

Tomada de decisão em enfermagem de reabilitação nos cuidados intensivos: focos de atenção*

Decision making for nursing rehabilitation in intensive care: foci of care

Como citar este artigo:

Prazeres VMP, Ribeiro CD, Marques GFS. Decision making for nursing rehabilitation in intensive care: foci of care. Rev Rene. 2021;22:e61706. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212261706>

 Virgínia Maria Pereira Prazeres¹

 Catarina Dias Ribeiro¹

 Goreti Filipa Santos Marques¹

*Extraído da dissertação “Processo de tomada de decisão em enfermagem de reabilitação nas unidades de cuidados intensivos: perspectiva do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação”, Escola Superior de Saúde de Santa Maria, 2020.

¹Escola Superior de Saúde de Santa Maria. Porto, Portugal.

Autor correspondente:

Virgínia Maria Pereira Prazeres
Rua Monsenhor Miguel Sampaio, 149, RC,
Ap2. 4445-290 Ermesinde. Porto, Portugal.
E-mail: virginia.prazeres@hotmail.com

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Francisca Diana da Silva Negreiros

RESUMO

Objetivo: compreender os focos de atenção que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação desenvolvem nos cuidados intensivos de adultos. **Métodos:** estudo qualitativo, que realizou uma sessão de *focus group* onde participaram seis enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, com funções em unidades de cuidados intensivos de três hospitais. A informação transcrita foi submetida à análise de conteúdo. **Resultados:** quanto ao perfil dos participantes, três eram do gênero feminino e três do masculino, com idades entre 28 e 51 anos, média de 39,33 anos (desvio-padrão=7,32). Através da análise dos dados emergiram duas categorias: Cliente sedado e Cliente acordado. **Conclusão:** quando o cliente estava sedado, os focos de atenção associavam-se aos processos do sistema respiratório e musculoesquelético que se encontravam comprometidos. Quando estava acordado, emergiram mais focos relativos a estes processos corporais, acrescentando outros focos que respeitavam ao processo psicológico, ao fenómeno status e ao autocuidado.

Descritores: Tomada de Decisões; Unidades de Cuidados Intensivos; Processo de Enfermagem; Enfermagem em Reabilitação.

ABSTRACT

Objective: to understand the focus of care developed by nurses specialized in adult intensive care rehabilitation. **Methods:** qualitative study with a focus group session with six nurses, specialists in rehabilitation nursing, who have roles in the intensive care of three hospitals. The information transcribed was submitted to content analysis. **Results:** regarding the profile of participants, three were female and three were male, with ages varying from 28 to 51 years old, with a mean of 39.33 years old (standard deviation=7.32). Through data analysis, two categories emerged: Sedated Clients and Awake Clients. **Conclusion:** when the client was sedated, the care was focused on the processes of the respiratory and musculoskeletal systems that were compromised. When he was awake, more elements related to those body processes became foci of care, in addition to other elements related to the psychological process, to the phenomenon of status, and to self-care.

Descriptors: Decision Making; Intensive Care Units; Nursing Process; Rehabilitation Nursing.

Introdução

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) encontram-se presentes em 92,0% das Unidades de Cuidados Intensivos portuguesas⁽¹⁾. Estes profissionais diferenciados e detentores de conhecimento e experiência acrescida, assumem a premissa de tomar decisões no que concerne à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial dos seus clientes⁽²⁾.

A Ordem dos Enfermeiros Portugueses atribui o título de EEER, aos enfermeiros que recebam formação específica, através da realização de um curso de pós-licenciatura de especialização ou mestrado, no qual desenvolvem as seguintes competências específicas: cuidar de pessoas que apresentam necessidades especiais, ao longo do ciclo vital, abrangendo todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa portadora de deficiência, limitação da atividade e/ou reserva da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximizar a funcionalidade, fortalecendo as capacidades dos indivíduos. Deste modo, nos seus contextos da prática profissional, os EEER concebem, implementam e monitorizam planos de Enfermagem de Reabilitação diferenciados, de modo a dar resposta às necessidades de cuidados que identificam nos indivíduos⁽²⁾.

O processo de enfermagem é um ciclo organizado e contínuo onde se integram avaliação inicial, identificação de focos e diagnósticos de enfermagem, planeamento das intervenções e definição dos resultados a obter, implementação das intervenções e avaliação final. O conceito foco é, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), uma área de atenção que é pertinente para a enfermagem⁽³⁾. Este norteia a tomada de decisão, que é um aspeto central da disciplina de enfermagem, com impacto na qualidade dos cuidados prestados.

O contínuo envolvimento dos EEER nas unidades torna-se imperativo, pois intervêm, sobretudo ao nível das funções neurológica, cardíaca, respiratória e

ortopédica⁽²⁾, enquadrando-se naquelas que serão as necessidades de cuidados de reabilitação da população de cuidados intensivos⁽⁴⁾. Porém, a Enfermagem de Reabilitação é uma especialidade existente em poucos países do mundo, mas que compreende cuidados específicos e uma intencionalidade determinada, motivo pelo qual se torna pertinente avançar na construção e consolidação mundial desta⁽⁵⁾. Este aspeto reflete-se na escassez de estudos desenvolvidos por enfermeiros na área da reabilitação em cuidados intensivos, quando comparados com estudos desenvolvidos por outros profissionais de reabilitação, o que constatamos através da revisão da literatura. Por outro lado, a nível nacional, os projetos de investigação desenvolvidos neste contexto parecem estar relacionados à criação dos cursos de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, pois a maioria das investigações foram desenvolvidas nesse âmbito.

Face à lacuna existente acerca desta temática, que enfoca o papel do EEER, consideramos que a experiência e perspetiva destes profissionais permitirá elevar o conhecimento no âmbito científico da enfermagem, especificamente no que concerne ao processo de tomada de decisão, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados neste contexto de trabalho.

Atendendo à pertinência da temática na atualidade, a questão que norteou o presente estudo foi: Quais os focos de atenção que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação desenvolvem em cuidados intensivos de adultos?

Assim, objetivou-se compreender os focos de atenção que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação desenvolvem nos cuidados intensivos de adultos.

Métodos

Realizou-se um estudo de abordagem qualitativa, conduzido de acordo com os critérios preconizados pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) para pesquisa qualitativa.

A seleção dos participantes foi de acordo com

uma amostra não-probabilística, do tipo intencional, por conveniência. Tendo em consideração o objetivo da presente investigação, foram delineados como critérios de inclusão: ser EEER; prestar cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação a pessoas adultas internadas em Unidades de Cuidados Intensivos, há um ano ou mais; e aceitar a gravação em áudio da sessão. Do mesmo modo, estabeleceu-se que seriam excluídos aqueles que, ainda que profissionalmente ativos, estivessem ausentes por motivo pessoal ou licença médica.

Foram contactados inicialmente 12 EEER em exercício de funções especializadas nas unidades de três hospitais centrais do norte de Portugal, tendo participado no estudo seis enfermeiros, elegíveis a partir dos critérios anteriormente descritos. Relativamente aos três hospitais centrais, contamos com a presença de um EEER de um hospital, dois de outro e três de um terceiro, representando cinco unidades distintas. Dos contactos efetuados, via celular ou correio eletrónico, as recusas obtidas se relacionaram com a indisponibilidade para se reunirem na mesma data, à mesma hora e no mesmo local. O encontro com os participantes foi previamente agendado, tendo ocorrido em 21 de janeiro de 2020, numa sala reservada na Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Após realizado o recrutamento dos participantes, foi validada junto destes a decisão de participarem no estudo, esclarecendo que a sua participação seria voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem qualquer penalização. Foram claramente informados acerca do objetivo do estudo, bem como do tempo estimado de duração da sessão, de forma a evitar abandonos precoces no decorrer da sessão. Foi solicitado o consentimento informado, livre e esclarecido para a participação no estudo, bem como pedida autorização para proceder à gravação em áudio da sessão.

Para a coleta dos dados, considerou-se o *focus group* como a técnica mais adequada. Estruturou-se previamente um roteiro para guiar o grupo, elaborado pelos próprios autores, no qual foram contempla-

dos os temas e aspetos a discutir, com um conjunto de questões-chave predeterminadas, de modo a dar resposta ao objetivo delineado. Essas questões respeitaram aos focos de atenção em Enfermagem de Reabilitação que os participantes desenvolviam nos seus clientes. Ademais, foram coletadas variáveis sociodemográficas dos participantes, nomeadamente no que respeita à idade, género e categorização profissional.

Para garantir a fidedignidade dos dados recolhidos, o registo da sessão foi realizado através de gravação em áudio, com recurso a dois gravadores, permitindo assegurar a melhor captação de todas as interações ocorridas ao longo da sessão. Recorreu-se, ainda, a uma equipa de três moderadores, dois deles com experiência em moderação, para melhorar a eficácia do processo: um moderador focado na condução e manutenção da discussão e os restantes na gestão do equipamento de gravação, condições logísticas, ambiente físico, dar resposta a interrupções inesperadas e tomar notas do que observaram, nomeadamente as relativas ao comportamento dos participantes durante a sessão. Foi prevista uma duração da sessão de aproximadamente 120 minutos, pela quantidade e qualidade das questões pré-determinadas. Porém, pela riqueza da discussão e saturação da informação recolhida, teve a duração de 105 minutos.

Posteriormente, a sessão de *focus group* foi alvo de transcrição, cuja reprodução foi o mais fiel possível e complementada com as notas de campo recolhidas na moderação. Foi atribuído um código a cada participante, identificado com a letra E de enfermeiro e numerado de 1 a 6, sendo o número atribuído na mesma ordem em que intervieram na sessão de *focus group*. Adicionalmente, de modo a legitimar a sessão, a transcrição da sessão foi remetida aos participantes por correio eletrónico, não tendo estes colocado qualquer questão em relação à mesma. No decorrer da investigação garantiu-se a confidencialidade dos dados, uma vez que o *focus group* não possibilita o anonimato entre os vários participantes e o investigador, bem como os dados recolhidos foram utilizados exclusivamente para esta investigação, sem que exista registo

dos dados de identificação. A informação transcrita foi objeto de análise de conteúdo⁽⁶⁾.

A análise de conteúdo compreende as iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo das mensagens, de modo a se efetuarem deduções lógicas e justificadas no que respeita à origem das mensagens: quem as emitiu, qual o contexto e/ou quais os efeitos que se pretende causar por meio delas. Para que a análise se tornasse válida, a categoria de fragmentação da comunicação cumpriu as seguintes regras: exaustividade (até à saturação dos dados), exclusividade, objetividade e adequação ou pertinência. Esta foi organizada em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽⁶⁾. Este processo foi efetuado manualmente, sem recurso a qualquer programa de análise qualitativa. Tendo como referência alguns termos que integram a CIPE, versão 2019⁽⁷⁾, da análise de conteúdo emergiram duas categorias: Cliente sedado e Cliente acordado.

De modo a garantir os princípios éticos inerentes ao processo de investigação, foi solicitado parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, tendo sido este favorável à realização do estudo (número de registo da Comissão de Ética: 2020/06).

Resultados

Quanto ao perfil dos seis participantes no estudo, três representam o gênero feminino e os outros três o gênero masculino, com idades entre os 28 e os 51 anos, uma média de 39,33 anos (desvio-padrão=7,32). Quatro exercem funções em unidades polivalentes e dois em unidades monovalentes, cuja especialidade é cirurgia cardiorádica. Relativamente ao tempo de atividade profissional, varia entre os 6 e os 29 anos e, especificamente em cuidados intensivos, varia entre os 3 e os 29 anos. Três dos participantes exerceram a sua atividade profissional sempre em cuidados intensivos. No que diz respeito ao tempo enquanto EEER, este varia entre os 4 e os 12 anos.

Da análise de conteúdo efetuada, considerando a perspetiva dos participantes acerca dos focos de atenção em enfermagem de reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos, emergiram duas categorias: Cliente sedado e Cliente acordado. Estas encontram-se representadas esquematicamente nas Figuras 1 e 2.

Cliente sedado

Da informação obtida através do discurso dos participantes, quando o cliente se encontra sedado, no sentido de prevenir os efeitos deletérios da imobilidade subjacente ao estado de sedação e ventilação mecânica, os focos associam-se aos processos corporais comprometidos, nomeadamente o processo do sistema musculoesquelético que remete ao foco do Movimento corporal, tal como se pode constatar nas seguintes unidades de registo: *Quando está sedado, estamos muito no domínio da função ...de minimizarmos ao máximo o impacto que aquela imobilidade, que o descondicionamento pelo desuso lhes vai causar... é muito mais sobre a perspetiva do movimento corporal (E2). Identificamos o movimento muscular normalmente em todos (E5).*

Por outro lado, o processo do sistema respiratório encontra-se igualmente comprometido, nomeadamente no que concerne aos focos Ventilação e Limpeza da via aérea: *A ventilação normalmente está comprometida em todos (E5). A limpeza das vias aéreas... (E1, E2, E3, E4, E5).*

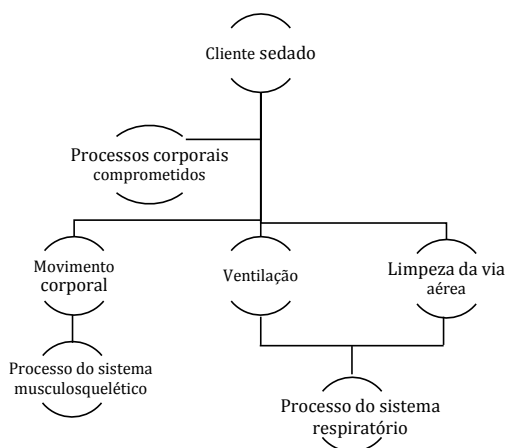


Figura 1 – Representação esquemática da categoria Cliente sedado. Porto, Portugal, 2020

Cliente acordado

Terminado o período de sedação e perante um cliente já acordado, na perspetiva dos participantes, a Ventilação continuava a ser um foco importante: *Sobre tudo sob o ponto de vista do desmame ventilatório, da evolução da ventilação, para minimizarmos complicações* (E2).

Por outro lado, focos como a Cognição, o Conhecimento e a Capacidade também foram considerados pelos respondentes, quando mencionaram que perante um cliente acordado e que: *Sob o ponto de vista do domínio cognitivo está íntegro... entramos no domínio do conhecimento, no domínio da capacidade* (E2). *A capacidade de memorização e de compreensão às vezes também está afetada, o que nos dificulta... o trabalho* (E2).

Ainda no que concerne aos focos Conhecimento e Capacidade, o discurso dos participantes remeteram igualmente para os focos Tosse, Expetorar, e Limpeza da via aérea, como se pode verificar nas unidades de registo: *É importante que o doente seja capaz de executar determinadas competências, nomeadamente a limpeza das vias aéreas, a técnica da tosse* (E2). *Dentro da limpeza das vias aéreas, o tossir e o expetorar* (E3).

Relativamente aos focos Atenção, Concentração e Orientação, os participantes atestaram que: *Temos muitos doentes neurocirúrgicos e o treino cognitivo, o treino de atenção, de concentração, orientação no espaço e no tempo, também é uma área contemplada por nós* (E3).

Do mesmo modo, o foco de atenção Adesão ao regime de Reabilitação emergiu do discurso dos participantes, quando se referiram aos clientes que: *Não colaboram por recusa* (E3). A Deglutição, que se encontra frequentemente comprometida na pessoa em situação crítica, foi mais um foco que os respondentes consideraram: *Se a deglutição estiver comprometida* (E5). Acrescem ainda os focos relativos ao autocuidado, no sentido de promover a independência: *O vestir-se, o despir-se* (E3). *O alimentar-se* (E3, E4).

À medida que aumenta o grau de complexidade no desempenho das atividades de vida diária, emergiram mais focos: *O virar-se* (E3); *o erguer-se* (E3); *o transferir-se* (E2, E3, E4, E5, E6); *o andar* (E2, E3, E4, E5, E6); *o andar ventilado* (E3); *o equilíbrio* (E2, E3, E5, E6). No que respeita ainda ao processo do sistema musculoesquelético comprometido emerge o foco Paresia: *Os doentes do foro neurocirúrgico ... necessitam de treinos de motricidade facial* (E3).

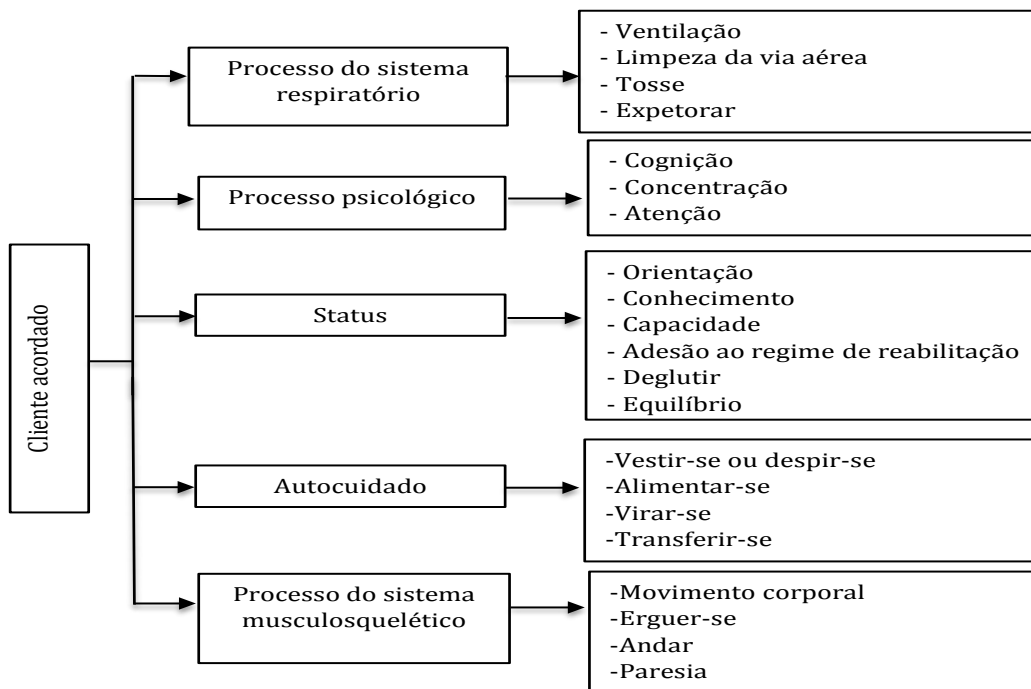


Figura 2 – Representação esquemática da categoria Cliente acordado. Porto, Portugal, 2020

Discussão

O presente estudo, particularmente pelo tamanho da amostra, apresenta limitações, bem como os seus resultados não são generalizáveis devido à subjetividade inerente ao seu cariz qualitativo. Neste sentido, sugere-se que se desenvolvam mais estudos que permitam perceber melhor este fenómeno, investigando a perspectiva dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em exercício de funções noutras Unidades de Cuidados Intensivos.

As intervenções que os EEER implementam, norteadas pelos focos de atenção em Enfermagem de Reabilitação, podem contribuir para melhorar os *outcomes* da população de cuidados intensivos, o que torna imperativa a presença destes profissionais nas unidades. A sua tomada de decisão deve assentar na melhor evidência científica disponível, nos referenciais teóricos da disciplina e nas várias etapas do processo de enfermagem. Assim, ainda que os resultados deste estudo não sejam generalizáveis, poderão ser úteis como suporte para o processo de tomada de decisão dos EEER, neste contexto tão específico.

O enfoque colocado pelos participantes na necessidade de minimizar o impacto que a imobilidade causa na pessoa em situação crítica é corroborado pela evidência de que a força do músculo esquelético diminui de 1 a 1,5% por dia a partir do momento em que o cliente fica restrito à cama⁽⁸⁾. Com efeito, quando o movimento corporal está comprometido devido à imobilidade subjacente ao estado de sedação e a necessidade de ventilação mecânica invasiva, pode ocorrer fraqueza muscular que, associada à ineficácia do revestimento ciliar, diminui a eficácia da tosse, contribuindo para o aumento da acumulação de secreções e risco acrescido de infeções respiratórias⁽⁹⁾. Este aspeto fundamenta o facto de a Ventilação ser igualmente um foco de atenção identificado pelos EEER participantes, bem como a Limpeza da via aérea, ambas comprometidas nestes clientes.

Por outro lado, após cessação da sedação e perante um cliente já acordado, na perspectiva dos

respondentes, a Ventilação continua a ser um foco importante, visando um desmame ventilatório bem sucedido. De fato⁽¹⁰⁻¹¹⁾, foi demonstrado que, com a implementação de um programa de reabilitação precoce, houve diminuição nos dias de ventilação (11,7 dias vs. 9,3 dias), sugerindo que os EEER possuem um papel fulcral nas Unidades de Cuidados Intensivos, pois as suas intervenções possibilitam melhorar os resultados dos clientes, tanto a curto quanto a longo prazo.

Quando os EEER participantes se encontram perante um cliente acordado e cognitivamente íntegro, emergem focos como o Conhecimento e a Capacidade. A Cognição assume, assim, particular relevância, uma vez que alterações cognitivas poderão dificultar o trabalho dos enfermeiros sob o ponto de vista da Reabilitação. Estes achados remetem-nos para a bibliografia consultada, quando os autores indicam as sequelas cognitivas e o *delirium* como constituintes do conjunto de complicações decorrentes do internamento em Unidades de Cuidados Intensivos, denominado *post-intensive care syndrome* (PICS)⁽¹²⁾.

Por conseguinte, foi possível identificar condicionantes para as intervenções dos participantes, quando se referiram aos clientes que não colaboram e recusam os cuidados, verificando-se um comprometimento na Adesão ao regime de reabilitação. Este foco, bem como a Cognição, a Atenção, a Concentração e a Orientação não está contemplado no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação⁽¹³⁾ elaborado pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses, embora seja reconhecido pelos participantes como determinante no que concerne ao processo de reabilitação, com potencial impacto no processo de tomada de decisão.

Acresce, ainda, a identificação dos focos Tosse e Expetorar, que nos direcionam igualmente para a bibliografia consultada, quando os autores defendem que a tosse assistida, a tosse dirigida e a tosse mecanicamente assistida (insuflação-exsuflação mecânica), são preponderantes para o correto desmame ventilatório, por serem exercícios que promovem a limpeza e a permeabilidade da via aérea⁽¹⁴⁾. Assim, se depreen-

de que é essencial que o cliente apresente uma tosse eficaz que lhe permita manter a via aérea permeável, pelo que a tomada de decisão do EEER deve assentar no reforço do seu ensino, instrução e treino.

Na ótica dos participantes, outros problemas podem ser identificados, nomeadamente a disfagia, que se reporta ao foco Deglutir ou Capacidade para deglutir. Efetivamente, há evidência de que a disfagia pós-extubação é uma preocupação nos clientes internados em Unidades de Cuidados Intensivos⁽¹⁵⁾. Num estudo observacional prospetivo, os autores verificaram que a disfagia pós-extubação tem uma elevada incidência e que os clientes mais graves e/ou com doença neurológica subjacente, são os que apresentam maior risco. Para, além disso, na maioria dos clientes, a disfagia identificada nos cuidados intensivos permaneceu, durante todo o internamento, associada a *outcomes* clínicos adversos. Todavia, os respondentes indicaram que, nos seus contextos da prática, acabam por não conseguir dar resposta a todas as necessidades de cuidados de reabilitação que as pessoas apresentam, ficando alguns aspetos descurados, nomeadamente a deglutição, achado que corrobora igualmente com Schefold e colaboradores⁽¹⁶⁾, quando indicam que a disfagia pós-extubação é um problema muitas vezes negligenciado.

Por outro lado, os focos relativos ao Autocuidado, emergentes das necessidades de autonomia/independência, desde o cuidar da higiene pessoal até atividades de vida diária de maior complexidade, foram relevados pelos participantes. Efetivamente, as sequelas resultantes do internamento em cuidados intensivos, nomeadamente as sequelas físicas, funcionais, cognitivas e mentais, traduzem-se numa diminuição da saúde e produtividade dos sobreviventes de cuidados intensivos⁽¹²⁾, podendo resultar em situações de incapacidade e dependência no autocuidado. Todavia, ainda no que concerne ao autocuidado, os participantes não mencionaram os focos Arranjar-se, Tomar banho e Usar sanitário que integram a higiene pessoal, talvez pelas condicionantes inerentes às Unidades de Cuidados Intensivos que, normalmente, não têm banheiro para os clientes.

Promover a independência e a máxima satisfação da pessoa, de modo a preservar a sua autoestima, são objetivos da reabilitação⁽²⁾, motivo pelo qual o Andar com ou sem auxiliar de marcha e até mesmo Andar com recurso a ventilador, foram aspetos que os participantes já consideraram na sua prática, embora ainda pouco, devido ao *handicap* relacionado com o tempo disponível.

Por conseguinte, no que concerne ao foco Equilíbrio, salientado pelos participantes, sobretudo pela sua importância para a prevenção de quedas, alguns autores indicam que durante o internamento em Unidades de Cuidados Intensivos, sobretudo nos clientes sujeitos a longos períodos de imobilidade, a perda de tecido magro resulta numa diminuição da força e da potência muscular, podendo afetar o equilíbrio e aumentar a ocorrência de quedas, para além de reduzir a capacidade aeróbica⁽¹⁷⁾.

Por último, ainda no que respeita ao processo do sistema musculoesquelético comprometido, emergiu o foco Paresia, muitas vezes identificado nos clientes neurocirúrgicos. Efetivamente, existem pessoas que necessitam de cuidados intensivos no pós-operatório de neurocirurgia, em que a paresia poderá se apresentar como sequela, dependendo da área cerebral onde se encontra a lesão, necessitando estas pessoas de cuidados de reabilitação⁽¹⁸⁾.

Conclusão

Conclui-se quanto à importância de fazer a distinção da fase em que o cliente se encontrava, sendo fundamental elencar um conjunto de focos que se reportassem às necessidades de cuidados que os clientes apresentavam em cada uma dessas fases. Quando os clientes se encontravam sedados, os focos reportaram-se ao processo do sistema musculoesquelético e ao processo de sistema respiratório comprometidos. Quando acordados, acresceram mais focos relativos ao processo do sistema respiratório e ao processo do sistema musculoesquelético e ainda outros que se reportaram ao processo psicológico, ao fenómeno status e ao autocuidado.

Colaborações

Prazeres VMP, Ribeiro CD e Marques GFS contribuíram para a conceção e projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Mendes RMG, Nunes ML, Pinho JA, Gonçalves RBR. Organização dos cuidados de reabilitação nas unidades de cuidados intensivos portuguesas. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018; 30(1):57-63. doi: <https://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20180011>
2. Ordem dos Enfermeiros (PT). Regulamento nº 392/19. Diário da República nº 85, II Série [Internet]. 2019 [cited Jan 05, 2021]. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>
3. International Council of Nurses. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [Internet]. 2015 [cited Jan 05, 2021]. Available from: https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
4. Malone D, Ridgeway K, Nordon-Craft A, Moss P, Schenkman M, Moss M. Physical therapist practice in the intensive care unit: results of a national survey. *Phys Ther*. 2015; 95(10):1335-44. doi: <https://dx.doi.org/10.2522/ptj.20140417>
5. Schoeller SD, Martins MM, Ribeiro I, Lima DKS, Padilha MI, Gomes BP. Breve Panorama mundial da enfermagem de reabilitação. *Rev Port Enferm Reabil*. 2018; 1(1):6-12. doi: <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.01.4388>
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
7. International Council of Nurses. ICNP Browser [Internet]. 2019 [cited Jan 05, 2021]. Available from: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>
8. Parry SM, Puthuchery ZA. The impact of extended bed rest on the musculoskeletal system in the critical care environment. *Extrem Physiol Med*. 2015; 4:16. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s13728-015-0036-7>
9. Cunha FA, Oliveira AFS. Complicações decorrentes da ventilação mecânica ao paciente de unidades de terapia intensiva (UTI) adulto. *Rev Pesq Saúde* [Internet]. 2018 [cited Jan 05, 2021]; 1(1):138-61. Available from: <http://www.healthresearchjournals.com/hrj/index.php/hrj/article/view/28>
10. McWilliams D, Weblin J, Atkins G, Bion J, Williams J, Elliott C, et al. Enhancing rehabilitation of mechanically ventilated patients in the intensive care unit: a quality improvement project. *J Crit Care*. 2015; 30(1):13-8. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.09.018>
11. McWilliams D, Snelson C, Goddard H, Attwood B. Introducing early and structured rehabilitation in critical care: a quality improvement project. *Intensive Crit Care Nurs*. 2019; 53:79-83. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2019.04.006>
12. Smith S, Rahman O. Post intensive care syndrome. *StatPearls* [Internet]. 2020 [cited Jan 05, 2021]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558964/>
13. Ordem dos Enfermeiros (PT). Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação [Internet]. 2015 [cited Jan 05, 2021]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
14. Rose L, Adhikari NK, Leasa D, Fergusson DA, McKim D. Cough augmentation techniques for extubation or weaning critically ill patients from mechanical ventilation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 11(1):CD011833. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD011833.pub2>
15. Zuercher P, Moret CS, Dziewas R, Schefold JC. Dysphagia in the intensive care unit: epidemiology, mechanisms, and clinical management. *Crit Care*. 2019; 23(1):103. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s13054-019-2400-2>
16. Schefold JC, Berger D, Zürcher P, Lensch M, Perren A, Jakob SM, et al. Dysphagia in mechanically ventilated ICU patients (DYnAMICS): a prospective observational trial. *Crit Care Med*. 2017; 45(12):2061-9. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000002765>

17. Vanhorebeek I, Latronico N, Van den Berghe G. ICU-acquired weakness. *Intensive Care Med.* 2020; 46(4):637-53. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s00134-020-05944-4>
18. Preul MC. Editorial. Ipsilateral hemiparesis and its history for neurosurgery: same side, wrong side. *Neurosurg Focus.* 2019; 47(3):E8. doi: <https://dx.doi.org/10.3171/2019.6.FOCUS19501>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons