina.

Na avaliação inicial, apresenta-se calma, consciente e orientada. Com humor deprimido, mas colaborante. Pele e mucosas coradas e hidratadas.

Apresenta a cicatriz cirúrgica, relacionada com hemiartroplastia, na região trocântérica esquerda, bem cicatrizada. Abordagem posterior de acordo com informação obtida por parte do EEER orientador, estando pouco pomenorizada no processo clínico.

Fábio Silva (2023019)

junho 2024 - ESSATLA

14

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do EEER na pessoa submetida a hemiartroplastia em contexto de UOCI: Relato de Caso Clínico

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Explicado o propósito desta avaliação, a construção de um relato de caso, fornecido o consentimento informado.

Feita a avaliação com os instrumentos anteriormente referidos tendo obtido, inicialmente, os seguintes resultados:

- MIF: 98/126 pontos – O que revela dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa.

- Índice de Tinetti: 10/28 pontos – Revelando um equilíbrio moderado

- MRC Modificada: Em ambos os membros superiores, cabeça e pescoço a cliente apresenta força normal. No membro inferior esquerdo, apresenta um score de 4/5 nos movimentos da anca (flexão, extensão, abdução e adução), nos movimentos do joelho e pé apresenta força normal. No membro inferior direito, apresenta um score 4/5 nos movimentos do joelho (flexão e extensão), apresentando força normal nos movimentos da anca, pé e dedos;

- Escala de Quedas Morse: 65/125 pontos – Revela um alto risco de queda;

- Escala Numérica da Dor: A cliente refere dor em duas articulações ao andar, no joelho direito (8/10) e na coxa esquerda (6/10), na posição de sentada ou deitada, desde que não seja feita qualquer mobilização refere que não tem dor (0/10).

- Escala de Braden: 19/23 pontos – O que indica um baixo risco de desenvolver úlcera por pressão.

Tendo por base os resultados obtidos, foi desenvolvido o seguinte Plano de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação. Este plano foi desenvolvido através da utilização do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação e a Ontologia de Enfermagem, disponível *on-line* no *site* da OE. O número de séries e repetições dos exercícios foi adaptado de sessão para sessão consoante a tolerância e disponibilidade da cliente para a sua realização. A intenção inicial seria fazer 1 série de 10 repetições no caso das mobilizações ativas e 1 série de 5 repetições de mobilizações no caso das mobilizações ativas resistidas, esta resistência foi aplicada através da utilização de elástico com a resistência de 1Kg.

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do EEER na pessoa submetida a hemiartroplastia em contexto de UCCI: Relato de Caso Clínico

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Quadro 1 – Plano de cuidados

<b>Diagnóstico 1 – Movimento Muscular diminuído nos membros inferiores</b>	
<b>Objetivos</b>	<b>Intervenções</b>
Movimento muscular melhorado; Aumentar/Manter a força muscular	Avaliar Força Muscular (MRC Modificada); Executar mobilizações ativas (1 série/10 repetições/1 x dia) e ativas-resistidas (1 série/5 repetições/ 1 x dia com elástico): flexão/extensão dos dedos dos pés, flexão/extensão e circundação da articulação tibiotársica, flexão/extensão do joelho, flexão/extensão (não ultrapassar 90° à esquerda) e abdução e adução (não ultrapassar a linha média) da coxa; Exercícios de fortalecimento muscular com elástico (1 série/10 repetições/1 x dia), em todos os segmentos dos membros superiores; Exercícios no fundo da cama: agachamento, abdução/adução membros inferiores, elevação dos joelhos, apoio unipodal, alternância de carga (1 série/10 repetições/1 x dia) Incentivar à realização de exercícios articulares e musculares ativos e ativos resistidos; Elogiar durante a realização
<b>Diagnóstico 2 – Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular</b>	
<b>Objetivo</b>	<b>Intervenções</b>
Promover o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular (durante as sessões de reabilitação, observar a execução dos exercícios, incentivar e corrigir execução, avaliar verbalmente conhecimento acerca do exercício prescrito, benefícios e resultados esperados – sem conhecimento/conhecimento limitado/moderado/substancial/vasto); Ensinar e treinar sobre técnicas de exercício muscular e articular (durante as sessões de reabilitação); Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares ativos (Auto-mobilização)
<b>Diagnóstico 3 – Andar com auxílio da marcha comprometido (andarilho)</b>	
<b>Objetivo</b>	<b>Intervenções</b>

## Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do EEER na pessoa submetida a hemiartroplastia em contexto de UCCI: Relato de Caso Clínico

## Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Promover a capacidade para andar com auxiliar da marcha	Avaliar equilíbrio (Índice Tinetti); Avaliar e escolher com a cliente qual o auxiliar da marcha mais adequado (andarilho); Instruir, treinar e incentivar andar com auxiliar da marcha (auxiliar - membro intervencionado - membro sã) 30 metros (1 corredor) a 60 metros (2 corredores) 1 x dia
<b>Diagnóstico 4 – Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha (andarilho)</b>	
<b>Objetivo</b>	<b>Intervenções</b>
Promover a capacidade para andar com auxiliar de marcha	Avaliar equilíbrio pé (Índice de Tinetti); Avaliar a capacidade para andar com auxiliar da marcha; Instruir, treinar e incentivar andar com auxiliar da marcha, 30 metros (1 corredor) a 60 metros (2 corredores) 1 x dia
<b>Diagnóstico 5 – Equilíbrio corporal comprometido</b>	
<b>Objetivo</b>	<b>Intervenções</b>
Promover o equilíbrio corporal	Avaliar equilíbrio corporal estático/dinâmico sentado e em pé (Índice de Tinetti); Correção postural (estimular a manter o equilíbrio); Instruir e executar técnica de treino de equilíbrio - alternância de carga nos membros inferiores, apoio unipodal, exercícios de coordenação de movimentos (1 x dia)
<b>Diagnóstico 6 – Potencial para melhorar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal</b>	
<b>Objetivo</b>	<b>Intervenções</b>
Promover o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal	Avaliar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal (executa adequadamente exercícios de equilíbrio estático e dinâmico); Instruir, treinar e incentivar a executar técnica de equilíbrio corporal
<b>Diagnóstico 7 – Alto Risco de Queda</b>	
<b>Objetivo</b>	<b>Intervenções</b>
Prevenir a queda	Avaliar risco de queda (Escala de Quedas Morse); Ensinar sobre prevenção de quedas (durante as sessões de reabilitação); Gerir ambiente físico para prevenir queda (ambiente bem iluminado, chão seco, eliminar tapetes, eliminar obstáculos no percurso, etc);

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do EFER na pessoa submetida a hemiartroplastia em contexto de UCCI: Relato de Caso Clínico

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

	<p>Adequar o vestuário para prevenir a queda (sapatos ou meias anti-derrapantes, evitar roupas largas ou compridas de mais);</p> <p>Executar treino de equilíbrio - alternância de carga nos membros inferiores, apoio unipodal, exercícios de coordenação de movimentos (1 série/10 repetições/1 x dia);</p> <p>Executar mobilizações ativas (1 série/10 repetições/1 x dia) e ativas-resistidas (1 série/5 repetições/1 x dia com elástico): flexão/extensão dos dedos dos pés, flexão/extensão e circundação da articulação tibiotársica, flexão/extensão do joelho, flexão/extensão (não ultrapassar 90° à esquerda) e abdução e adução (não ultrapassar a linha média) da coxa;</p> <p>Exercícios de fortalecimento muscular com elástico (1 série/10 repetições/1 x dia), em todos os segmentos dos membros superiores;</p> <p>Exercícios no fundo da cama: agachamento, abdução/adução membros inferiores, elevação dos joelhos, apoio unipodal, alternância de carga (1 série/10 repetições/1 x dia)</p> <p>Correção postural (estimular a manter o equilíbrio);</p>
--	--

Intervenção do EFER na pessoa submetida a hemiartroplastia em contexto de UCCI: Relato de Caso Clínico

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

### 3. AVALIAÇÃO

Foram realizadas 8 sessões de reabilitação, durante 4 semanas, os exercícios realizados, a duração das sessões (entre 30 a 60 minutos), intensidade e número de repetições foram adaptados à tolerância da cliente assim como ao seu gosto, sendo necessária uma negociação constante, assim como um trabalho de incentivo e estímulo mais exacerbado devido ao humor depressivo que a cliente apresenta.

A reavaliação dos instrumentos utilizados, apresentou os seguintes resultados:

- MIF: 109/126 pontos – Apresenta um ganho de 11 pontos desde a avaliação inicial, colocando a cliente na independência completa ou modificada;
- Índice de Tinetti: 15/28 – Mantém um equilíbrio corporal moderado, embora tenha um ganho de 5 pontos;
- MRC Modificada: Nos segmentos corporais onde anteriormente apresentava força normal, mantém-se a mesma avaliação, no entanto no membro inferior esquerdo, nos movimentos da anca apresenta um score 4+, assim como nos movimentos do joelho direito, também apresenta um score 4+. Estes achados demonstram uma ligeira subida na força muscular;
- Escala de Quedas Morse: Mantém o valor de 65/125 pontos, alto risco de queda;
- Escala Numérica da Dor: A cliente mantém queixas de dor ao deambular, mas aparentemente menos intensa, descreve a dor no joelho direito como 6/10 e na coxa esquerda 5/10, o que revela uma ligeira diminuição desta queixa.
- Escala de Braden: 21/23 pontos, mantém baixo risco de desenvolver úlcera por pressão.

Intervenção do EEER na pessoa submetida a hemiartroplastia em contexto de UCCI: Relato de Caso Clínico

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

#### 4. DISCUSSÃO

Foi implementado um programa de reabilitação numa pessoa submetida a hemiartroplastia femoral esquerda em contexto de internamento em UCCI.

Segundo o Regulamento n.º 392/2019,

“A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima” (p.1).

Embora este programa de reabilitação não tenha sido implementado no pós-operatório imediato, pode ser considerado como uma continuidade de cuidados, pois esta cliente esteve anteriormente internada, nesta mesma UCCI, em contexto de cliente particular, com acesso a cuidados de reabilitação.

Segundo Parente e colaboradores (2009), citado por Teixeira e colaboradores (2012), o programa de reabilitação no pós-operatório deverá incidir sobre mobilização articular, fortalecimento muscular, prevenção de luxação, treino de verticalização e marcha e treino de AVD's, assim após a avaliação da cliente em causa, foram identificados os diagnósticos e traçado um programa de reabilitação mais focado na reeducação funcional motora, fortalecimento muscular e treino de marcha com auxiliar de marcha.

Este programa de intervenção contou apenas com 8 sessões em 4 semanas, o que resultou em ligeiros ganhos, mas mesmo assim considero que foi proveitoso para esta cliente. Mas talvez este número seja insuficiente para a obtenção de resultados mais relevantes.

Como podemos verificar pelos resultados obtidos a intervenção da ER é uma mais-valia na recuperação dos clientes, considero que se fosse possível, nesta realidade ter cuidados de ER disponíveis todos os dias a recuperação dos clientes seria muito mais acentuada e por consequência o tempo de internamento seria mais curto, porque logicamente uma leva à outra. Seria provavelmente também reveladora de melhores resultados, se a intervenção fosse aplicada no pós-operatório imediato ou num curto período após este, a dificuldade em conseguir uma vaga na RNCCI, condiciona bastante o início deste trabalho.

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

*Intervenção do EEER na pessoa submetida a hemiartroplastia em contexto de UCCI: Relato de Caso Clínico*

*Mestrado em Enfermagem de Reabilitação*

Os resultados aqui obtidos estão de acordo com outros estudos, por exemplo, como refere Teixeira e colaboradores (2021), apesar das limitações inerentes à condição clínica, é possível afirmar que as intervenções do EEER se revelaram essenciais para a melhoria global da mobilidade, amplitude articular, realização de AVD e redução do risco de queda. Segundo Dias e colaboradores (2021), no seu estudo acerca de uma pessoa submetida a artroplastia total da anca, após intervenção cirúrgica e implementação do programa de enfermagem de reabilitação, verificou-se um aumento da força muscular e da amplitude articular no membro intervencionado, assim como, melhorias relativas ao equilíbrio corporal e independência na realização das atividades de vida diária e uma diminuição do risco de queda e intensidade da dor.

Num estudo de Meng e Yu (2022), com 200 clientes com artroplastia da anca, em que é aplicado um programa de reabilitação, baseado no modelo HAPA (Health Action Process Approach), um modelo que implica uma fase motivacional e uma fase de planeamento, concluem que a aplicação de um programa de ER é benéfica no aumento da força muscular, na prevenção de rigidez e luxação articular, reduz eficazmente a dor e a ansiedade, assim como melhora o equilíbrio dinâmico e a estabilidade da marcha.

## CONCLUSÃO

Se a presença de EEER nos serviços é visto como uma mais-valia, este relato de caso sublinha a importância da ER nos serviços de reabilitação.

O plano aqui exposto foca-se na reabilitação motora, o que não quer dizer que outras áreas não tenham sido exploradas, tornaria sim, este trabalho muito mais extenso.

A colaboração do cliente é condição essencial para o sucesso, pois sem a sua colaboração nada se consegue implementar, neste caso, foi importante o incentivo à adesão e ao reforço positivo sempre que algo era alcançado ou até alguma atividade era realizada.

Nota-se uma evolução positiva na cliente, quer em termos funcionais, de autonomia e independência, mas não posso deixar de referir, que nesta unidade os clientes têm sessões de fisioterapia, assim como apoio psicológico e terapia ocupacional, para além de outros profissionais englobados numa equipa multidisciplinar que, no seu todo, contribui para a reabilitação destes clientes.

Após a implementação deste plano de intervenção, como referi anteriormente, notam-se ligeiros ganhos ao nível da força, passando de um score 4 (MRC modificada) para um 4+ nos segmentos corporais comprometidos, um pequeno decréscimo ao nível da dor, de salientar que a cliente sempre referiu mais dor no membro inferior direito, submetido a PTJ há muitos anos (segundo a cliente) e menos dor no membro inferior esquerdo, que a leva a este internamento. Este estudo revela acima de tudo um ganho ao nível da independência, que segundo o score obtido pela MIF, passou para independência completa, embora concorde com o aumento da independência nas AVD, transferências e marcha, não concordo com a designação, pois apesar dos ganhos, esta cliente continua a necessitar de auxílio em algumas AVD, como por exemplo, o subir e descer escadas, mantém dependência total, pois com a dependência do andarilho para se deslocar, com o elevado risco de queda que mantém não foi feito qualquer treino de escadas, para além da recusa veemente da cliente quando essa ideia lhe foi exposta, assim apontá-la como "independente" será um termo errado para este caso.

Espero deixar, com este trabalho, um passo para que mais seja feito, pois estes dados não podem ser generalizados por ter sido aplicado o plano de intervenção a uma pessoa específica com um conjunto de necessidades específicas e num contexto específico. Fica assim, o caminho aberto para outros estudos mais abrangentes.

Intervenção do EEER na pessoa submetida a hemiartroplastia em contexto da UCCI: Relato de Caso Clínico

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## BIBLIOGRAFIA

- Andrade, S., Ruoff, A., Piccoli, T., Schmitt, M., Ferreira, A. & Xavier, A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- Bagio, T., Garbin, A., Cano, R., Lima, C. & Marques Filho, J. (2022). Resgatando a importância dos relatos de caso na Medicina. *Sociedade Brasileira de Clínica Médica*. 20(1), pp. 49-54.
- Cruz, A., Lopes, M., Reis, L. & Parola, V. (2022). Prevalência e caracterização de acidentes domésticos e lazer de idosos em contexto comunitário: Estudo observacional transversal. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), pp.1-8. <https://doi.org/10.12707/RV21119>
- Dias, P., Ferreira, R. & Messias, P. (2021). A pessoa submetida a artroplastia total da anca por coxartrose. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, Vol.4 (2), pp. 18-29. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.167>
- Direção Geral da Saúde (2003). Circular Normativa Nº 09/DGCG. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Disponível em [https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor\\_como\\_5\\_sinal\\_vital\\_-\\_2003.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf)
- Direção Geral da Saúde (2019). Norma 008/2019. Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Hesbeen, W. (2003). A Reabilitação – Criar novos caminhos. Lusociência
- Instituto Nacional de Estatística (2023). Estatísticas demográficas: 2022. Disponível em <https://www.ine.pt/xurl/pub/280978178>
- Lopes, K., Pin, A., Miranda, R. & Ghelfi, A. (2019). Comparison of the Tinetti and Short Physical Performance Battery test specificities for detecting neuromotor pathologies. *ConScientiae Saúde*, 18(1), pp.1-7. <https://doi.org/10.5585/conssaude.v18n1.8536>
- Meng, X. & Yu, Y. (2022). Effect of Rehabilitation Nursing under the Guidance of the Health Action Process Approach Model on Perioperative Nursing Effect of Artificial

Intervenção do EFER na pessoa submetida a hemiartroplastia em contexto de UCCI: Relato de Caso Clínico

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

- Hip Arthroplasty: Effect on Promoting Quality of Life and Postoperative Rehabilitation. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*. Vol. 2022.
- Ministério da Saúde (2024). Prevenção de acidentes domésticos e de lazer, conheça as recomendações da DGS e do Instituto Ricardo Jorge. Disponível em: <https://www.insa.min-saude.pt/prevencao-de-acidentes-domesticos-e-de-lazer-conheca-as-recomendacoes-da-direcao-geral-da-saude-e-do-instituto-ricardo-jorge/>
  - Ministério da Saúde (2015). Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República n.º 28/2015, 1.º Suplemento, Série II de 2015-02-10, pp. 2 – 10.
  - No authors listed (2017). Guidelines To Writing A Clinical Case Report. (2017). *Heart views: the official journal of the Gulf Heart Association*, 18(3), pp. 104–105. <https://doi.org/10.4103/1995-705X.217857>
  - Ordem dos Enfermeiros (2015). Estruturas Residenciais para Idosos: Cuidados com segurança, um desafio emergente!. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Estudo%20de%20Caracteriza%C3%A7%C3%A3o%20das%20ERI.pdf>
  - Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)
  - Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4\\_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf)
  - Organização Mundial de Saúde (2021). Caidas: Datos y cifras. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
  - Palma, M., Teixeira, H., Pino, H., Vieira, J. & Bile, M. (2021). Programa de reabilitação para a pessoa com fratura da extremidade superior do fémur: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, Vol.4 (2), pp. 6-17. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.18>

Intervenção do EFER na pessoa submetida a hemiartroplastia em contexto de UCCI: Relato de Caso Clínico

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

- Regulamento n.º 392/2019 de 3 maio. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República n.º 85/19 - II Série (pp. 13565-13568).
- Riley, D., Barber, M., Kienle, S., Aronson, K., Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, M., Altman, D., Sox, H., Werthmann, P., Moher, D., Rison, R., Shamseer, L., Koch, C., Sun, Gordon, Hanaway, P., Sudak, N., Kaszkin-Bettag, M., Crpenter, J. & Gagnier, J. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*, 89, pp. 218-235. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>
- Rodrigues, F., Silva, C., Rodrigues, C. & Górios, C. (2022). Epidemiologia das fraturas de fémur decorrentes dos acidentes na população idosa. *Health Residencies Journal - HRJ*, 3(16), 177-187. <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i16.292>
- Salas, R., Orta-Visba, K., Jinete, M., Garcerant, M., Pérez, S., Merino, D. & Barrios, I. (2023). Proceso de atención en enfermería basado en mapa de cuidados en persona mayor reintervenida quirúrgicamente por reemplazo de cadera. Reporte de un caso. *SaludUninorte*, Vol.39(1), pp. 327-340. <https://dx.doi.org/10.14482/sun.39.01.303.610>
- Silva, J., Linhares, D., Ferreira, M., Amorim, N., Neves, N. & Pinto, R. (2018). Epidemiological Trends of Proximal Femoral Fractures in the Elderly Population in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 31(10), pp. 562-567. <https://doi.org/10.20344/amp.10464>
- Teixeira, H., Palma, M., Vieira, J. & Bule, M. (2021). A pessoa submetida a prótese parcial da anca: Relato de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, Vol.4 (1), pp. 47-55. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.163>

**APÊNDICE III - Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Doença  
Pulmonar Obstrutiva Crónica: Relato de Caso Clínico**



**2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

**2º Ano**

**1º Semestre**

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Doença Pulmonar  
Obstrutiva Crónica: Relato de Caso Clínico**

**Professora Orientadora:**

Professora Sandy Severino

**Enfermeiras Orientadoras:**

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Ana Cristina Pereira

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Andreia Martins Dias

**Discente:**

Fábio Silva - 2023019

**Barcarena**

**Novembro 2024**

**Escola Superior de Saúde Atlântica**

**2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

**2º Ano**

**1º Semestre**

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Doença Pulmonar  
Obstrutiva Crónica: Relato de Caso Clínico**

**Professora Orientadora:**

Professora Sandy Severino

**Enfermeiras Orientadoras:**

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Ana Cristina Pereira

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Andreia Martins Dias

**Discente:**

Fábio Silva - 2023019

**Barcarena**

**Novembro 2024**

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste trabalho

Fábio Silva (2023019)

novembro 2024 - ESSATLA

3

## **ABREVIATURA E SIGLAS**

AVD – Atividades de Vida Diária

BiPAP – Bilevel Positive Airway Pressure

bpm – Batimentos por minuto

CARE – Case Report

COVID-19 – Coronavirus Disease

DPOC - Doença Pulmonar Crônica Obstrutiva

EPAP – Expiratory positive airway pressure

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESSATLA - Escola Superior de Saúde Atlântica

FC – Frequência Cardíaca

FEV1 - Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (Forced Expiratory Volume)

FiO<sub>2</sub> – Fraction of inspired Oxygen

FR – Frequência Respiratória

FVC - Capacidade Vital Forçada

GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

HIV - Vírus da imunodeficiência humana

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPAP – Inspiratory positive airway pressure

Kg – Quilograma

Kg/m<sup>2</sup> – Quilograma por metro quadrado

L/min – Litros por minuto

LCADL - London Chest Activity of Daily Living

ml – Mililitros

mMRC/DQ - Modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire

OE – Ordem dos Enfermeiros

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Cuidados de ER à Pessoa com DPOC: Relato de Caso Clínico – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

OLD - Oxigénio de Longa Duração

OMS - Organização Mundial da Saúde

RCC – Relato de Caso Clínico

RGPD – Regulamento Geral de Proteção de Dados

RR - Reabilitação Respiratória

RSI – Rendimento Social de Inserção

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SpO2 - Saturação periférica de Oxigénio

TM6m – Teste Marcha 6 minutos

UMA – Unidades maço/ano

VNI – Ventilação Não Invasiva

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Cuidados de ER à Pessoa com DPOC: Relato de Caso Clínico – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**Resumo**

**Objetivo:** Identificar o impacto da implementação de um programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com agudização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, em contexto de internamento hospitalar.

**Metodologia:** Foi elaborado um Relato de Caso Clínico, seguindo as diretrizes da CARE, inspirado na Teoria das Transições, realizada colheita de dados, avaliação inicial, utilizados instrumentos de avaliação, com base na Ontologia de Enfermagem, identificadas as necessidades, levantados diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação, para elaborar um plano de intervenção.

**Resultados:** Com este plano de intervenção verificou-se melhoria da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, em termos de tolerância à atividade, o foco de atenção trabalhado neste Relato de Caso Clínico. Podemos verificar mais à frente a progressão do cliente, como é exemplo a escala de Borg modificada passando de valores à entrada de 6/9 (Repouso/Esforço) para 0/3 no momento da alta hospitalar.

**Discussão:** Aplicação de um plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação a um cliente internado em contexto de exacerbação da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Com um plano de intervenção centrado na Pessoa e na transição que está a vivenciar, obtiveram-se os ganhos demonstrados pelos instrumentos de avaliação aplicados. Estes ganhos vão de encontro aos descritos por vários autores. Ganhos na diminuição da dispneia e na Intolerância à Atividade.

**Conclusões:** O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, através da sua intervenção, baseada no seu corpo de conhecimento e competência acrescida, tem um papel importante na transição saúde-doença, na recuperação e na capacitação do cliente para a gestão da sua doença. Foram demonstrados ganhos através das avaliações efetuadas, assim como, ganhos em termos de conhecimento pelo ensino que foi efetuado.

**Descritores:** Enfermagem de Reabilitação, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Intolerância à atividade

**Abstract:**

**Objective:** To identify the impact of implementing a rehabilitation Nursing program on a person with Chronic Obstructive Pulmonary Disease exacerbation, in the context of hospital admission.

**Methodology:** A Clinical Case Report was prepared, following CARE guidelines, inspired by the Transitions Theory, data collection and initial assessment were carried out, assessment instruments were used, based on the Nursing Ontology, needs were identified, Rehabilitation Nursing diagnoses were raised, to develop an intervention plan.

**Results:** With this intervention plan, there was an improvement in the person with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, in terms of tolerance to activity, the focus of attention of this case report. We can further verify the client's progression, as an example of the modified Borg scale going from values of 6/9 (Rest/Exertion) upon admission to 0/3 at the time of hospital discharge.

**Discussion:** Application of a Rehabilitation Nursing intervention plan to a client hospitalized in the context of Chronic Obstructive Pulmonary Disease exacerbation. With an intervention plan centered on the Person and the transition they are experiencing, the obtained gains are demonstrated by the assessment instruments that were applied. These gains are in line with these gains, dyspnea and activity intolerance reduction, are in line with those described in the literature.

**Conclusions:** The Rehabilitation Nurse Specialist, through their intervention, based on their body of knowledge and increased competence, has an important role in the health-illness transition, recovery and training of the client to manage their illness. Gains were demonstrated through the assessments carried out, as well as gains in terms of knowledge due to the teaching that was carried out.

**Descriptors:** Rehabilitation Nursing, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Activity Intolerance

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>16</b>
<b>APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO.....</b>	<b>18</b>
<b>PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>24</b>
<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>29</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>30</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Plano de Cuidados.....	20
Quadro 2 – Plano de Intervenção.....	23

## INDÍCE DE TABELAS

Tabela 1 – Instrumentos de Avaliação e valores obtidos.....	24
Tabela 2 – Valores obtidos no TM6m ao terceiro e nono dia de internamento.....	24

## INTRODUÇÃO

Consideramos garantidas a nossa respiração e a nossa saúde respiratória. Os pulmões são órgãos vitais e são vulneráveis a infeções e outros danos. É através dos nossos pulmões que nos é permitido viver, rir, amar e realizar atividades. As doenças respiratórias são as principais causas de morte e incapacidade no mundo, cerca de 200 milhões de pessoas (4% da população mundial) sofrem de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e 3.2 milhões morrem desta doença todos os anos (Forum of International Respiratory Societies, 2021).

Segundo a Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2024), no seu relatório de 2024, a DPOC é descrita como uma doença comum, evitável e tratável, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes que limitação ao fluxo aéreo, resultante de alterações alveolares e/ou das vias aéreas, geralmente causadas pela exposição significativa a partículas e gases nocivos, que pode também ser influenciada por fatores do hospedeiro incluindo desenvolvimento pulmonar anormal.

A avaliação da gravidade da obstrução brônquica, segundo a GOLD (2024) e a DGS (2019), baseia-se em parâmetros espirométricos após broncodilatação, desde que Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo/Capacidade Vital Forçada (FEV1/FVC) inferior a 0,70. De acordo com a classificação da gravidade da limitação do fluxo aéreo na DPOC do sistema GOLD esta está classificada em: GOLD 1: ligeira (FEV1  $\geq$  80% do valor previsto); GOLD 2: moderada (FEV1  $<$  80% e  $\geq$  50% do valor previsto); GOLD 3: grave (FEV1  $<$  50% e  $\geq$  30% do valor previsto) e GOLD 4: muito grave (FEV1  $<$  30 do valor previsto) (GOLD, 2024; DGS, 2019)

No mesmo relatório vêm descritas como queixas mais comuns, da pessoa com DPOC, dispneia, sibilos, aperto no peito, fadiga, limitação da atividade, tosse seca ou produtiva (GOLD, 2024).

A prevalência mundial estimada da DPOC é de 10.3%, é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo, bem como um fardo económico e social que é substancial e crescente (GOLD, 2024). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2024a), em 2021 encontrava-se na quarta posição das causas de morte a nível global e em sexta posição a nível europeu.

Ferreira (2024), no âmbito do congresso da European Respiratory Society em Viena, afirma que a DPOC continua a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível global, com impacto na qualidade de vida dos doentes. É uma doença progressiva que afeta a

11

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Cuidados de ER à Pessoa com DPOC: Relato de Caso Clínico – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

capacidade respiratória, impactando na sua qualidade de vida. A própria progressão da doença pode associar-se a uma profunda incapacidade física, incapacitando os clientes até nas suas atividades diárias mais simples. Adicionalmente, afirma ainda que, existe um grande peso que a doença pode representar no SNS, pois os clientes com DPOC, precisam muitas vezes de ser hospitalizados e submetidos a tratamento prolongado.

A DPOC, está associada a um encargo económico significativo. Na União Europeia, os custos diretos totais das doenças respiratórias são estimados em cerca de 6% do orçamento anual total dos cuidados de saúde, sendo a DPOC responsável por 56% (38,6 mil milhões de euros) do custo das doenças respiratórias (GOLD, 2024).

Em Portugal, estima-se a existência de 800 mil casos de DPOC em pessoas com idade superior a 40 anos, isto é, estima-se que afete 14,2% dos indivíduos com mais de 40 anos de idade (Mendes & Simões, 2021).

Segundo o INE (2024), em 2022, as mortes por doenças do aparelho respiratório aumentaram em Portugal, não incluindo as mortes por COVID-19, causaram mais 18,1% de mortes que no ano anterior, com 12 114 óbitos, os números de 2021, explanados nas Estatísticas da Saúde 2022, revelam que as mortes devidas a doenças do aparelho respiratório foram de 10 255 óbitos, que representaram 8,2% do total de óbitos ocorridos.

A Fundação Portuguesa do Pulmão (2023), refere como grandes causas de internamento as pneumonias e a DPOC, estas duas patologias são responsáveis por 73% de todos os internamentos com necessidade de ventilação em 2022, não especificando o tipo de ventilação. Refere ainda que em 2022, o número de internamentos por DPOC e enfisema foi de 6076, daí resultando 572 óbitos e que os grupos etários mais elevados, pessoas com mais de 60 anos, têm maior número de internamentos (86% do total) e óbitos (95% do total).

Globalmente, ocorrem anualmente cerca de três milhões de mortes devido à DPOC, com o aumento da prevalência e o envelhecimento da população, estima-se que resultará em mais de 5,4 milhões de mortes anuais por DPOC até 2060 (GOLD, 2024).

Segundo Ferreira & Castro (2021) a exacerbação ou agudização da DPOC:

“é definida como uma intensificação aguda dos sintomas respiratórios que requer terapêutica adicional. Estes eventos estão associados a um aumento da inflamação das vias aéreas e produção de muco, resultando no agravamento da dispneia. As

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Cuidados de ER a Pessoa com DPOC: Relato de Caso Clínico – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

agudizações podem variar em intensidade e ser classificadas em ligeiras, moderadas ou graves, de acordo com o tratamento requerido” (p. 17).

Para estes autores, as agudizações graves requerem internamento hospitalar, as moderadas requerem tratamento com broncodilatadores, corticoides orais e antibioterapia, mas sem internamento e as ligeiras apenas requerem broncodilatadores. Os sintomas de uma agudização duram, habitualmente, entre sete e dez dias (Ferreira & Castro, 2021).

As exacerbações da DPOC podem ser provocadas por diversos fatores, que atuam de forma isolada ou combinada. Entre os principais fatores desencadeantes encontram-se infeções respiratórias, tanto bacterianas como virais, que podem ocorrer simultaneamente. Outros elementos, como poluentes ambientais e causas desconhecidas, também podem ser responsáveis pelo agravamento dos sintomas. Durante estas exacerbações, observa-se um aumento da inflamação nas vias respiratórias e de forma sistémica, o que contribui para a hiperinsuflação. Estes fatores resultam numa diminuição do fluxo expiratório, o que intensifica a dispneia e agrava as alterações da relação ventilação/perfusão, levando muitas vezes a hipoxemia e, em alguns casos, hipercapnia (GOLD, 2024).

As crises associadas à DPOC têm um impacto relevante na qualidade de vida e no estado geral de saúde dos doentes, além de contribuírem para o agravamento da doença e o aumento das taxas de complicações e mortalidade. O enfoque do tratamento destas crises é reduzir as suas consequências negativas e evitar novas ocorrências, uma vez que a manifestação de uma crise eleva a probabilidade de episódios futuros (Ferreira & Castro, 2021).

Este Relato de Caso Clínico (RCC), surge com o propósito de servir como meio de avaliação da Unidade Curricular “Estágio de Reabilitação Profissionalizante”, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, a decorrer num Hospital na área de Lisboa, no Serviço de Internamento de Pneumologia. Sendo um serviço em que todos os clientes internados têm patologia associada ao processo respiratório, este RCC não poderia fugir ao tema DPOC, pois como foi referido anteriormente é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial, com um impacto significativo na qualidade de vida dos clientes e nas necessidades de cuidados de saúde, mostrando-se também um grande impacto económico a nível mundial. Norteado pela questão: “Qual o impacto da implementação de um programa de reabilitação na pessoa com agudização da DPOC?”, Pretende-se atingir os seguintes objetivos: reconhecer as alterações funcionais no cliente em estudo, utilizando os instrumentos

Fábio Silva (2023019)

novembro 2024 - ESSATLA

13

de avaliação adequados, definir diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação (ER) e respetivas intervenções, isto é elaborar um plano de cuidados de ER individualizado à pessoa internada por agudização da DPOC e com ele, através dos instrumentos de avaliação, identificar os ganhos obtidos sensíveis à implementação do programa de ER.

A pessoa em estudo, o Sr. J, ao terceiro dia de internamento, já com uma relação empática estabelecida, surgiu com um pedido de auxílio acerca da sua vida sexual, segundo este, não consegue concluir a relação sexual por dois motivos, um deles associado à exacerbação dos sintomas da doença e outro associado ao “medo” que a sua esposa expressa em lhe provocar dano.

Com este pedido de ajuda, levantou toda uma nova perspectiva, o que reforça a minha opinião, de que os planos de cuidados devem ser dinâmicos e alterados sempre que se justifique, quer pelos resultados obtidos através das intervenções realizadas quer por surgimento de novos diagnósticos de enfermagem, nos quais devemos atuar.

A história clínica de um cliente com o diagnóstico de DPOC, deve incluir o impacto da doença na vida do cliente, incluindo limitação da atividade, faltas ao trabalho e impacto económico, efeito nas rotinas familiares, sentimentos de depressão ou ansiedade, bem-estar e atividade sexual (GOLD, 2024).

Segundo a OMS (2024c), a saúde sexual é definida como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade; não é apenas a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitadora da sexualidade e das relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coação, discriminação e violência.

Para Zysman e colaboradores (2020), a função sexual é frequentemente afetada em indivíduos que vivem com doenças crónicas e múltiplas comorbilidades aumentam a probabilidade de disfunção sexual. E sublinham que, é um aspeto que é marcadamente afetado em indivíduos com DPOC. Já Farver-Vestergaard e colaboradores (2022), referem que as alterações na saúde sexual parecem estar indiretamente ligadas aos sintomas da doença através do medo de falta de ar durante o esforço, bem como reduções no nível funcional e na capacidade de exercício. A perda da sexualidade e do desejo sexual é comum em pessoas com doenças crónicas como a DPOC. As razões para tal variam desde o envelhecimento, alterações na imagem corporal e o medo de lidar com o aspeto físico do sexo (Vincent & Singh, 2007).

Consensual a vários autores, é a opinião de que a saúde sexual é negligenciada e até mesmo subestimada pelos profissionais de saúde (Zysman et al., 2020; Farver-Vestergaard et al., 2022; Karasu & Okuyan 2021). Dudaklı & Yılmaz (2021) dizem mesmo que embora os clientes enfrentem muitos problemas relacionados com a depressão e a alteração da vida sexual devido à doença, muitas vezes não conseguem encontrar um ambiente onde possam expressar os seus problemas. De uma forma geral, o cliente é visto como um ser assexuado, especialmente ao nível do internamento hospitalar, este está ali para um propósito, “tratar a exacerbação” que o levou ao hospital e retornar à sua vida, é aqui que o papel do EEER é fundamental, pois o retorno à sua “vida” terá de ser visto como uma adaptação à sua nova condição, ou seja, uma transição para um novo modo de vida, para uma nova realidade.

A teoria das transições, desenvolvida por Afaf Meleis, apresenta um modelo conceptual que apoia os enfermeiros na compreensão e intervenção nos processos de transição vivenciados pelos clientes ao longo da sua vida. Nesse contexto, os enfermeiros desempenham um papel essencial como cuidadores, prestando suporte a indivíduos e famílias em momentos de transição, ajudando-os a preparar-se para futuras transições e a adquirir novas competências. (Meleis et al., 2010).

Segundo Meleis (2010):

“os enfermeiros têm ajudado clientes, famílias e comunidades a lidar com as transições, antecipando respostas, fornecendo orientação antecipada, melhorando sintomas, melhorando a saúde e o bem-estar e apoiando o desenvolvimento de ações de autocuidado” (p.455).

De acordo com esta teoria, todas as transições geram mudanças, o que torna essencial que o cliente as compreenda, como alterações na identidade, nos papéis desempenhados ou nos padrões de comportamento (Meleis et al., 2010). Na transição saúde - doença, o foco dos processos de transição incide sobre as mudanças associadas à experiência de saúde e doença, incluindo diagnósticos, tratamentos ou a adaptação a condições crónicas. Nesse contexto, o papel do enfermeiro é crucial para facilitar uma transição saudável, promovendo a recuperação física, a adaptação às novas circunstâncias e o equilíbrio emocional (Meleis, 2012).

## MATERIAIS E MÉTODOS

Os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Com o propósito de responder à questão e aos objetivos propostos para este trabalho, foi realizado um relato de caso clínico, seguindo as *guidelines* do CAse REport (CARE).

Segundo Silva e colaboradores (2017), os relatos de caso são estudos descritivos, baseados em observações durante a avaliação de um cliente, que são comumente utilizados para a disseminação de conhecimento e ensino na área das ciências da saúde. Bagio e colaboradores (2022), referem que o relato de caso é um estudo observacional, descritivo que tem como finalidade enumerar sintomas, diagnóstico e tratamento de um cliente e que por meio destes é possível produzir conhecimento de forma rápida. Estes autores concordam que os relatos de caso clínico, são meios de produção de conhecimento e podem ser o ponto de partida para outros estudos mais elaborados (Silva et al., 2017; Bagio et al., 2022; Andrade et al., 2017).

Este relato de caso clínico foi elaborado durante o Estágio de Reabilitação Profissionalizante, do 2º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, cumprido em contexto de internamento hospitalar na enfermaria de Pneumologia de um hospital na área de Lisboa. Foram respeitados todos os princípios éticos e legais para a realização deste, assim como obtido o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo e obtido também o parecer favorável da Comissão de Ética da ESSATLA.

Realizada a colheita de dados e consulta do processo clínico do cliente e feita a avaliação com os seguintes instrumentos:

- Escala de Quedas Morse – Segundo a DGS (2019), Escala de Quedas Morse é um instrumento para avaliar as pessoas com risco de queda, que deve ser aplicada em todas as pessoas internadas em hospitais. Avaliada de sete em sete dias;

- Escala Numérica da Dor – Segundo a DGS (2003), a dor é considerada o quinto sinal vital, sendo o seu registo considerado como norma de boa prática. Avaliada diariamente;

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Cuidados de ER a Pessoa com DPOC: Relato de Caso Clínico – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

- Escala de Borg modificada – Segundo a DGS (2009), embora subjetiva, esta escala permite avaliar a dispneia em tempo real, especialmente útil em contexto de exercício físico ou provas de esforço. Avaliada sempre que realizou Reabilitação.

- *Modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire* (mMRCCQ) - Segundo DGS (2019), este questionário, avalia a incapacidade relacionada com a dispneia, é constituído por 5 pontos que avaliam o nível de atividade física que desperta dispneia. Utilizado para conhecer a evolução da dispneia ao longo do tempo, recorrendo à memória do cliente (DGS, 2009). Avaliada inicialmente, numa fase intermédia e aquando da alta hospitalar.

- Teste de Marcha de 6 minutos (TM6m) – Segundo a OE (2016), permite uma avaliação objetiva de sintomas (dispneia e fadiga) e da capacidade funcional para o exercício. Deve ser realizado num corredor plano com pelo menos 30 metros de comprimento e 1,5 de largura, esta recomendação não foi cumprida, pois o corredor disponível não tem este comprimento, foi realizado numa parte do corredor da enfermaria, sem obstáculos, onde foram assinalados dois pontos de viragem com a distância de 10 metros entre si. As restantes recomendações foram seguidas. Avaliado inicialmente e aquando da alta hospitalar.

- *London Chest Activity of Daily Living* (LCADL) - A DGS (2009), recomenda a utilização desta escala para avaliar a capacidade para executar as AVD, uma escala subjetiva em que o cliente enumera o grau de dispneia que a atividade lhe provoca ou mesmo se a consegue realizar ou não. É uma importante ferramenta para avaliar a limitação na capacidade de realizar atividades da vida diária nesta população (Fábio Pitta et al., 2008).

Com base nos resultados obtidos na avaliação, foram levantados focos de atenção, diagnósticos de enfermagem e intervenções para atingir os objetivos propostos. Como verificaremos mais à frente, o cliente objeto do RCC, apresenta vários focos de atenção, mas para efeitos deste trabalho foi apenas abordado o foco “Intolerância à Atividade”, pois aparentemente seria o foco mais afetado e que mais condicionava a realização das AVD, opinião também partilhada pelo cliente.

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Cuidados de ER a Pessoa com DPOC: Relato de Caso Clínico – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

### APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

A fim de cumprir com o Regime Geral de Proteção de Dados (RGPD), assegurar a confidencialidade e cumprir com todas as questões éticas, deontológicas e legais, o cliente objeto deste relato de caso será designado como Sr. J..

O Sr. J., cliente do sexo masculino, 58 anos, descrito como autónomo e independente nas AVD. Reside em domicílio próprio com a esposa. É beneficiário de Rendimento Social de Inserção (RSI), anteriormente era vendedor ambulante.

Apresenta como antecedentes pessoais: DPOC GOLD 3, sob OLD 1L/min em repouso, 3L/min em esforço sob ventilação não invasiva (VNI) noturna em modalidade BiPAP (IPAP:16, EPAP:6, FR:16) com aporte de oxigénio a 2 L/min; enfisema centrilobular moderado e paraseptal ligeiro; insuficiência respiratória tipo 2 crónica, seguido em consulta de Pneumologia num hospital da região de Lisboa; infeção por HIV conhecida desde 1997 sob terapêutica antirretroviral; tuberculose cerebral em 2012 (cumpriu 1 ano de terapêutica antibacilar); insuficiência venosa dos membros inferiores com dermatite de estase; hábitos tóxicos no passado (cessou há 20 anos), sob metadona (100mg/dia); ex-fumador há 4 anos (carga tabágica 60 UMA); obesidade (Índice de Massa Corporal: 43,9 Kg/m<sup>2</sup>).

É encaminhado da consulta de Pneumologia para o Serviço de Urgência por agudização da DPOC, refere tosse produtiva com aumento da frequência e purulência das secreções, desde há dois dias, nega piroxia e hemoptises. Fica internado com diagnóstico de DPOC agudizada, para ajuste de parâmetros da VNI.

É transferido para a enfermaria de Pneumologia no dia seguinte. À chegada encontra-se calmo, consciente e orientado. Pele e mucosas coradas e hidratadas, apresenta ligeiro edema maleolar, bilateral, membros inferiores com dermatite de estase no terço inferior da perna, sem feridas. Abdómen globoso, timpanizado, depressível e indolor à palpação.

Eupneico em repouso, conectado a VNI (IPAP:14; EPAP:6; FR:16; FiO<sub>2</sub>:28%), com saturações periféricas de oxigénio entre 90 e 91%. Dispneico a pequenos esforços, apresentando dessaturação periférica apenas ao falar, não consegue articular frases completas sem pausas.

O plano inicial para este cliente é VNI contínua (IPAP:14; EPAP:6; FR:16; FiO<sub>2</sub>:28%), com pausas apenas para as refeições. Ajuste do aporte de oxigénio para manter saturações entre 89 e 92%.

Fábio Silva (2023019)

novembro 2024 - ESSATLA

18

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Cuidados de ER a Pessoa com DPOC: Relato de Caso Clínico – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Para a elaboração do plano de intervenção de ER, foi consultado o processo clínico do cliente, assim como os exames auxiliares de diagnóstico e laboratoriais realizados, como por exemplo as telerradiografias e gasometrias arteriais.

Foi realizada a avaliação inicial por parte da ER, que para o foco em que vamos incidir (Intolerância à Atividade) avaliou a Escala de Borg e mMRC/DQ, foram avaliados outros instrumentos de avaliação, mas tendo em conta o foco que será trabalhado neste RCC, os enumerados acima são os mais pertinentes.

Os cuidados de ER foram prestados em parceria com os cuidados gerais prestados pela restante equipa de enfermagem. O programa de reabilitação respiratória foi iniciado no primeiro dia de internamento na enfermaria, teve a duração de 9 dias e foram feitas sessões de reabilitação todos os dias, com duração variável entre 15 a 60 minutos. O cliente manteve-se consciente e orientado durante todo o internamento, assim como, colaborante e motivado em relação à reabilitação.

A avaliação respiratória inicial incluiu:

- Inspeção - Pele corada e hidratada; tórax simétrico; sem aparente desvio da traqueia; com frequentes períodos de desadaptação/descoordenação com a VNI em que apresenta taquipneia
- Palpação - Traqueia simétrica e centrada; tórax sem alterações; abdómen volumoso, não timpanizado, depressível e sem dor à palpação.
- Percussão - Tórax: hiperresonância nos terços superior e médio bilateralmente; Abdómen: Som claro, normal, sem sinais de timpanismo.
- Auscultação: Murmúrio vesicular audível em todo o campo pulmonar, embora diminuído nas bases; Roncos nos terços superior e médio bilateralmente.

O cliente foi mostrando melhorias ao longo do internamento, ao segundo dia, iniciou pausas da VNI, passando de contínua para dois períodos diurnos (2 horas na manhã e 2 horas na tarde) e todo o período noturno. Nas pausas mantinha aporte de oxigénio por óculos nasais, inicialmente a 4 L/min em repouso que com o decorrer do internamento foi baixando até voltar aos valores iniciais que realizava no domicílio. Ao quarto dia de internamento passou a fazer VNI apenas no período noturno, mantendo os mesmos parâmetros.

Segundo Regulamento n.º 392/2019:

Cuidados de ER à Pessoa com DPOC: Relato de Caso Clínico – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (p.1).

A Reabilitação Respiratória (RR), é descrita por vários autores como um tratamento não farmacológico, com impacto positivo na qualidade de vida dos clientes, que permite a melhoria e controlo da sintomatologia associada às doenças respiratórias crónicas. Referem mesmo que tem um papel preponderante na abordagem a estas doenças, reduzindo sintomas, otimizando a funcionalidade, a participação social e reduzindo os custos da saúde (Clemente & Faria, 2023; OMS, 2024b; DGS, 2009).

Sabendo o papel preponderante que o EEER tem com este tipo de clientes, de acordo com a avaliação efetuada e tendo por base a Ontologia de Enfermagem, disponibilizada pela OE, com o objetivo de melhorar a intolerância à atividade, foi traçado o seguinte Plano de Cuidados:

Quadro 1 – Plano de Cuidados

<b>Foco:</b> Intolerância à atividade
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Intolerância à atividade
<b>Objetivo:</b> Promover a tolerância a atividade
<b>Intervenções:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar intolerância à atividade (Aplicar Escala Borg e mMRC/DQ);</li> <li>- Assistir nas técnicas respiratórias (dissociação e controlo dos tempos respiratórios, respiração abdominodiafragmática, exercícios de abertura costal);</li> <li>- Consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia (através de diálogo com o cliente durante os Cuidados de ER; analisar com o cliente a relação entre a atividade e a dispneia);</li> <li>- Ensinar sobre conservação de energia (através de diálogo com o cliente durante os Cuidados de ER; posições de descanso; planejar atividades; preparar material para as atividades; atividades que pode fazer sentado; transporte de materiais em carrinho de apoto);</li> <li>- Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso (através de diálogo com o cliente durante os Cuidados de ER; analisar com o cliente a relação entre a atividade/repouso e a dispneia);</li> <li>- Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade (através de diálogo com o cliente durante os Cuidados de ER; despiste de sinais de dificuldade respiratória - cianose, adejo nasal, utilização de músculos acessórios, tiragem);</li> <li>- Planejar atividade física (através de diálogo com o cliente durante os Cuidados de ER; Explicar as rotinas do serviço de internamento e planejar com o cliente as AVD);</li> </ul>

Fábio Silva (2023019)

novembro 2024 - ESSATLA

20

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Cuidados de ER à Pessoa com DPOC: Relato de Caso Clínico – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planejar exercício físico (através de diálogo com o cliente; perceber qual o gosto do cliente, adequar o horário com as rotinas do serviço de internamento);</li> <li>- Planejar Repouso (através de diálogo com o cliente durante os Cuidados de ER, adequar o horário com as rotinas do serviço de internamento);</li> <li>- Ensinar sobre atividade sexual (através de diálogo com o cliente durante os Cuidados de ER), ensinos sobre:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Planejar a altura do dia mais indicada (mais relaxado e descansado);</li> <li>o Evitar relações sexuais após as refeições;</li> <li>o Evitar relações sexuais pela manhã, altura em que presença de expectoração é mais acentuada;</li> <li>o Gerir oxigenoterapia.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de conservação de energia</p>
<p><b>Objetivo:</b> Promover o conhecimento sobre técnica de conservação de energia</p>
<p><b>Intervenções:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar conhecimento sobre hábitos de exercício (através de diálogo com o cliente durante os Cuidados de ER);</li> <li>- Avaliar conhecimento sobre técnicas de conservação de energia (através de diálogo com o cliente durante os Cuidados de ER);</li> <li>- Ensinar/treinar técnicas de conservação de energia (através de diálogo com o cliente e demonstração durante os Cuidados de ER; posições de descanso; planear atividades; preparar material para as atividades; atividades que pode fazer sentado; transporte de materiais em carrinho de apoio);</li> <li>- Ensinar sobre hábitos de exercício (através de diálogo com o cliente durante os Cuidados de ER; importância e benefícios; treino intervalado; integração da atividade física na vida diária);</li> <li>- Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso (através de diálogo com o cliente durante os Cuidados de ER; gestão do esforço/planeamento de tarefas);</li> <li>- Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade (através de diálogo com o cliente durante os Cuidados de ER; despiste de sinais de dificuldade respiratória - cianose, adejo nasal, utilização de músculos acessórios, tiragem).</li> <li>- Ensinar sobre atividade sexual (através de diálogo com o cliente durante os Cuidados de ER), ensinos sobre:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Planejar o ambiente (temperatura ambiente amena, remover da cama peças de roupa pesadas);</li> <li>o Utilizar posições sexuais que deixem o diafragma livre e onde não seja exercida pressão sobre o tórax (posições laterais, sentados);</li> <li>o Posições que maximizem a capacidade de movimento com menor gasto energético (perceber com o cliente quais as posições que causam menor dispneia)</li> <li>o Permitir que o parceiro adote uma postura mais ativa na posição sexual;</li> <li>o Utilizar almofadas que promovam o conforto do casal e auxiliem no ato sexual.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício</p>
<p><b>Objetivo:</b> Promover autogestão: regime de exercício</p>
<p><b>Intervenções:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar evolução sobre autogestão do regime de exercício (através de diálogo com o cliente durante os Cuidados de ER);</li> </ul>

21

Fábio Silva (2023019)

novembro 2024 - ESSATLA

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Cuidados de ER a Pessoa com DPOC: Relato de Caso Clínico – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

- Ensinar sobre regime de exercício (através de diálogo com o cliente durante os Cuidados de ER);
- Ensinar sobre autogestão do regime de exercício (através de diálogo com o cliente durante os Cuidados de ER);
- Ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico (através de diálogo com o cliente durante os Cuidados de ER; despiste de sinais de fadiga extrema/dificuldade respiratória - cianose, adejo nasal, utilização de músculos acessórios, tiragem);
- Analisar com o cliente os resultados alcançados (através de diálogo com o cliente durante os Cuidados de ER; analisar com o cliente os resultados dos instrumentos de avaliação);
- Avaliar satisfação com a autogestão do regime de exercício e disponibilidade para melhorar (através de diálogo com o cliente durante os Cuidados de ER);
- Incentivar adoção de comportamentos de autogestão do regime de exercício (através de diálogo com o cliente durante os Cuidados de ER);
- Consciencializar o cliente sobre a tolerância à atividade e a capacidade para melhorar a interação sexual (através de diálogo com o cliente durante os Cuidados de ER);
- Elogiar o desempenho do cliente.

## Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Cuidados de ER a Pessoa com DPOC: relato de Caso Clínico – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**PLANO DE INTERVENÇÃO**

Com base na avaliação do cliente, com vista a atingir os objetivos descritos no plano de cuidados foi delineado o seguinte plano de intervenção (Quadro 2), em que serão destacadas as intervenções ER direcionadas ao foco alvo do plano de cuidados:

Quadro 2 – Plano de Intervenção

Intervenção	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Dia 6	Dia 7	Dia 8	Dia 9
Dissociação e controlo dos tempos respiratórios	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Exercícios de reeducação abdominodiafragmática Posterior	X (1)	X (1)	X (2)	X (2)	X (3)	X (3)	X (3)	X (3)	X (3)
Exercícios de reeducação abdominodiafragmática Hemicupulas Drr <sup>a</sup> e Esq <sup>a</sup>			X (1)	X (1)	X (4)	X (4)	X (4)	X (4)	X (4)
Exercícios de abertura costal global (Com bastão)		X (1)	X (1)	X (1)	X (4)	X (4)	X (4)	X (4)	X (4)
Exercícios de abertura costal seletiva Drr <sup>a</sup> /Esq <sup>a</sup> (Abdução/Adução Membros Superiores)			X (1)	X (2)	X (3)	X (3)	X (3)	X (3)	X (3)
Pedaleira				X (5)	X (5)	X (6)	X (6)	X (6)	
Marcha no Corredor			X (7)	X (8)	X (8)	X (8)	X (9)	X (10)	X (7)
Ensinos e Treino	X	X	X	X	X	X	X	X	X

## Legenda:

X (1) – Sem resistência / 1 Série – 10 Repetições

X (2) – Com resistência de 1Kg / 1 Série – 10 Repetições

X (3) - Com resistência de 1Kg / 1 Série – 15 Repetições

X (4) – Sem resistência / 1 Série – 15 Repetições

X (5) – 10 minutos, sem resistência

X (6) – 30 minutos, sem resistência

X (7) – TM6m

X (8) – Aproximadamente 60 metros

X (9) – Aproximadamente 100 metros

X (10) – Aproximadamente 150 metros

## Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Cuidados de ER à Pessoa com DPOC: Relato de Caso Clínico - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**RESULTADOS**

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos nas várias avaliações efetuadas ao longo do internamento.

Tabela 1 – Instrumentos de avaliação e valores obtidos (o TM6m, será detalhado mais à frente, assinalado, nesta tabela, apenas a sua aplicação)

Instrumento de Avaliação	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Dia 6	Dia 7	Dia 8	Dia 9
Score Escala de Quedas de Morse	35							35	
Score Escala Numérica da Dor	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Score Escala de Borg modificada (Repouso/Esforço)	6/9	5/9	4/8	3/7	2/5	2/5	2/5	1/4	0/3
Score mMRCDQ	4				2				1
TM6m			X						X
LCADL	31								20

Seguidamente, a apresentação dos resultados do TM6m (Tabela 2): Como referido anteriormente este instrumento foi utilizado em dois momentos, um inicialmente, ao terceiro dia de internamento na enfermaria, com o início da marcha no corredor, possibilitando assim a sua aplicação e foi utilizado novamente no dia da alta para avaliar a evolução do cliente. Utilizando a fórmula disponibilizada pela OE (2016), tendo em conta a idade, altura e peso, a distância a percorrer prevista para este cliente é 463,38 metros.

Tabela 2 – Valores obtidos no TM6m ao terceiro e nono dia de internamento

Dado	Dia 3	Dia 9
Distância percorrida	90 metros (19,4% do previsto para idade/altura/peso)	200 metros (43,1% do previsto para idade/altura/peso)
Saturação de Oxigénio	Inicial: 90%, Mínima: 85%	Inicial: 93%, Mínima: 87%
Frequência Cardíaca	Inicial: 81 bpm, Máxima: 121 bpm	Inicial: 78 bpm, Máxima: 112 bpm
Dispneia (Escala de Borg)	Inicial: 4, Final: 8	Inicial: 1; Final: 8
Observações	Cliente realiza teste com carro de apoio para transporte de garrafa de Oxigénio, inicia com aporte de 4L/min por óculos nasais, titulado Oxigénio durante o teste, ao máximo de 6L/min. Fez	Cliente realiza teste com mochila de transporte de garrafa de Oxigénio (a que usa no domicílio), inicia com aporte de 2L/min por óculos nasais, titulado Oxigénio durante o teste, ao máximo de 3L/min.

Fábio Silva (2023019)

novembro 2024 - ESSATLA

24

## Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Cuidados de ER a Pessoa com DPOC: Relato de Caso Clínico – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

	3 pausas de +/-30 segundos cada, na última destas pediu uma cadeira para sentar.	Apresentou cansaço significativo nos últimos 2 minutos, mas completou o teste sem pausas.
--	--	---

O Sr. J., como referi anteriormente, mostrou-se sempre participativo e motivado em relação à ER, já com alguns internamentos anteriores, refere que conhece bem os benefícios da RR. Embora na admissão no Serviço de Urgência, se tenha descrito como cumpridor da VNI no domicílio, durante o internamento confessa que nos últimos dias não o terá feito, chegando até a fumar, por “Stresses ligados ao trabalho” (SIC). Durante o internamento cumpriu os períodos de VNI que lhe foram prescritos, apresentando-se bem-adaptado e com boa tolerância, mesmo que inicialmente utilizado um ventilador não invasivo do serviço, que foi substituído pelo seu próprio ao quinto dia de internamento, quando já fazia VNI apenas no período noturno.

Ao longo do internamento o aporte de oxigénio foi decrescendo, tendo por base a Spo2 alvo (88-92%) indicada pela equipa médica e as melhorias gasométricas. À data de alta, o aporte de oxigénio indicado era igual ao que fazia anteriormente, 1L/min em repouso, 3L/min em esforço e VNI noturna com aporte de oxigénio a 2 L/min.

Em termos de evolução da auscultação pulmonar, inicialmente o cliente apresenta murmúrio vesicular bilateral, mantido nos quadrantes superiores bilateralmente, diminuído nos quadrantes médio e inferiores bilateralmente, com roncos audíveis em todos os quadrantes. À medida que foi progredindo no internamento e no seu estado de saúde, os ruídos adventícios foram diminuindo até cessarem completamente e o murmúrio vesicular foi progredindo de forma positiva, passando a ficar diminuído apenas nas bases no momento da alta.

A carga física dos exercícios também foi evoluindo ao longo do internamento, inicialmente sem aplicar resistência, ao terceiro dia esta foi introduzida, por exemplo nos exercícios de reeducação abdominodiafragmática posterior, foi colocado um saco de soro de 1000ml na região abdominal superior, criando uma resistência de 1Kg, assim como nos exercícios de abertura costal seletiva, foram introduzidos halteres de 1Kg. Para além da progressão na resistência, na duração também houve uma progressão positiva, aumentando o tempo de exposição ao exercício e o número de repetições efetuadas. Esta progressão foi realizada sempre em concordância e supervisão da Enfermeira Orientadora.

Os benefícios da reabilitação pulmonar para pessoas com DPOC são significativos, sendo amplamente reconhecida como a estratégia terapêutica mais eficaz para melhorar a qualidade de vida, reduzir a sensação de dispneia e aumentar a tolerância ao exercício (GOLD, 2024).

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Cuidados de ER a Pessoa com DPOC: Relato de Caso Clínico – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Como podemos verificar pela Tabela 1, os ganhos são notórios, por exemplo, na percepção de dispneia pelo próprio houve um decréscimo muito acentuado quer em repouso, quer em esforço. A escala de Borg assim o demonstra, inicialmente com valores em repouso e em esforço que indicam uma sensação de dispneia intensa/muito intensa evoluindo para “sem sensação de dispneia” em repouso e “sensação de dispneia moderada” em esforço. No mMRC/DQ nota-se uma melhoria significativa de grau 4 para 1. Embora o TM6m não tenha sido realizado conforme todas as recomendações, manteve as mesmas condições nas duas avaliações, demonstrando assim também uma evolução positiva, visível pela distância alcançada no segundo teste, um acréscimo de 23,7% da distância prevista para este cliente, ficando mesmo assim, muito aquém (menos de 50%) do previsto.

Os resultados obtidos na LCADL também evoluíram positivamente, demonstrando um ganho na tolerância à atividade ao mostrar maior independência no autocuidado, o cliente, descreve menor sensação de dispneia ao realizar as AVD mais acentuado no domínio “Cuidado Pessoal”. Estes valores corroboram a opinião de vários autores e também a minha de que a ER tem um papel importante na recuperação dos clientes em geral e neste caso demonstrado ao cliente respiratório.

## DISCUSSÃO

Num serviço de internamento em que todos os dias são assegurados cuidados de ER, esperam-se resultados positivos. O plano de cuidados deve ser ajustado ao gosto e necessidades sentidas pelo cliente, assegurando assim a adesão ao mesmo. Segundo a DGS (2009) a RR é desenhada para reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos, melhora a dispneia, diminui os dias de internamento, aumenta a tolerância ao esforço e a qualidade de vida dos clientes. Chega mesmo a afirmar, que a RR é uma abordagem terapêutica insubstituível, segura, eficaz e barata.

Foi possível através das avaliações efetuadas verificar os ganhos obtidos pela implementação de um programa de ER. Embora este trabalho se centre no foco de atenção “Intolerância à Atividade”, outros focos foram trabalhados, o plano de cuidados e as intervenções de ER foram sendo ajustadas ao longo do internamento, maximizando os ganhos e o potencial do cliente.

A RR é uma intervenção multidisciplinar baseada na evidência, concebida para reduzir os sintomas da DPOC, aumentar a capacidade de exercício dos clientes e melhorar o seu estado de saúde. A componente de educação do cliente de qualquer programa de reabilitação pulmonar deve ser orientada para capacitar os clientes com conhecimentos e competências para autogerir a sua DPOC (Pickstock, 2015), opinião corroborada por Fonte e Costa (2021), sublinhando que a RR consiste numa intervenção personalizada, baseada na avaliação do cliente e que engloba a prática de exercício físico, educação e técnicas de autogestão da doença.

Muitos são os autores, que como os resultados deste RCC, afirmam que o EEER tem um papel importante na recuperação destes clientes, nomeadamente a RR em pessoas com DPOC permite obter resultados positivos nos níveis de força muscular inspiratória, nos volumes e capacidades pulmonares, sobretudo através da componente educacional (Bernardes et al. 2023; Ferreira 2024; Sampaio 2019; OMS 2024b), mas Sampaio (2019) chega mesmo a afirmar que a RR é um pilar fundamental no tratamento da DPOC, ao adotar uma abordagem holística da pessoa, tendo em conta as várias manifestações sistémicas da doença, consegue melhorar sintomas, exacerbações, capacidade funcional e vertente psicossocial, promovendo uma melhoria global da qualidade de vida.

O tempo que investimos nos clientes, ao prestar cuidados de ER é precioso e deve ser rentabilizado ao máximo. No serviço onde decorreu este ensino clínico, há um EEER escalado no turno da manhã para prestar cuidados especializados aos clientes ali internados, há que priorizar o trabalho, mas acima de tudo rentabilizá-lo, à medida que se prestam cuidados, há que fazer ensinios, treinar e incentivar, isto é, capacitar a pessoa para a autogestão da sua doença.

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Cuidados de ER a Pessoa com DPOC: Relato de Caso Clínico – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

O cliente sujeito deste RCC, mostrou que com a abordagem correta, com a construção de uma relação empática baseada numa confiança mútua, podemos chegar mais longe, podemos realmente fazer a diferença na vida do cliente, cuidar com o cliente, dar resposta às suas preocupações e com este delinear objetivos alcançáveis que sejam importantes, não só para quem presta cuidados, mas para quem os recebe.

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Cuidados de ER a Pessoa com DPOC: Relato de Caso Clínico – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência clínica vivida no acompanhamento do Sr. J. demonstrou, de forma clara e prática, os benefícios da RR em clientes com DPOC. O envolvimento ativo do cliente, associado a um plano de cuidados ajustado às suas necessidades e preferências, contribuiu para a obtenção de resultados positivos, refletidos nos instrumentos de avaliação utilizados.

A evolução favorável do Sr. J., observada ao longo do internamento, valida a importância de uma abordagem multidisciplinar e individualizada, onde a ER assume um papel insubstituível. O cliente demonstrou progressos significativos em aspetos físicos e educacionais, que lhe conferem maior capacidade para gerir a sua condição de forma autónoma e independente. O EEER tem um papel essencial na capacitação do cliente para a sua nova condição, é um elemento facilitador da transição que este está a viver, deverá ter em mente a maximização do potencial que a pessoa pode atingir, para que este consiga fazer uma transição saudável.

Esta experiência reforça a evidência de que a RR não só melhora a capacidade funcional e a qualidade de vida, como também capacita o cliente para a autogestão da sua doença. A construção de uma relação empática e de confiança mútua foi determinante para o sucesso, demonstrando que, ao cuidar com o cliente e não apenas para o cliente, ou seja, os cuidados centrados na pessoa, assim é possível alcançar ganhos significativos e duradouros.

Embora o RCC seja um método de pesquisa estruturado, um estudo observacional, descritivo, que produz conhecimento de forma rápida (Bagio et al. 2022; Andrade et al. 2017), os dados aqui recolhidos não podem ser generalizados, pois o plano de intervenção foi aplicado a uma pessoa específica, com necessidades específicas num contexto específico.

Como limitações encontradas ao desenvolver este trabalho, enumero as condições físicas do serviço, que condicionaram o Tmóm, o curto tempo de internamento, com certeza que, com a continuação das sessões de reabilitação o cliente teria mostrado ainda mais ganhos. Outra limitação encontrada, foi a impossibilidade de fazer a ligação com a equipa da comunidade, o cliente tem alta com encaminhamento para a consulta de pneumologia, para o médico de família ou em casos que se justifique é referencia às Equipas de Cuidados Continuados Integrados, o que não aconteceu durante este estágio.

## BIBLIOGRAFIA

- Andrade, S., Ruoff, A., Piccoli, T., Schmitt, M., Ferreira, A. & Xavier, A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 26(4). <https://doi.org/10.1590/010407072017005360016>
- Bagio, T., Garbin, A., Cano, R., Lima, C. & Marques Filho, J. (2022). Resgatando a importância dos relatos de caso na Medicina. *Sociedade Brasileira de Clínica Médica*. 20(1), pp. 49-54.
- Bernardes, R., Santos-Costa, P., Almeida, I., Paiva-Santos, F., Parola, V., Neves, H., Correia, N. & Cruz, A. (2023). Antagonistas muscarínicos, reabilitação respiratória e tolerância ao exercício em DPOC: uma revisão narrativa. *Revista Científica Internacional RevSALUS*. (5:1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.489>
- Clemente, S. & Faria, I. (2023). Reabilitação respiratória. *Sociedade Portuguesa de Pneumologia*. Disponível em: <https://www.sppneumologia.pt/comissoesde-trabalho-e-nucleos/comissoes-de-trabalho/reabilitacao-respiratoria>
- Direção Geral da Saúde (2019). Norma Clínica: 005/2019 de 26 de agosto. Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica no adulto. Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/08/diagnostico-tratamento-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-adulto-2019.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2019). Norma 008/2019. Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://normas.dgs.minsaude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adultoem-cuidados-hospitalares.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde (2009). Circular Informativa Nº: 40A/DSPCD. Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/CircularDGS40A\\_DSPCD\\_27Out2009.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/CircularDGS40A_DSPCD_27Out2009.pdf)
- Direcção-Geral da Saúde (2007). Circular Informativa Nº: 9/DSPCS. Orientação Técnica sobre Diagnóstico e Controlo da Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva (DPOC). Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-9dspsc-de-27022007-pdf.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa Nº 09/DGCG. A Dor como 5º sinal vital.

- Registo sistemático da intensidade da Dor. Direcção-Geral da Saúde. Disponível em [https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor\\_como\\_5\\_sinal\\_vital\\_-\\_2003.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf)
- Dudakı, N. & Yılmaz, M. (2021). The Relationship Between Depression and Sexual Function in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Cyprus journal of medical sciences*. 6(1), pp. 24-9
- Farver-Vestergaard, I., Frederiksen, Y., Zachariae, R., Rubio-Rask, S. & Lokke, A. (2022). Sexual Health in COPD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. (17), pp. 297-315
- Ferreira, J. (2024). *Terapêuticas inovadoras no tratamento da DPOC, o comentário de Jorge Ferreira ao ERS 2024*. Disponível em: <https://www.mypneumologia.pt/entrevistas/2695-terap%C3%AAuticas-inovadores-no-tratamento-da-dpoc,-o-coment%C3%A1rio-de-jorge-ferreira-ao-ers-2024.html>
- Ferreira, C. & Castro, D. (2021). Gestão das agudizações. in Costa, R. (Coordenador Geral). *Guia prático de gestão da DPOC*. (pp. 17-20). Springer Healthcare Communications
- Forum of International Respiratory Societies (2021). The global impact of respiratory disease. Third Edition. European Respiratory Society
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2024). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2024 Report). Disponível em: <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>
- Fundação Portuguesa do Pulmão (2023). Observatório nacional de doenças respiratórias 2023. Fundação Portuguesa do Pulmão. Disponível em [https://www.apcsd.pt/docs/FundPulmao-ONDR\\_2023.pdf](https://www.apcsd.pt/docs/FundPulmao-ONDR_2023.pdf)
- Instituto Nacional de Estatística (2024). Destaque: Em 2022, aumentaram principalmente as mortes por doenças do aparelho respiratório. INE. Disponível em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=646027025&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646027025&DESTAQUESmodo=2)
- Karasu, F. & Oknyan, C. (2021). The Effect of Nursing Care Applied to Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease on Their Sexual Experiences and Quality of Life. *Sexuality and Disability*. (39), pp. 529-542. <https://doi.org/10.1007/s11195-021-09677-0>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress*. (5<sup>ed.</sup>). Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Cuidados de ER à Pessoa com DPOC: Relato de Caso Clínico – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. In: A. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 52-65). Springer Publishing Company.
- Mendes, G. & Simões, J. (2021). O que é a DPOC? in Costa, R. (Coordenador Geral). *Guia prático de gestão da DPOC*. (pp. 4-5). Springer Healthcare Communications
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). Padrão documental dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador de Boa Prática: Reabilitação Respiratória. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2024). Ontologia de Enfermagem. Disponível em: <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>
- Organização Mundial de Saúde (2024a). *Chronic respiratory diseases*. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab_1)
- Organização Mundial de Saúde (2024b). *Rehabilitation*. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/rehabilitation#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/rehabilitation#tab=tab_2).
- Organização Mundial de Saúde (2024c). *Sexual health*. Disponível em [https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2)
- Pitta, F., Probst, V., Kovelis, D., Segretti, N., Leoni, A., Garrod, R. & Brunetto, A. (2008). Validação da versão em português da escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, (XIV N.º 1), pp. 27-47.
- Regulamento n.º 392/2019 de 3 maio. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República n.º 85/19 - II Série (pp. 13565-13568).

Fábio Silva (2023019)

novembro 2024 - ESSATLA

32

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Cuidados de ER a Pessoa com DPOC: Relato de Caso Clínico – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

- Sampaio, M. (2019). Reabilitação respiratória: a abordagem holística da pessoa com DPOC. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. (35-2), pp. 151-154. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v35i2.12013>
- Silva, K., Dias, S. & Amorim, R. (2017). Relato de caso e série de casos: há espaço para eles?. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 12(1), pp. 4-7. <https://doi.org/10.5327/Z2447-211520181700085>
- Vincent, E. & Singh, S. (2007). Addressing the sexual health of patients with COPD: the needs of the patient and implications for health professionals. *Chronic Respiratory Disease*. (4), pp. 111–115. <https://doi.org/10.1177/1479972306076105>
- Zysman, M., Rubenstein, J., Guillou, F., Colson, R., Pochulu, C., Grassion, L., Escamila, R., Piperno, D., Pon, J., Khan, S. & Raheison-Semjen, C. (2020). COPD burden on sexual well-being. *Respiratory Research*. 21, 311. <https://doi.org/10.1186/s12931-020-01572-0>

## **ANEXO I – Certificados de presença em *Webinar***



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**FÁBIO AUGUSTO DA SILVA**

membro nº 52000 desta Ordem, participou no(a) "Webinar - "Comunicação por ISBAR: Transformando a Prática de Enfermagem e a Qualidade dos Cuidados"", realizado no(s) dia(s) no dia 11 de Dezembro de 2024, com duração total de 2h, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Lisboa, 11 de Dezembro de 2024

Presidente do Conselho Directivo Regional

*Dora Lisa Rocha Franco*

Dora Franco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**FÁBIO AUGUSTO DA SILVA**

membro nº 52000 desta Ordem, participou no(a) **'Webinar - Enfermagem de Reabilitação e a Sexualidade: Diferentes abordagens para um cuidado integral'**, realizado no dia 11 de Dezembro de 2024, com duração total de 2 horas e 30 minutos, no(a) **Plataforma online Cisco Webex**.

Lisboa, 11 de Dezembro de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Criação de Atividades Formativas.

## **ANEXO II – Avaliação da Fragilidade (Modelo do Fenótipo de Fragilidade)**

**Physical Frailty Phenotype**

Scoring: ≥3/5 criteria met indicates frailty; 1-2/5 indicates pre-or-intermediate frailty; 0/5 indicates non-frail.

Frailty Criterion	Definition
Unintentional Weight loss	Meets criteria for weight loss if: Lost >5% body weight unintentionally in last year, or BMI <18.5kg/m <sup>2</sup> Equipment: scale for body weight; stadiometer for height.
Exhaustion	Meets criteria for exhaustion if answer: Felt unusually tired or unusually weak 'all of the time' or 'most of the time' or reported energy level was ≤3, using the following questions. 1.a. "In the past month, on the average, have you been feeling unusually tired during the day?" Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Refused <input type="checkbox"/> Don't Know <input type="checkbox"/> 1.b. "If yes, have you been feeling unusually tired:" <input type="checkbox"/> All of the time <input type="checkbox"/> Most of the time <input type="checkbox"/> Some of the time <input type="checkbox"/> Refused / Don't Know 2.a. "In the past month, on the average, have you felt unusually weak?" Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Refused <input type="checkbox"/> Don't Know <input type="checkbox"/> 2.b. "If yes, have you been feeling weak:" <input type="checkbox"/> All of the time <input type="checkbox"/> Most of the time <input type="checkbox"/> Some of the time <input type="checkbox"/> Refused / Don't Know 3. "Using the scale below, please rate your usual energy level on a scale from 0 to 10 where 0 is no energy and 10 is the most energy that you have ever had. Please give a number between 0 and 10 that describes your usual energy level while awake in the last month?" <sup>1</sup> Energy Level:
Slowness	Meets criteria for slow walking speed over 4 meters if: <b>Men</b> ≤0.65m/s for height ≤173 cm (68 Inches) ≤0.76m/s for height >173 cm (68 Inches) <b>Women</b> ≤0.65m/s for height ≤159cm (63 Inches) ≤0.76m/s for height >159cm (63 Inches) Equipment: 4-meter course, a stopwatch. Participant attempts to walk 4-meter length twice at his or her usual pace. Use average of 2 trials.
Low Activity Level	Meets criteria for low activity if: <b>Men:</b> <128 kcal of physical expenditure on activity scale per week (6 items <sup>1</sup> ) <b>Women:</b> <90 kcal of physical expenditure on activity scale per week (6 items <sup>1</sup> )
Weakness	Meets criteria for grip strength weakness if: <b>Men</b> ≤29 kg for BMI ≤24 ≤30 kg for BMI 24.1–26 ≤30 kg for BMI 26.1–28 ≤32 kg for BMI >28 <b>Women</b> ≤17 kg for BMI ≤23 ≤17.3 kg for BMI 23.1–26 ≤18 kg for BMI 26.1–29 ≤21 kg for BMI >29 Equipment: (Jamar) hand dynamometer. Participant attempts to squeeze the dynamometer maximally 3 times with the dominant hand. Use maximal score with dominant hand.

<sup>1</sup> Physical activity is based on modified Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire, asking about walking (w = 3.5), strenuous household chores (w = 4.5), strenuous outdoor chores (w = 4.5), dancing (w = 5.5), bowling (w = 3.0), and exercise (w = 4.5). To compute kcals expended per week, use the formula: Kcals (Kilocalories / week) = w \* Frequency (sessions per week) \* Duration per session (minutes) \* Body Weight (kg)/60, where w is the task-specific MET Intensity score.

**References:**

- Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Med Sci.* 2001;56A:M146–M156.
- Bandein-Roche, Xue QL, Ferrucci L, et al. Phenotype of Frailty: Characterization in the Women's Health and Aging Studies. *J Gerontol Med Sci.* 2006; 61A(3):262-266.

(Fonte: <https://frailtyscience.org/wp-content/uploads/2020/12/Frailty-Assessment-Definition-Sheets-combined-2.pdf>)

### ***ANEXO III – Rockwood Frailty Scale***

**Rockwood Frailty Scale**



Figure 1. Clinical frailty scale. Adapted with permission from Moorhouse P, Rockwood K. Frailty and its quantitative clinical evaluation R Coll Physicians Edinb. 2012;42:333-340.

(Fonte: [https://www.england.nhs.uk/south/wp-content/uploads/sites/6/2022/02/rockwood-frailty-scale\\_.pdf](https://www.england.nhs.uk/south/wp-content/uploads/sites/6/2022/02/rockwood-frailty-scale_.pdf))

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

