



Escola Superior  
Saúde  
Santa Maria

**PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO EM  
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NAS UNIDADES  
DE CUIDADOS INTENSIVOS:  
PERSPETIVA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM  
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Virgínia Maria Pereira Prazeres

Dissertação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação  
orientada pela Professora Doutora Goretí Filipa Santos Marques e coorientada pela  
Professora Catarina Dias Ribeiro e apresentada à Escola Superior de Saúde de Santa  
Maria.

Setembro de 2020

Porto

*“Cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”.*

(Collière, 1989, p.235)

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu tão amado filho Rodrigo, luz da minha vida e fonte das minhas inspirações.

## **AGRADECIMENTOS**

Este estudo é resultado de um grande esforço pessoal e muita dedicação. Porém, não podia deixar de agradecer a todos aqueles que me deram o apoio e incentivo necessários para que a sua concretização fosse possível.

À Professora Doutora Goreti Marques e à Professora Catarina Ribeiro pela disponibilidade, apoio e excelente orientação na realização deste trabalho.

À Professora Doutora Olga Ribeiro, uma referência da Enfermagem de Reabilitação, por todos os ensinamentos durante este percurso.

Ao Enfermeiro Manuel Saraiva e a todos os elementos da minha equipa da UCIP, pelo encorajamento constante, pela ajuda, pela partilha de sentimentos, emoções e angústias ao longo desta caminhada.

Aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que aceitaram participar neste estudo, pela disponibilidade, colaboração, empenho e contributo para o desenvolvimento da profissão de enfermagem.

Aos meus pais, Agostinho e Natália e às minhas irmãs, Liliana e Lara, por sempre acreditarem em mim e porque sem eles, não seria a pessoa que sou hoje.

Àqueles que serão sempre a minha prioridade, ao Rodrigo, ao João e ao Gustavo pelo apoio incondicional, paciência e compreensão durante as minhas ausências.

## CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVD's	Atividades de Vida Diárias
CAM-ICU	<i>Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit</i>
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CRRN	<i>Certified Rehabilitation Registered Nurse</i>
ECMO	<i>Extracorporeal membrane oxygenation</i>
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ER	Enfermagem de Reabilitação
ESSSM	Escola Superior de Saúde de Santa Maria
EUA	Estados Unidos da América
FiO <sub>2</sub>	Fração de oxigénio inspirado
ICN	International Council of Nurses
ICU	<i>Intensive Care Units</i>
ICUAW	<i>Intensive care-unit acquired weakness</i>
mcg/Kg/min	microgramas por quilograma por minuto
mmHg	milímetros de Mercúrio
OE	Ordem dos Enfermeiros
PaO <sub>2</sub>	Pressão parcial de Oxigénio
PEEP	Pressão expiratória final positiva
PICS	<i>Post Intensive Care Syndrome</i>
RASS	<i>Richmond Agitation Assessment Scale</i>
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RN	<i>Rehabilitation Nursing</i>
SpO <sub>2</sub>	Saturação percutânea de oxigénio
TEP	Tromboembolismo pulmonar
TVP	Trombose venosa profunda
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos

## RESUMO

Decorrente do envelhecimento populacional, dos novos tratamentos que vão surgindo e da expansão das chamadas doenças da civilização, tem aumentado o número de internamentos em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Estes, podem provocar efeitos deletérios que resultam em situações de incapacidade e elevada dependência, que persistem por tempo prolongado. A reabilitação precoce pode prevenir ou limitar essas situações (Azevedo & Gomes, 2015) e, neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) apresenta um papel relevante na conceção de planos de intervenção diferenciados durante os processos de transição, assumindo a premissa de tomar decisões.

Esta investigação teve o propósito de compreender, sob o ponto de vista dos EEER, qual o processo de tomada de decisão nas UCI e, a partir deste ponto, construir linhas orientadoras para uma prática efetiva de Enfermagem de Reabilitação (ER) na área. Considerando a ótica dos participantes, os objetivos delineados para este estudo foram: perceber o conceito de processo de tomada de decisão; identificar quais os focos e diagnósticos de enfermagem utilizados; analisar as intervenções de ER; analisar como são definidos os resultados a obter; identificar quais os fatores que influenciam o processo de tomada de decisão; identificar quais as dificuldades sentidas no processo de tomada de decisão; e identificar quais os referenciais teóricos que fundamentam e sustentam a sua prática de cuidados.

Quanto ao método de pesquisa, realizou-se uma revisão da literatura recorrendo a duas bases de dados de referência em saúde, a EBSCO e a PubMed, incluindo artigos publicados no período de 2009 a 2019. Adicionalmente, foram consultados outros estudos, teses de doutoramento e dissertações de mestrado, bem como documentos reguladores da prática profissional dos enfermeiros e do ministério da saúde português.

Posteriormente, procedeu-se a um estudo de cariz qualitativo, exploratório e descritivo, através de uma sessão de *focus group* onde participaram 6 EEER, que exercessem funções especializadas há um ano ou mais em UCI. Os dados foram tratados utilizando a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Dos resultados obtidos emergem oito áreas major: o processo de tomada de decisão; competências do EEER nas UCI; focos de atenção; intervenções; avaliação; fatores que influenciam a tomada de decisão; sistemas de informação; e referenciais teóricos orientadores da prática.

Palavras-chave: Tomada de Decisões, Processo de Enfermagem, Unidades de Cuidados Intensivos, Enfermagem em Reabilitação.

## ABSTRACT

Due to population aging, to the emergence of new treatments and to the expansion of the so-called civilisation diseases, the number of hospitalisations in Intensive Care Units (ICU) has increased. These can cause deleterious effects that result in situations of disability and high dependence, which persist for a long time. Early rehabilitation can prevent or limit these situations (Azevedo & Gomes, 2015) and, in this sense, the Certified Rehabilitation Registered Nurse (CRRN) has a relevant role in the design of differentiated intervention plans during the transition processes, assuming the premise of making decisions.

This investigation had the purpose of understanding which is the decision-making process in the ICUs from the CRRN's point of view and, from this point on, to build guidelines for an effective practice of Rehabilitation Nursing (RN) in the area. Considering the perspective of the participants, the aims outlined for this study were: understand the concept of the decision-making process; identify which nursing diagnosis focuses are used; analyse RN interventions; analyse how the results to be obtained are defined; identify which factors influence the decision-making process; identify which difficulties are felt in the decision-making process; and identify which theoretical frameworks justify and support their care practice.

As for the research method, a literature review was carried out using two health reference databases, EBSCO and PubMed, including articles published from 2009 to 2019. Additionally, other studies were consulted, doctoral theses and master's dissertations, as well as documents regulating the professional practice of nurses and the Portuguese Ministry of Health.

Subsequently, a qualitative, exploratory and descriptive study was carried out, through a focus group session in which 6 CRRNs participated, who had performed specialized functions for a year or more in ICU. The data were treated using Bardin's content analysis technique. From the results obtained, eight major areas emerge: the decision-making process; competences of the CRRNs in the ICUs; focuses of attention; interventions; evaluation; factors that influence decision making; information systems; and theoretical references guiding practice.

Keywords: Decision Making, Nursing Process, Intensive Care Units, Rehabilitation Nursing.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	16
1.1. TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM .....	16
1.1.1. Modelos de tomada de decisão .....	18
1.1.2. Fatores que influenciam a tomada de decisão.....	21
1.2. O INTERNAMENTO EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	23
1.3. ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ...	27
1.3.1. Critérios de segurança para a reabilitação precoce em UCI .....	35
1.3.2. Barreiras e aspetos facilitadores para a implementação da reabilitação precoce em UCI.....	47
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	50
2.1. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO .....	50
2.2. OBJETIVOS E FINALIDADE DO ESTUDO.....	52
2.3. TIPO DE ESTUDO.....	52
2.4. PARTICIPANTES.....	53
2.4.1. Caracterização dos participantes .....	54
2.5. TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS .....	56
2.6. MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS .....	59
2.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	63
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	65
3.1. PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO .....	65
3.1.1. Conceito de Processo de Tomada de Decisão.....	66
3.1.2. Intenção da Tomada de Decisão .....	68
3.1.3. Fundamentos da Tomada de Decisão .....	69
3.1.4. Natureza da Tomada de Decisão.....	74

3.2. ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM UCI: UMA PRÁTICA DIFERENCIADA...	76
3.3. FOCOS DE ATENÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM UCI: EM FUNÇÃO DO ESTADIO DA PESSOA .....	78
3.3.1. Cliente sedado.....	79
3.3.2. Cliente acordado .....	81
3.4. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM UCI: CENTRADAS EM PRIORIDADES.....	87
3.4.1. Intervenções de Enfermagem de Reabilitação Prioritárias .....	88
3.4.2. Frequência das Intervenções de Enfermagem de Reabilitação .....	93
3.5. AVALIAÇÃO EM CUIDADOS INTENSIVOS.....	95
3.6. FATORES QUE INFLUENCIAM A TOMADA DE DECISÃO .....	98
3.7. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO ..	107
3.8. REFERENCIAIS TEÓRICOS ORIENTADORES DA PRÁTICA DOS EEER NAS UCI.....	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	127
ANEXOS.....	143
ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética da ESSSM	
APÊNDICES .....	147
APÊNDICE I – Guião Orientador do <i>focus group</i>	
APÊNDICE II – Informação sobre o estudo aos participantes	
APÊNDICE III – Consentimento informado, livre e esclarecido	

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Sistema de semáforo. ....	37
Quadro 2. Considerações respiratórias. ....	38
Quadro 3. Considerações cardiovasculares. ....	39
Quadro 4. Considerações neurológicas. ....	42
Quadro 5. Outras considerações.....	43
Quadro 6. Caracterização dos participantes.....	56
Quadro 7. Focos e diagnósticos de enfermagem de reabilitação no cliente sedado. ....	81

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1. Critérios de exclusão e restrições para sessão de reabilitação sentado.....	45
---	----

## ÍNDICE DE IMAGENS

Figura 1. Protocolo de mobilização precoce e estruturada. ....	46
Figura 2. Representação esquemática da unidade temática “ <b>Processo de Tomada de Decisão</b> ”.	66
Figura 3. Representação esquemática da categoria “ <b>Conceito de Processo de Tomada de Decisão</b> ” .....	68
Figura 4. Representação esquemática da categoria “ <b>Intenção da Tomada de Decisão</b> ”.	69
Figura 5. Representação esquemática da categoria “ <b>Fundamentos da Tomada de Decisão</b> ” ...	73
Figura 6. Representação esquemática da categoria “ <b>Natureza da Tomada de Decisão</b> ”.	76
Figura 7. Representação esquemática da categoria “ <b>Competências do EEER nas UCI</b> ” .....	78
Figura 8. Representação esquemática da categoria “ <b>Cliente sedado</b> ”.	81
Figura 9. Representação esquemática da categoria “ <b>Cliente acordado</b> ”.	87
Figura 10. Representação esquemática da categoria “ <b>Intervenções de Enfermagem de Reabilitação Prioritárias</b> ”.	93
Figura 11. Representação esquemática da categoria “ <b>Frequência das Intervenções de Enfermagem de Reabilitação</b> ”.	94
Figura 12. Representação esquemática da categoria “ <b>Avaliação em Enfermagem de Reabilitação</b> ”.	98
Figura 13. Representação esquemática da categoria “ <b>Fatores que Influenciam a Tomada de Decisão</b> ” .....	107
Figura 14. Representação esquemática da categoria “ <b>Sistemas de Informação e o Processo de Tomada de Decisão</b> ” .....	109
Figura 15. Representação esquemática da categoria “ <b>Referenciais Teóricos Orientadores da Prática dos EEER nas UCI</b> ”.	113
Figura 16. Principais resultados do estudo. ....	123
Figura 17. Representação esquemática das Linhas Orientadoras da Prática de ER em Cuidados Intensivos.....	124

## INTRODUÇÃO

A sociedade atual requer uma Enfermagem atualizada, pautada pela exigência, inovação, que acompanhe a evolução científica e tecnológica. Para isso, é necessária uma constante atualização dos saberes, desenvolvimento das competências, bem como uma prática sustentada na evidência. Neste sentido, os enfermeiros devem ter uma atitude marcada pela procura constante dessa evidência e pela sua aplicação na prática clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

À medida que a população envelhece e novos tratamentos surgem, mais pessoas sobrevivem às doenças, existindo um número crescente de clientes admitidos em UCI. Atualmente, os enfermeiros em cuidados intensivos são responsáveis por todos os aspectos relacionados com os cuidados à pessoa em situação crítica, bem como pela implementação de práticas que visam melhorar os *outcomes* do cliente. Para tal, na sua prática devem focar a prevenção do *delirium*, redução da sedação, monitorização da capacidade para iniciar o desmame ventilatório e promoção da mobilização precoce (Dirkes & Kozlowski, 2019).

A pessoa em situação crítica é aquela que tem a vida ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais dependendo a sua sobrevivência de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Esta, exige cuidados de enfermagem altamente qualificados e prestados de forma contínua como resposta às necessidades afetadas, possibilitando preservar as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, com vista à sua recuperação total (Regulamento nº 124/2011).

Decorrente da necessidade de cuidados intensivos, as pessoas permanecem restritas ao leito por longos períodos. A sua grave condição de saúde, bem como a administração de terapêutica vasopressora, sedativa e curarizante, condicionam a sua mobilidade, ficando estas pessoas expostas a complicações como a atrofia, disfunção e fraqueza muscular, diminuição da capacidade funcional, hipotensão ortostática, taquicardia, entre outras (Santos, Oliveira & Silveira, 2010).

Nos países mais desenvolvidos, a reabilitação está integrada nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica sendo a sua importância reconhecida. Particularmente na mobilização precoce, que sendo uma prática segura e benéfica, deve constituir uma prioridade neste contexto (Stiller, 2013).

Em Portugal, a maioria das UCI são dotadas de EEER, uma situação sem paralelo a nível internacional (Schoeller *et al.*, 2018). Cabe-lhes conceber, implementar e monitorizar planos de Enfermagem de Reabilitação (ER) diferenciados, com base nos problemas reais e potenciais das pessoas. Com o seu nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida, tomam decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (Regulamento n.º 392/2019).

A tomada de decisão é um aspeto central da disciplina de enfermagem, com impacto na qualidade dos cuidados prestados e, tendo em conta a dimensão autónoma da prática profissional dos enfermeiros, o processo de tomada de decisão em enfermagem tem vindo a ser aprofundado progressivamente. Assim, os enfermeiros tomam decisões, pois fazem juízos sobre as reais necessidades das pessoas, e delineiam as intervenções que vão implementar, sendo a tomada de decisão o culminar da etapa conduzida pelo raciocínio (Silva, 2011).

Impera ainda, a necessidade de proceder a uma melhoria contínua dos cuidados prestados ao cliente, alicerçada em estudos que visem orientar o exercício profissional. Neste sentido, a prática baseada na evidência é fundamental, utilizando os resultados da pesquisa, de modo a estruturar a tomada de decisão e a interação com os clientes (Polit & Beck, 2011).

A par do descrito, a escolha desta área de conhecimento, assenta no percurso formativo desenvolvido, no contexto de trabalho, bem como nas dúvidas e inquietudes da prática de cuidados. Enquanto enfermeira em exercício de funções numa UCI e futura EEER, surgem interrogações no que concerne ao contributo da ER na qualidade de vida da população de cuidados intensivos, decorrentes das dificuldades percecionadas na prática.

Assim, cuidar da pessoa em situação crítica, dada a sua condição, é um desafio. O cuidado destes clientes revela inúmeras particularidades o que dificulta a tomada de decisão que é provida de complexidade e multidimensionalidade. Deste modo, para que os cuidados de ER sejam eficazes, é necessário um conhecimento vasto e um conjunto de capacidades desenvolvidas baseadas na evidência (Regulamento n.º 392/2019).

Neste sentido, surge-nos a seguinte questão de partida: “Qual o processo de tomada de decisão dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos?”

Assim, com esta investigação, é nosso propósito descrever qual o processo de tomada de decisão dos EEER nas UCI dos hospitais centrais da região norte de Portugal, sendo este o objetivo geral.

Considerando a perspetiva do EEER, definiram-se como objetivos específicos:

- Perceber o conceito de processo de tomada de decisão;
- Identificar quais os focos e diagnósticos de enfermagem utilizados;
- Analisar as intervenções de ER implementadas;
- Analisar como são definidos os resultados a obter;
- Identificar quais os fatores que influenciam o processo de tomada de decisão;
- Identificar quais as dificuldades sentidas no processo de tomada de decisão;
- Identificar quais os referenciais teóricos que fundamentam e sustentam a sua prática de cuidados.

De modo a atingir os objetivos enunciados, optamos pela abordagem qualitativa de natureza exploratória e descritiva. Neste sentido, foi realizada uma sessão de *focus group* na qual participaram seis EEER para, através da interação do grupo acerca do tópico apresentado, clarificar qual o processo de tomada de decisão nas UCI.

O presente relatório, elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, ministrado pela Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSSM), divide-se, desta forma, em três partes distintas. A primeira respeita ao enquadramento teórico que inclui a revisão da literatura inerente à temática, explanando o processo de tomada de decisão em enfermagem, o impacto do internamento em UCI na pessoa e o contributo do EEER neste. Na segunda parte, relatamos o enquadramento metodológico, o desenho do estudo, onde expomos a problemática e justificação do estudo, objetivos e finalidade, o tipo de estudo, os participantes, a técnica de recolha de dados e o respetivo instrumento (guião orientador do *focus group*), o método de análise de dados escolhido e as considerações éticas para a sua realização. Por último, é destacada a apresentação e discussão dos resultados, com a subsequente relevância clínica e implicações futuras para a enfermagem.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico é fundamental para compreender o estado atual do conhecimento sobre a temática a ser estudada, possibilitando aprofundar o alcance dos conceitos-chave, bem como as relações entre eles. De seguida, explanamos a temática da tomada de decisão em enfermagem, o internamento em UCI e o seu impacto na pessoa em situação crítica e, por fim, o contributo da ER nos cuidados a estas pessoas.

### 1.1. TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM

No sentido de clarificar o papel do enfermeiro no âmbito dos cuidados de saúde, em 1996 foi publicado em Portugal, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), reportando as intervenções de enfermagem autónomas, diferenciando-as das que são interdependentes (Decreto-lei nº161/96, artigo 9º, ponto 1). As intervenções interdependentes são as que resultam da prescrição/decisão de outro profissional, normalmente o médico, já as autónomas resultam da decisão/conceção do enfermeiro e pelas quais, este assume responsabilidade de forma individual.

Posteriormente, em dezembro de 2001 a Ordem dos Enfermeiros (OE) referiu que, na tomada de decisão o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo e prescreve intervenções, com o intuito de produzir resultados positivos ou ganhos em saúde (OE, 2001).

Assim, a evolução da enfermagem ocorre no sentido de um exercício profissional orientado, numa fase inicial por uma lógica executiva, progredindo para a adoção de uma lógica conceptual (Silva, 2006).

Relativamente ao processo de tomada de decisão em enfermagem, Thompson (1999), refere que têm sido utilizadas numerosas expressões para o que é, na essência, o mesmo fenómeno: decisões tomadas por enfermeiros relacionadas com diagnósticos de enfermagem ou intervenções em contextos clínicos.

A tomada de decisão em enfermagem, é definida por alguns autores como a operacionalização do conhecimento, por meio de um processo cognitivo complexo que gera uma ação/comportamento, através de uma sucessão de etapas sistemáticas, que são fundamentadas pelo conhecimento teórico, prático, processual, tecnológico, organizacional e ético do enfermeiro (Dias & Lopes, 2010; Macedo, Petronilho & Cainé, 2015).

De igual modo, no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais da OE (2011, p.5-6), está descrito que:

*a tomada de decisão do enfermeiro, que orienta o exercício profissional, implica uma abordagem sistémica e sistemática – na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade); após efetuada a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. No processo da tomada de decisões em Enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática.*

Ao enfermeiro, exige-se a capacidade de reflexão, o pensamento crítico sobre a pertinência das suas intervenções, sobre as lacunas relativas à sua prática, bem como sobre a implementação dos cuidados de enfermagem centrados na pessoa e nas suas reais necessidades.

Neste sentido, considerando a dimensão autónoma da prática profissional dos enfermeiros, o processo de tomada de decisão tem vindo a ser progressivamente aprofundado. Sendo a tomada de decisão o culminar da etapa conduzida pelo raciocínio, os enfermeiros tomam decisões, pois fazem juízos sobre as reais necessidades das pessoas, e delineiam as intervenções que vão implementar (Silva, 2011).

Relativamente aos cuidados de enfermagem, Donabedian (2005) refere que estes concebem resultados que contribuem eficaz e efetivamente para uma melhoria da qualidade de vida do cliente, contribuindo através da eficiência e equidade dos sistemas de saúde para uma melhoria dos cuidados prestados.

Na prática clínica de enfermagem, tem-se tornado cada vez mais frequente, a necessidade de resolução de problemas complexos e dilemas clínicos complicados, sendo fundamental a capacidade de o enfermeiro combinar o conhecimento e a experiência com a capacidade de pensar (Silva, 2006).

De acordo com Benner (2001, p.33),

*a perícia em matéria de tomadas de decisões humanas complexas, como é o caso nos cuidados de Enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas. Além disso, os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem.*

Assim, cada tomada de decisão que o enfermeiro vai produzindo no decorrer do processo de cuidados, assume uma estrutura consistente baseada na sua capacidade para interpretar, analisar e inferir em função dos dados disponíveis.

Contudo, Marin (2010), Jesus e Sousa (2011) e Ribeiro da Silva *et al.* (2016), referem que a utilização de um sistema de informação em enfermagem poderá reforçar e melhorar o processo de tomada de decisão, permitindo minimizar o erro pela disponibilização de dados que informem o enfermeiro da resposta adequada a um determinado propósito, orientando, instruindo e proporcionando conhecimento, ficando este mais habilitado a desenvolver determinada atividade ou decidir face a um determinado contexto. Para além disso, servem de suporte teórico para a prática baseada na evidência (Ribeiro da Silva *et al.*, 2016).

Jesus e Sousa (2011, p.227), referem igualmente que os sistemas de informação e documentação são “determinantes para a qualidade, segurança, eficácia, eficiência, efetividade e humanização dos cuidados prestados pelos diferentes profissionais de saúde, independentemente do contexto, natureza jurídica da organização ou local onde a prestação de cuidados tem lugar”.

### **1.1.1. Modelos de tomada de decisão**

A tomada de decisão em enfermagem enquanto objeto de estudo de trabalhos de investigação assenta, na maioria deles, em duas teorias: a teoria da tomada de decisão analítico-racional e a teoria do processamento de informação (Sirkka *et al.*, 1997 citado por Silva, 2011).

O modelo de tomada de decisão analítico-racional é um modelo sistematizado, aplicável em diferentes situações e suportado por pressupostos de que o pensamento precede a atividade, a decisão/conclusão pode ser obtida por meio da análise da situação e que toda a informação relevante para a decisão pode ser expressa, uma vez que o decisor torna explícitos os argumentos que sustentaram a conclusão do raciocínio. O processo de tomada de decisão, segundo este modelo, é um processo sequencial de etapas que tem início no reconhecer e definir o problema, reunir a informação relevante, criar possíveis conclusões, testar possíveis hipóteses e avaliar conclusões (Silva, 2011).

Existem autores que defendem que tomar uma decisão é o culminar do uso do raciocínio na resolução de problemas e que a utilização de um formato de etapas progressivas é útil e não implica uma sequência inalterável de etapas até atingir o objetivo (Bandman & Bandman, 1995 citados por Silva, 2011).

Silva (2011), refere ainda que em situações reais em contexto clínico, nas quais a incerteza na interpretação e análise das evidências concorria com a modificação rápida desses mesmos dados, sugere que o transitar de cada uma das etapas definidas neste modelo, constitui um processo de tomada de decisão de extrema complexidade. Contudo, conhecem-se também outras realidades clínicas, nas quais se constata a aplicabilidade deste modelo, pois, perante um problema identificado, é possível planejar uma solução, avaliar as implicações e selecionar a alternativa com maior probabilidade de ser bem-sucedida. Neste seguimento, e dada a variedade e disparidade entre os contextos profissionais dos enfermeiros, existem situações nas quais faz sentido a aplicação mental deste modelo de decisão, mas existem outras em que o mesmo não parece adequado, sobretudo nas situações em que existem mudanças rápidas e simultâneas dos dados que implicam que o enfermeiro seja célere a rever os seus julgamentos, à medida que os diferentes dados ou evidências emergem (Silva, 2011).

A teoria do processamento de informação, apresentada por Carnevali e Thomas (1993), é outra perspetiva para explicar o raciocínio diagnóstico e a tomada de decisão em enfermagem, baseada em estudos de resolução de problemas humanos. O pensamento e atividade humana é eficiente, dependendo não só, da capacidade do indivíduo em identificar os componentes de informação pertinente para a situação, como também da sua capacidade para produzir novas soluções que podem descerrar novas perspetivas de resolução ou de abordagem das situações. Segundo esta perspetiva, o conhecimento anterior que o indivíduo adquiriu acerca de problemas e áreas relevantes, é aplicado na resolução de problemas.

De forma a compreender melhor o processo de tomada de decisão dos enfermeiros, há autores que referem que é determinante no modo de tomar decisões o tipo de tarefa/meta a que a tomada de decisão se dirige, o contexto relacionado, bem como o conhecimento anterior do decisor (Sirkka & Sanna, 1998 citados por Silva, 2011). Deste modo, o conhecimento anterior é um aspeto essencial deste modelo pois tem relacionados diretamente os conceitos de memória ou espaços de armazenamento de informação e de recuperação dessa mesma informação armazenada.

Carnevali e Thomas (1993) referem que à luz deste modelo, a primeira fase do processo, realiza-se através dos órgãos dos sentidos, ou seja, a memória sensorial que processa os estímulos sensoriais.

Efetivamente, o enfermeiro, no contato inicial com o cliente depara-se com uma variedade de estímulos sensoriais/evidências que podem ir desde o fâcias da pessoa, a cor

da pele, a postura no leito, as características e quantidade das drenagens, o traçado do eletrocardiograma, as características da respiração, os valores da pressão intracraniana, entre outros. Perante isto, o enfermeiro tem uma atenção seletiva das evidências, que resulta da interpretação destas, e que só acontece se o enfermeiro tiver no seu repositório o conhecimento que lhe permita descodificá-las e atribuir-lhes algum significado (Silva, 2011).

Assim, à luz desta teoria, e comparando com a anterior, consideramos que o repositório individual do decisor (enfermeiro), relacionado com o conhecimento anterior e as experiências vivenciadas, serão determinantes no seu processo de tomada de decisão.

Ainda relativamente aos processos cognitivos inerentes ao processo de tomada de decisão, a teoria do *continuum* cognitivo de Hammond (1996), descreve a análise e a intuição como aspetos distintos do pensamento e que a generalidade dos processos cognitivos não é unicamente analítica, nem unicamente intuitiva, situando-se num *continuum* entre dois polos, cuja localização depende do contexto da decisão bem como do nível de proficiência profissional.

Nesta perspetiva, o *continuum* referido por Hammond (1996) terá início num polo em que o processo mental se traduziria no modelo analítico-racional, de etapas sequenciais e que no polo oposto situar-se-ia o modelo intuitivo, como que traduzindo o maior desenvolvimento possível de processamento de informação. A teoria de processamento de informação constituiria nesta análise, os pontos médios deste *continuum* (Silva, 2011).

Benner (1984) foi a primeira autora em enfermagem a enfatizar a relevância da intuição na prática clínica dos enfermeiros, referindo nos seus estudos que a memória de longo prazo e a forma como a informação nela se encontra representada, é determinante na aquisição de perícia, que é um atributo do enfermeiro considerado *expert*.

Foi precisamente com enfermeiros de cuidados intensivos que Benner desenvolveu os seus estudos sobre o processo de tomada de decisão dos enfermeiros, apresentando uma nova abordagem para caracterizar a tomada de decisão em enfermagem. Neste contexto, Benner identificou nos enfermeiros considerados peritos, um processo de tomada de decisão clínica que não corrobora com o modelo analítico-racional e refere que estes profissionais eram capazes de fazer julgamentos clínicos de forma intuitiva. Nesta abordagem, a tomada de decisão intuitiva caracteriza-se pelo conhecimento imediato, que surge como um todo, pela atividade que precede o

pensamento, e assim, o uso de estratégias formais de tomada de decisão têm utilidade limitada (Silva, 2011).

Os conceitos de Benner sobre a visão holística de situações baseia-se no padrão experimental do saber, que descreve a passagem dos enfermeiros de uma fase de iniciante/principiante, em que dependem da teoria para a tomada de decisão, para uma fase de perícia na tomada de decisão (Jenks, 1993). O trabalho seminal de Patricia Benner (1982, 1984) estabeleceu a relação entre intuição e perícia na prática clínica de enfermagem. O modelo de Benner (1984), de iniciante a perito, é bem conhecido, tanto no ensino da enfermagem como na comunidade da prática clínica. Esta autora propôs que o pensamento crítico intuitivo é um componente essencial do enfermeiro perito, enquanto o enfermeiro iniciante/principiante é principalmente orientado a tarefas e baseia-se no pensamento crítico analítico quando utiliza o processo de enfermagem para fazer julgamentos clínicos.

### **1.1.2. Fatores que influenciam a tomada de decisão**

Independentemente do contexto da prática profissional dos enfermeiros, seja na prestação de cuidados em geral ou especificamente nos cuidados especializados em ER à pessoa em situação crítica, a tomada de decisão é influenciada por vários fatores. Tal com refere Neves (2002), estes profissionais tomam decisões pelos contornos do saber ser e estar na vida pessoal e profissional, pelas competências adquiridas, bem como pela natureza dinâmica e incerta do ambiente onde decorre a prestação de cuidados de enfermagem.

O processo de enfermagem é contínuo e dá lugar a um ciclo composto por avaliação inicial, focos e diagnósticos de enfermagem, planeamento de intervenções e resultados a obter, implementação das intervenções e avaliação final. Contudo, as intervenções de enfermagem garantem um agir ético, ancoradas em valores e princípios que assumem uma dimensão fundamental no processo de tomada de decisão e, portanto, a decisão ética interrompe este processo ao interrogar a intervenção (Deodato, 2010).

Deodato (2010) refere ainda que a decisão ética de enfermagem é construída pelo enfermeiro através de uma atividade mental desencadeada pelo confronto com um problema ético de enfermagem, e que esta construção se desenrola em diversas fases, podendo verificar-se alguma sobreposição no tempo e até um retomar de uma fase anterior.

Em consonância com o descrito, pode afirmar-se que no processo de tomada de decisão intervêm fatores internos, de caráter individual, e externos, de caráter contextual/ambiental (Benner & Tanner, 1987; Jesus, 1999, 2004; Neves, 2002, 2005; Fonseca, 2006; Nunes, 2007; Deodato, 2010).

Considerando os fatores contextuais/ambientais, externos ao enfermeiro, podemos reportar os inerentes à natureza e ao contexto da atividade, à complexidade do problema ou da situação a resolver, o risco envolvido, as características dos clientes, os recursos disponíveis, a intensidade de trabalho, as fontes de informação, o tempo disponível, bem como os fatores de stress que podem estar relacionados com a existência de uma equipa desajustada e de conflitos interpessoais (nomeadamente a relação médico-enfermeiro e colaboração da equipa) (Benner & Tanner, 1987; Jesus, 1999, 2004; Neves, 2005; Fonseca, 2006).

Por seu turno, os fatores individuais estão relacionados com o conhecimento e experiência do enfermeiro, paralelamente com o tipo de locus de controlo, os valores, a ideologia, a flexibilidade, o género, a idade, a capacidade de pensamento crítico, a educação, o nível de compromisso... (Benner & Tanner, 1987; Jesus, 1999, 2004; Neves, 2005; Nunes, 2007; Fonseca, 2006).

Adicionalmente, fatores resultantes das atitudes da equipa multidisciplinar, nomeadamente médicos e pares, bem como dos constrangimentos organizacionais e limites impostos pela autonomia dos clientes, também influenciam o processo de tomada de decisão (Lipp, 1998, citado em Deodato, 2010).

De igual modo, a comunicação é outro fator que pode influenciar a tomada de decisão, pelo que o enfermeiro deve ter a capacidade para contextualizar a informação, de forma a que a possa analisar e processar, colhendo os dados realmente relevantes e reduzindo as interferências individuais. Uma vez que a informação se encontra muitas vezes dispersa, fragmentada e, portanto, sujeita a diversas interferências, quando ocorre o trabalho em equipa, o processo de tomada de decisão torna-se mais efetivo, pois assim, todas as opiniões são atendidas e analisadas em conjunto, promovendo o consenso. Deste modo, fruto dos recursos materiais e humanos, do tipo de pessoa, do prognóstico, das diversas intervenções e situações experienciadas, é possível tomar-se a melhor decisão (Nunes, 2007).

Outro fator importante abordado por vários autores reporta-se à competência do enfermeiro, isto é, o facto de ser principiante ou perito influencia a tomada de decisão. O incremento do conhecimento e experiência está diretamente relacionado com a forma

como os enfermeiros tomam decisões (Benner & Tanner, 1987; Jesus, 1999, 2004; Neves, 2005; Fonseca, 2006).

## 1.2. O INTERNAMENTO EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Em 1952, associado ao aparecimento da epidemia de poliomielite em Copenhaga, foram iniciadas novas práticas de suporte de vida, nomeadamente o aparecimento de ventilação com pressão positiva. Assim, começou a crescer na Europa o conceito de que os doentes graves deveriam estar agrupados e sujeitos a uma vigilância e a um tratamento mais “intensivo”.

As primeiras UCI surgiram em Portugal, no final da década de 50 do século passado, permitindo a formação da primeira geração de intensivistas portugueses (Ministério da Saúde, 2017). Estas são locais qualificados que assumem a responsabilidade integral pelos clientes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais (Ministério da Saúde, 2003).

Atualmente, nos países mais desenvolvidos, as UCI são responsáveis por cerca de 13.4% do total de custos hospitalares, cerca de 4.1% dos gastos nacionais em saúde e cerca de 0.56% do produto nacional bruto. Na Europa, devido à doença crítica, são ventilados mecanicamente, cerca de 990.000 a 1.500.000 de clientes por ano. Decorrente do envelhecimento populacional e da expansão das chamadas doenças da civilização, têm aumentado as necessidades de cuidados intensivos que, nos próximos 10 anos, algumas estimativas colocam nos 160% (Ministério da Saúde, 2017).

Por conseguinte, a atual pandemia por COVID-19 impôs uma reorganização dos serviços de medicina intensiva de modo a dar resposta à doença, proporcionando os melhores cuidados aos clientes e concomitantemente, garantido a segurança dos profissionais de saúde (Mendes, Mergulhão, Froes, Paiva & Gouveia, 2020). Ainda que a maioria dos clientes infetados com SARS-CoV-2 (cerca de 80%) apresentem doença ligeira e sem necessidade de hospitalização, estima-se que entre 6% a 10% dos clientes internados necessitam de cuidados intensivos (Wang *et al.*, 2020; World Health Organization, 2020). Tais aspetos deram enfoque à capacidade dos diferentes países para admitirem estes clientes em UCI, surgindo preocupações acrescidas quanto ao número de camas de cuidados intensivos e ventiladores disponíveis.

Exercer funções em UCI, requer um empenho coletivo, pois a gravidade e complexidade dos clientes exige a utilização de tecnologia sofisticada, constantes reavaliações clínicas e procedimentos complexos, com tomadas de decisões imediatas.

Neste sentido, e de acordo com o manual de 2003 – Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento, as UCI têm de ser dotadas de recursos humanos, nomeadamente enfermeiros, qualificados e treinados para dominar as situações que lhes são confiadas, com a tecnologia de que dispõem, 24 horas por dia. Estas unidades não devem ser criadas em instituições sem profissionais qualificados, profetizando a importância da formação complementar, bem como a necessidade destes profissionais serem dotados de uma experiência singular no domínio de atuação desta área científica (Ministério da Saúde, 2003).

Os avanços nos cuidados intensivos resultaram num aumento da sobrevivência, mas também no reconhecimento da morbilidade física e psicológica prolongada que ocorre após a doença crítica. Numerosos estudos de *follow-up* em sobreviventes de doença crítica, demonstraram disfunção física e psicológica significativa e duradoura (Cheung *et al.*, 2006; Sukantarat, Greer, Brett & Williamson, 2007; Fletcher *et al.*, 2003 citados em McWilliams *et al.*, 2015), que contribuem para uma redução da qualidade de vida relacionada com a saúde (Hopkins, 2005 citado por McWilliams *et al.* 2015). Estas disfunções podem persistir em clientes e cuidadores até cinco anos após a alta (Herridge *et al.*, 2011).

Tradicionalmente, a doença crítica envolvia um período de sedação profunda e imobilidade (Goddard *et al.*, 2018). Todavia, a sedação profunda pode ser prejudicial (Pisani *et al.*, 2009; Shehabi *et al.*, 2013 citados por Goddard *et al.*, 2018), bem como a imobilidade está associada a significativa atrofia e fraqueza muscular (De Jonghe *et al.*, 2002; Puthuchery *et al.*, 2013). Adicionalmente, períodos prolongados de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) estão associados a efeitos adversos significativos, tanto físicos como psicossociais (McWilliams *et al.*, 2015).

Ao conjunto das complicações decorrentes do internamento em UCI, nomeadamente as sequelas físicas, funcionais, cognitivas e mentais, em 2010, a *Society of Critical Care Medicine* denominou de *post-intensive care syndrome* (PICS) (Hermans & Berghe, 2015). Os efeitos do PICS podem durar meses ou anos após a alta hospitalar (Herridge *et al.*, 2011) com impacto negativo na saúde e produtividade tanto dos sobreviventes como dos cuidadores (Griffiths *et al.*, 2013). Para além disso, também tem impacto na disponibilidade de camas hospitalares, listas de espera para cirurgia e custos em saúde (Needham *et al.*, 2011 citados em Kayambu *et al.*, 2013). Adicionalmente, a mortalidade e a utilização dos serviços de saúde primários são elevados e permanecem altos no período imediatamente após a alta hospitalar (Griffiths *et al.*, 2013).

De acordo com Mehlhorn *et al.*, (2014), a pessoa com PICS pode apresentar problemas físicos, nomeadamente, alteração da força muscular, disfagia, caquexia ou emagrecimento, disfunção orgânica, dor crónica e disfunção sexual. Os mesmo autores também mencionam que problemas de saúde mental podem surgir, como a depressão, a ansiedade ou stresse pós-traumático, e ainda deficiências cognitivas ou *delirium*, com impacto na funcionalidade, na qualidade de vida e no desempenho nas AVD's (Mehlhorn *et al.*, 2014).

A fraqueza muscular adquirida em cuidados intensivos, definida internacionalmente como *intensive care unit-acquired weakness* (ICUAW), é um fator contribuinte para a PICS. A ICUAW define-se como a fraqueza muscular generalizada desenvolvida durante o internamento na UCI, cuja causa está apenas relacionada com a doença aguda ou com o seu tratamento (Hermans & Berghe, 2015). É através do recurso à escala *Medical Research Council* que se efetua o diagnóstico de ICUAW, classificando a força dos vários grupos musculares dos membros superiores e inferiores. O score desta escala varia entre zero e cinco, sendo que, um score mais elevado corresponde a maior força muscular. É diagnosticada ICUAW quando a pontuação combinada dos vários grupos musculares é inferior a 48 (De Jonghe *et al.*, 2002; Hermans & Berghe, 2015).

Existe assim um leque de evidências de que a falta de atividade física e o repouso prolongado no leito têm efeitos significativos nos sistemas músculo-esquelético, cardiovascular, respiratório, tegumentar e cognitivo (Garzon-Serrano *et al.*, 2011; Chambers, Moylan & Reid, 2009; Puthuchearry *et al.*, 2013; Siebens, Aronow, Edwards & Ghasemi, 2000).

De acordo com Parry e Puthuchearry (2015), 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. Com o passar do tempo, a perda de tecido magro resulta numa diminuição da força e da potência muscular, o que pode afetar o equilíbrio e aumentar a ocorrência de quedas, para além de reduzir a capacidade aeróbica (Mendez-Tellez & Needham, 2012; Siebens *et al.*, 2000; Herridge, Batt & Santos, 2014).

A imobilidade pode igualmente resultar em maior reabsorção óssea do que formação, reduzindo a integridade óssea, ocorrendo desmineralização, aumentando o risco de ocorrência de fraturas, podendo até serem encontradas anormalidades neuromusculares nos clientes, ao fim de apenas 10 dias de permanência na UCI (National Institutes of Health Osteoporosis and Related Bone Diseases, 2018).

Dirkes e Kozlowski (2019) mencionam que nas últimas duas décadas, o aumento da sobrevivência após a alta da UCI levou a uma maior consciencialização acerca da ICUAW, uma vez que, os sobreviventes da doença crítica poderiam sair dos cuidados intensivos com elevado descondicionamento. Neste sentido, vários estudos indicam que é essencial a implementação de medidas que visem aumentar a mobilidade da pessoa em situação crítica (Schweickert *et al.*, 2009; Morris *et al.*, 2008; Engel *et al.*, 2013; Barnes-Daly, Phillips & Ely, 2017; Needham *et al.*, 2010).

Alterações significativas no sistema cardiovascular também podem resultar da imobilidade. Estas, incluem o aumento da carga cardíaca, elevação da frequência cardíaca em repouso e diminuição da capacidade de bombeamento do coração, resultando numa diminuição do débito cardíaco (Convertino, 1997; Convertino, Bloomfield & Greenleaf, 1997). O aumento da frequência cardíaca leva à diminuição do tempo de enchimento diastólico, bem como a um reduzido tempo de ejeção sistólico, tornando o coração menos capaz de responder às demandas metabólicas (Saltin *et al.*, 1968 citados por Dirkes & Kozlowski, 2019).

A VMI é uma técnica terapêutica, invasiva, que visa a estabilização da pessoa em situação crítica, sendo aplicada frequentemente nas UCI (Gosselink *et al.*, 2011; Mendez-Tellez & Needham, 2012; Ntoumenopoulos, 2015). Porém, esta técnica acarreta um conjunto de complicações: a disfunção dos mecanismos de limpeza da via aérea, com aumento e alteração das características das secreções traqueobrônquicas, disfunção mucociliar e tosse ineficaz; diminuição da expansibilidade torácica com alteração da relação ventilação/perfusão, com aumento da desproporção ventilação/perfusão e do espaço morto; possível lesão mecânica da via aérea, de contacto pelo tubo endotraqueal, e barométricas pela pressão positiva; aumento do risco de infeção respiratória; e descondicionamento dos músculos respiratórios, nomeadamente a atrofia diafragmática (Gosselink *et al.*, 2011; Mendez-Tellez & Needham, 2012; Ntoumenopoulos, 2015).

Estas complicações, associadas ao processo de sedação e imobilização prolongada, fazem com que haja uma diminuição da eficácia da tosse, um comprometimento dos volumes pulmonares, o que promove a retenção de secreções, bem como a presença de atelectasias (Zomorodi, Topley & McAnaw, 2012), o que é motivo de preocupação quando se avaliam os resultados em saúde.

A imobilidade, juntamente com a VMI, condicionam um padrão ventilatório predominantemente restritivo, com uma diminuição da expansão da caixa torácica, ocorrendo uma rigidez progressiva das estruturas pleurocostais, bem como uma

diminuição da excursão diafragmática (Vaz, Maia, Melo & Rocha, 2011). Consequentemente, ocorre uma diminuição global dos volumes pulmonares, da capacidade residual funcional e hipoventilação alveolar com alterações da relação ventilação/perfusão, podendo resultar em hipoxemia (Vaz *et al.*, 2011).

Deste modo, as complicações decorrentes da imobilidade e da VMI podem comprometer o sucesso do desmame ventilatório, podendo traduzir-se em necessidade de reintubação, maior mortalidade e morbidade hospitalar, bem como em maior número de dias de internamento (Ambrosino, Janah & Vaghegini, 2011).

### 1.3. ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

De acordo com Santos (2017, p.13), quando em 1964 se deu início à formação de enfermeiros de reabilitação em Portugal, a Sr.<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Lurdes Sales Luís afirmou que:

*Este curso foi inovador no conceito de cuidar, determinante na valorização da atividade e levante precoce do doente. Cobria todos os grupos etários com deficiência e impunha uma ação iniciada na fase aguda e continuada em tratamento ambulatorio, na comunidade. Os conteúdos programáticos centravam-se na aquisição de conhecimentos dirigidos ao todo do utente, na perspectiva de reduzir os riscos de complicações inerentes à situação clínica, desenvolvendo ao mesmo tempo potenciais remanescentes.*

A ER é uma especialidade recente e dirigida às pessoas com sequelas de ferimentos ou lesões, bem como doenças crónico-degenerativas que lhes dificultam a realização das mais comuns tarefas da vida quotidiana e que, desse modo, necessitam de reaprender a realizá-las. Esta área especializada da enfermagem tem a sua origem histórica nas duas grandes guerras mundiais, em que houve necessidade de se colocar os soldados feridos e deficientes aptos para regressarem às batalhas ou às suas casas, tendo como foco central a deficiência física e as perdas funcionais (St-Germain, 2014).

Num estudo de Schoeller *et al.* (2018), cujo objetivo foi descrever e analisar o panorama mundial da ER na atualidade, identificaram 13 países (entre 134 pesquisados) que apresentavam esta especialidade, com eixos comuns entre eles, mas também algumas diferenças que conferem especificidades em cada país. Estes foram: Austrália, Canadá, Estados Unidos da América (EUA), França, Guatemala, Inglaterra, México, Holanda, Nova Zelândia, Portugal, Rússia, Seychelles e Suíça. Sendo a ER uma especialidade existente em poucos países no mundo, mas com cuidados específicos e uma

intencionalidade determinada, os mesmos autores sugerem que se deva avançar na construção e consolidação mundial desta (Schoeller *et al.*, 2018).

Com efeito, a reabilitação é uma especialidade multidisciplinar que compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos próprios, permitindo ajudar as pessoas acometidas por doenças agudas, crônicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Assim, melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa, preservando a autoestima, são objetivos gerais desta especialidade (Regulamento n.º 392/2019).

Ainda de acordo com o Regulamento n.º 329/2019, artigo 4º, são competências específicas do EEER:

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

Considerando os dois últimos tópicos, importa referir que segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação. As funções do corpo são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, incluindo as funções psicológicas; a atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo; e a participação é o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real (Direção-Geral da Saúde, 2004). Ainda de acordo como a CIF, incapacidade é um termo que envolve deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação. A CIF também relaciona os fatores ambientais que interagem com todos estes construtos (Direção-Geral da Saúde, 2004).

A reabilitação física iniciada precocemente na população de cuidados intensivos, tem sido uma área ativa de pesquisa. Contudo, apesar de haver uma base de evidências e um impulso para a sua implementação, a aceitação da reabilitação precoce em cuidados intensivos tem sido inconsistente (Goddard *et al.*, 2018).

Acerca da reabilitação em UCI, Lewis (2003, citado por Sequeira, 2009), refere que os cuidados prestados à pessoa em situação crítica têm evoluído no sentido de uma abordagem mais holística, juntamente com o desenvolvimento de programas de reabilitação. Estes, permitem manter a reabilitação desde o internamento em UCI até à alta hospitalar, ou até à fase de ambulatório, salientando a importância do papel da

reabilitação em cuidados intensivos. Desta forma, torna-se importante o contínuo envolvimento dos EEER nestas unidades.

Num estudo realizado por Mendes, Nunes, Pinho e Gonçalves (2018) sobre a organização dos cuidados de reabilitação nas UCI portuguesas, verificou-se que 92% destas, eram dotadas de EEER, mas que em apenas 75% os enfermeiros exerciam funções especializadas. Somente 46% das UCI tinham EEER a exercer funções em tempo integral, 29% em tempo parcial e 25% não contavam com EEER em exercício de funções especializadas. Foram identificados três modelos de organização dos cuidados de reabilitação: um modelo interno em que a prestação de cuidados era feita essencialmente por EEER integrados na equipa da UCI; um modelo externo em que os cuidados especializados eram assegurados por uma equipa externa e maioritariamente por fisioterapeutas; e um modelo misto no qual os cuidados eram assegurados pela equipa da UCI em articulação com uma equipa externa especializada (EEER e fisioterapeutas), sendo este último o predominante (52%). Assim, o EEER e os fisioterapeutas são os profissionais que têm uma participação mais frequente nos cuidados de reabilitação nas UCI portuguesas.

Da revisão da literatura efetuada, constatou-se que os estudos desenvolvidos por enfermeiros na área da reabilitação em UCI são escassos, quando comparado com estudos desenvolvidos por outros profissionais da área da reabilitação. Para além disso, na pesquisa por nós efetuada, a nível nacional, os projetos de investigação desenvolvidos no contexto da reabilitação da pessoa em situação crítica, concretamente a nível respiratório (Marreiros, 2015; Simões, 2016; Outeiro, 2019; Morais, 2015; Costa, 2019; Gonçalves, 2016), motor (Cerqueira, 2019; Matias, 2016; Gonçalves 2017; Varela, 2019) e promoção da autonomia (Romão, 2015), bem como nas competências para o atendimento à pessoa com dependência no autocuidado (Pereira, 2012), parecem estar relacionados com a criação dos cursos de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, pois a maioria das investigações foram desenvolvidas nesse âmbito. Apesar de ser considerada bibliografia cinzenta, acreditamos que estes projetos de investigação possam contribuir para a tomada de decisão do EEER neste contexto tão específico.

No projeto de investigação de Cerqueira e Grilo (2019), cujo objetivo foi a prevenção das consequências da imobilidade na pessoa em situação crítica, no qual foi utilizada metodologia de estudos de caso, os focos de atenção identificados como relevantes no contexto foram: Limpeza das vias aéreas; Ventilação; Rigidez articular; Úlcera por pressão. Neste estudo, foram estratificadas intervenções baseadas na evidência

científica e explanadas no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação no âmbito da: Reeducação Funcional Respiratória; Prevenção de úlceras por pressão; Reeducação Funcional Motora, recorrendo à linguagem CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). Este, foi igualmente um projeto desenvolvido a nível nacional que demonstra a importância da intervenção do EEER na população de cuidados intensivos.

Recentemente, a *Society of Critical Care Medicine's* lançou *guidelines* que reúnem evidências atuais sobre a gestão ideal da dor, agitação, sedação e *delirium* na pessoa adulta internada em UCI (Barr *et al.*, 2013 citado por Dirkes & Kozlowski, 2019). A estrutura para facilitar a implementação dessas *guidelines* é um extenso conjunto de recomendações baseadas na evidência que abordam os principais elementos de qualidade e segurança dos cuidados de saúde, bem como o sofrimento da pessoa em situação crítica (Marra, Ely, Pandharipande & Patel, 2017).

O feixe de intervenções ABCDEF representa: *Assess, prevent and manage pain; Both spontaneous awakening trials and spontaneous breathing trials; Choice of sedation and analgesia; Delirium: assess, prevent and manage; Early mobility and exercise; and Family engagement and empowerment* (Barnes-Daly, Philips, Elly, 2017).

Um feixe de intervenções é uma forma estruturada de melhorar os processos de cuidados e resultados do cliente: um conjunto pequeno e direto de práticas baseadas na evidência – geralmente de três a cinco – que, quando realizadas de forma coletiva e confiável, demonstram melhorar os resultados do cliente (Institute for Healthcare Improvement, n.d.).

As organizações de cuidados de saúde que implementaram o feixe ABCDEF obtiveram melhores resultados como a redução do tempo de internamento na UCI e no hospital, redução da duração da VMI, redução da prevalência e duração do *delirium*, bem como menores custos em assistência médica (Kram, DiBartolo, Hinderer & Jones, 2015; Kress & Hall, 2014 citados por Dirkes & Kozlowski, 2019). Este feixe de intervenções pode ser implementado nas UCI atuais, acordando os clientes todos os dias (suspensão da sedação), monitorizando a sua respiração e avaliando a possibilidade de iniciar o desmame ventilatório, avaliando diariamente o *delirium* e coordenando os cuidados entre as disciplinas (Dirkes & Kozlowski, 2019). Reduzir ou suspender a sedação é fundamental para melhorar a mobilidade, pois aumentar a atividade do cliente exige que ele esteja alerta e interativo em vez de sedado. Assim, a adesão ao feixe ABCDEF pode ser útil para facilitar essa transição (Dirkes & Kozlowski, 2019).

A mobilização precoce é um elemento do feixe de intervenções ABCDEF, projetado para melhorar os *outcomes* dos clientes em cuidados intensivos. Porém, esta pode não ser tão facilmente alcançada, por vários motivos. De acordo com Balas *et al.* (2013, citados por Dirkes & Kozlowski, 2019) existe pouca evidência de que as intervenções de mobilização precoce sejam rotineiramente implementadas em cuidados intensivos, o que sugere que a discrepância entre o que é conhecido e o que é realmente realizado se deve a uma lacuna na tradução do conhecimento.

Apesar da evidência de longa data de que o repouso no leito prolongado resulta em descondicionalidade, estudos que investigam a eficácia da mobilização precoce e progressiva nos clientes internados em UCI, só começam a surgir na literatura nos últimos 15 a 20 anos (Stiller, 2000, 2013 citado por Hodgson *et al.*, 2014).

Azevedo e Gomes (2015), salientam que quando se avaliam os resultados em saúde, as sequelas resultantes do internamento em UCI são motivo de preocupação, tendo vindo a ser investigada a morbidade física e seu impacto na diminuição das capacidades funcionais, no sentido de se encontrarem intervenções eficazes na prevenção e redução deste problema. Assim, a mobilização precoce da pessoa em situação crítica, surge como forma de minimizar os efeitos deletérios a nível funcional.

Os mesmos autores, na sua revisão sistemática acerca dos efeitos da mobilização precoce na reabilitação funcional da pessoa em situação crítica, também salientam a escassez de estudos realizados sobre esta temática. Contudo, os existentes sugerem que a mobilização precoce é possível, segura e facilitadora da recuperação funcional, existindo ganhos na força muscular e no desempenho de algumas AVD's e inerentes ao autocuidado. Estes referem igualmente que “não existe consenso quanto à intensidade, frequência e duração das intervenções, mas há evidência que sugere que programas estruturados e individualizados podem facilitar a recuperação do doente crítico”, e que o seu trabalho “pretende fornecer indicações úteis para a tomada de decisões e fundamentação das intervenções no âmbito da reabilitação do doente crítico...” (Azevedo & Gomes, 2015, p.137).

Paralelamente, uma revisão sistemática realizada na Austrália, relativa aos efeitos da mobilização e reabilitação ativas nas UCI na mortalidade e funcionalidade, relata que, embora esta não tenha impacto na mortalidade a curto e longo prazo, pode melhorar o status da mobilidade, da força muscular, bem como aumenta os dias de vida fora do hospital (Tipping *et al.*, 2017).

Neste sentido, a mobilização precoce é especialmente importante para a transição bem-sucedida do hospital para o domicílio. Vários estudos estabeleceram os seus efeitos positivos na população de cuidados intensivos, incluindo uma redução significativa na incidência de *delirium* e um aumento nos dias sem ventilação (Jolley *et al.*, 2017; Garzon-Serrano *et al.*, 2011; Mendez-Tellez & Needham, 2012; Schaler *et al.*, 2016; Morris *et al.*, 2011; Hodgson *et al.*, 2015 citados por Dirkes & Kozlowski, 2019).

No sentido de dar resposta às necessidades de cuidados da pessoa em situação crítica, decorrentes da imobilidade prolongada e da VMI, Gosselink *et al.* (2011), mencionam que o planeamento e a execução de um programa de Reabilitação Respiratória na fase aguda da doença, conserva e potencia as capacidades existentes para a independência funcional e a promoção da autonomia. Para além disso, favorece um desmame ventilatório mais precoce, contribuindo para uma rápida reintegração do cliente na família e conseqüentemente uma diminuição dos dias de internamento em UCI (Gosselink *et al.*, 2011).

Por outro lado, há evidência que sugere que um programa de Reabilitação Respiratória, que incorpore exercícios respiratórios e mobilização precoce e progressiva, é benéfica para os clientes internados em UCI, com inúmeros benefícios em termos funcionais, psicológicos e ventilatórios, favorecendo o desmame ventilatório (Stiller, 2013). Para além disso, traduz-se numa diminuição do tempo de VMI, bem como da incidência do *delirium* (Mendez-Tellez & Needham, 2012; Berney *et al.*, 2012 e Stiller, 2013). Estes programas podem ajudar a prevenir alterações respiratórias associadas à imobilidade, bem como a promover a força muscular (Berney *et al.*, 2012; Mendez-Tellez & Needham, 2012). Todavia, à semelhança da mobilização precoce, não existe consenso quanto à intensidade, frequência e duração das intervenções (Ntoumenopoulos, 2015).

A pessoa em situação crítica atravessa diversas fases durante o internamento em UCI. Neste sentido, alguns autores defendem que um programa de Reabilitação Respiratória pode ser organizado em quatro fases: preparação para a VMI; durante a VMI; desmame ventilatório/ extubação; e após a VMI (Jerre *et al.*, 2007; Sousa, Duque & Ferreira, 2012).

Na fase de preparação para a VMI, a intervenção do EEER visa: reduzir a ansiedade e o medo, reduzir o trabalho respiratório, melhorar as trocas gasosas e mobilizar e eliminar as secreções (Gosselink, 2006; Branco *et al.*, 2012; França *et al.*, 2012; Sousa, Duque & Ferreira, 2012). Assim, no sentido de diminuir a ansiedade e o trabalho respiratório, as posições de descanso e relaxamento podem ser úteis (Gosselink, 2006;

França *et al.*, 2012). Por sua vez, os exercícios de controlo da respiração melhoram as trocas gasosas, bem como as técnicas de limpeza da via aérea ajudam na mobilização e eliminação das secreções. Para além disso, técnicas como o ciclo ativo da respiração, a expiração forçada com ou sem glote aberta e a tosse dirigida e assistida, podem ser implementadas no sentido de promover a limpeza da via aérea eficaz (Branco *et al.*, 2012; França *et al.*, 2012; Sousa, Duque & Ferreira, 2012).

Durante a VMI, as intervenções do EEER visam promover a sincronia e adaptação ventilatória, melhorar a relação ventilação/perfusão, manter a permeabilidade da via aérea, mobilizar e eliminar secreções, bem como impedir e corrigir posições viciosas e antiálgicas defeituosas (Gosselink, 2006; Branco *et al.*, 2012; França *et al.*, 2012; Sousa, Duque & Ferreira, 2012). Nesta fase, é crucial a implementação de técnicas de relaxamento, posicionamento corporal e exercícios respiratórios (Gosselink *et al.*, 2011), uma vez que o assincronismo ventilatório pode estar relacionado com estados de ansiedade e stresse (Gosselink *et al.*, 2008). Por outro lado, exercícios respiratórios incluindo a reeducação abdomino-diafragmática e a reeducação costal, ajudam a reduzir a ansiedade, a melhorar o padrão respiratório, favorecendo a adaptação da pessoa ao ventilador e permitindo manter e recuperar a mobilidade do diafragma (Testas & Testas, 2008). Adicionalmente, devem ser ponderadas técnicas de expansão pulmonar que visam melhorar a relação ventilação/perfusão na pessoa submetida a VMI (Gosselink *et al.*, 2011; Berney *et al.*, 2012). De igual modo, é essencial manter a permeabilidade da via aérea com recurso a técnicas de limpeza da via aérea (Stiller, 2013). A seleção destas técnicas deve assentar em várias premissas, nomeadamente a patologia de base do cliente, o seu grau de colaboração e a presença de via aérea artificial (Vaz *et al.*, 2011).

Durante a VMI é igualmente essencial recorrer a técnicas e procedimentos terapêuticos no sentido de impedir e/ou corrigir posições viciosas e antiálgicas defeituosas na pessoa, de modo a favorecer o desmame ventilatório (Sousa, Duque & Ferreira, 2012). O posicionamento corporal é crucial no processo de desmame ventilatório. França *et al.* (2012) mencionam os efeitos benéficos fisiológicos da posição sentada comparativamente com a de supina, que se reflete na melhoria da capacidade residual funcional, do volume de ar corrente, do volume residual e do volume de reserva expiratório. Os mesmos autores também defendem que a verticalização do corpo promove a redução das forças gravitacional, mecânica e de compressão sobre os pulmões, a parede torácica e o diafragma, beneficiando a expansão ântero-posterior do tórax e consequentemente o aumento da ventilação alveolar (França *et al.*, 2012).

Na fase de desmame ventilatório, o treino dos músculos inspiratórios é fundamental para potenciar o seu sucesso (Chambers *et al.*, 2009; Ambrosino, Janah & Vagheggini, 2011; Blackwood *et al.*, 2011). Contudo, para além do fortalecimento muscular respiratório, é favorável incluir exercícios para fortalecer os músculos de um modo global (Stiller, 2013; Cameron *et al.*, 2015). Na pessoa submetida a VMI, esse fortalecimento muscular global recai essencialmente a nível dos membros superiores, nomeadamente os grupos musculares que estabilizam a caixa torácica, os músculos acessórios da respiração, oferecendo um acréscimo da força muscular inspiratória, que é avaliada pelo aumento da pressão inspiratória máxima (França *et al.*, 2012).

A implementação de técnicas como o posicionamento do cliente em *fowler* para diminuir o trabalho respiratório, a ventilação dirigida, a respiração abdomino-diafragmática, a expiração com lábios semicerrados e a espirometria de incentivo, ajudam a melhorar a coordenação ventilatória, melhorar a excursão diafragmática, promover a expansão alveolar, otimizar a oxigenação e diminuir a sensação de dispneia (Ambrosino, Janah & Vagheggini, 2011; Gosselink *et al.*, 2011; França *et al.*, 2012, Cameron *et al.*, 2015). Por outro lado, os exercícios que permitem a limpeza e permeabilidade da via aérea, incluindo a aceleração do fluxo expiratório, a tosse assistida, a tosse dirigida e a tosse mecanicamente assistida (insuflação-exsuflação mecânica), são preponderantes para o correto desmame ventilatório (Ambrosino, Janah & Vagheggini, 2011; Gosselink *et al.*, 2011; França *et al.*, 2012; Cameron *et al.*, 2015).

Na quarta e última fase, após a VMI, deve-se dar continuidade ao programa de Reabilitação Respiratória, preconizando a realização de técnicas de expansão e de limpeza da via aérea, que são reconhecidas como eficazes no tratamento e prevenção de atelectasias refratárias, melhorando a capacidade vital e a *compliance* pulmonar (Gosselink *et al.*, 2008; Presto & Damázio, 2009; Sousa, Duque & Ferreira, 2012). Adicionalmente, Testas e Testas (2008) salientam que é essencial que o cliente tenha uma tosse eficaz de modo a manter a permeabilidade da via aérea, devendo ser reforçado o seu ensino e treino. Para além disso, vários autores recomendam a implementação de exercícios que visem reeducar ao esforço, no sentido de colmatar as complicações osteoarticulares e neuromusculares decorrentes da imobilidade no leito (Presto & Damázio, 2009; Sousa, Duque & Ferreira, 2012; Stiller, 2013). A implementação de exercícios e procedimentos que visem impedir e corrigir posições viciosas e antiálgicas defeituosas, reduzir o medo e a ansiedade de forma a diminuir o trabalho respiratório, são igualmente reconhecidas como essenciais para contornar as sequelas psicoemocionais

inerentes ao internamento em UCI e à VMI (Gosselink *et al.*, 2008; Presto & Damázio, 2009; Sousa, Duque & Ferreira, 2012).

Relativamente ao impacto de programas de reabilitação precoce em cuidados intensivos, McWilliams *et al.* (2015) mencionam que, embora exista uma base crescente de evidência nas populações norte-americanas, há uma escassez de pesquisa no contexto europeu, principalmente quando aplicados a clientes sob VMI. Os mesmos autores referem ainda que a implementação da reabilitação em cuidados intensivos nos EUA é muito diferente da Europa. Estudos nos EUA sugerem que apenas 13% das pessoas em situação crítica tiveram cuidados de reabilitação na UCI (Morris *et al.*, 2008) e que geralmente eram limitados a uma média de uma sessão por cliente (Needham *et al.*, 2010). Por outro lado, estudos revelam que na Europa e na Austrália, a reabilitação diária em UCI já é um padrão de cuidados estabelecido (Parker, Tehranchi & Needham, 2013 citados por McWilliams *et al.*, 2015). Todavia, apesar da crescente evidência que apoia as estratégias de reabilitação precoce, a aceitação e implementação de tais intervenções na Europa tem sido variável (McWilliams *et al.*, 2015).

Por outro lado, Jolley *et al.* (2017 citados por Dirkes & Kozlowski, 2019) relatam que apenas 8% dos clientes alemães sob VMI foram mobilizados fora do leito e, nos hospitais da Austrália e Nova Zelândia, apenas 3% conseguiram sentar na extremidade lateral da cama, sem que nenhum progredisse para ficar em pé ou andar. Contudo, os estudos realizados foram dificultados pela falta de dados que identificam grupos de risco, problemas com a identificação dos clientes críticos crónicos e diferentes períodos de permanência (Nelson, Cox, Hope & Carson, 2010).

Assim, melhorar a mobilidade pode ser o aspeto mais desafiante para repensar os cuidados intensivos, pois envolve a maior mudança tanto na cultura como nos processos diários das UCI (Lipshutz & Gropper, 2013; Garzon-Serrano *et al.*, 2011; Mendez-Tellez & Needham, 2012). Para além disso, a implementação de um programa de mobilização precoce requer um compromisso contínuo de todas as disciplinas (Dirkes & Kozlowski, 2019).

### **1.3.1. Critérios de segurança para a reabilitação precoce em UCI**

Os primeiros estudos acerca dos critérios de segurança para a mobilização precoce em UCI foram publicados por Stiller e Philips (2003) seguidos por Stiller (2007), ambos assentes nos princípios fisiológicos e nas experiências clínicas dos autores.

Posteriormente, Hodgson *et al.* (2014) fundamentaram-se na evidência de estudos clínicos através de uma revisão sistemática e no consenso de peritos. Por sua vez, Sommers *et al.* (2015) desenvolveram recomendações baseadas na evidência para a mobilização precoce efetiva e segura na UCI. Assim, antes de iniciar qualquer intervenção de mobilização, é essencial avaliar cuidadosamente a pessoa em situação crítica, de modo a que seja realizada com segurança e com um risco mínimo de eventos adversos. A disponibilização de critérios objetivos que assinalam que é seguro ou razoável iniciar a mobilização é facilitadora dessa avaliação (Devlin & Pohlman, 2014 citados por Hodgson *et al.*, 2014).

Tal como referido anteriormente, peritos multidisciplinares em UCI de vários países (Austrália, EUA, Nova Zelândia e Finlândia) realizaram uma revisão sistemática seguida de reunião para procurar consenso quanto à mobilização segura de clientes sob VMI, com o objetivo de desenvolver recomendações de consenso de peritos sobre os critérios de segurança para a mobilização de pessoas adultas, ventiladas mecanicamente em UCI (Hodgson *et al.*, 2014). Essas recomendações foram desenvolvidas apenas para a mobilização ativa, não sendo fornecida nenhuma orientação relativamente aos critérios de segurança para mobilização passiva. Desta forma, a mobilização ativa foi definida como qualquer atividade em que a pessoa assiste a atividade usando a sua própria força e controlo muscular, ou seja, o cliente pode precisar de assistência da equipa ou de equipamento, mas participa ativamente no exercício (Hodgson *et al.*, 2014).




Os mesmos autores salientam que na tomada de decisão de mobilizar a pessoa internada em UCI, devem ser considerados critérios alicerçados na avaliação do status da pessoa no momento do planeamento da mobilização, nas mudanças das condições bem como nas tendências das horas anteriores. As possíveis consequências de um evento adverso numa pessoa individual devem igualmente ser consideradas como parte do processo geral de raciocínio clínico (Hodgson *et al.*, 2014).

Assim, o grupo de peritos concordou que as recomendações visavam auxiliar na avaliação dessas pessoas, a fim de determinar se e quando a mobilização poderia começar salvaguardando que os critérios deveriam ser considerados como um guia e usados sempre em conjunto com o raciocínio, contribuindo para a tomada de decisão que deve ser compartilhada por todos os elementos da equipa multidisciplinar. Acrescentam ainda que os critérios de segurança desenvolvidos estão designados para serem aplicados sempre que a mobilização seja considerada, o que poderá ocorrer várias vezes por dia para uma pessoa individual (Hodson *et al.*, 2014).

De modo a facilitar a avaliação dos critérios de segurança pelos profissionais da reabilitação, Hodgson *et al.* (2014) concordaram em desenvolver um sistema de semáforo padrão de recomendações, explanado no quadro 1:

Quadro 1. Sistema de semáforo.





























Adaptado de Hodgson et al. (2014). Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. *Critical Care*, 18(5), 658.

	Baixo risco de evento adverso. Proceder da forma habitual de acordo com o protocolo vigente em cada UCI.
	Risco potencial de evento adverso, mas que pode ser compensado pelo benefício da mobilização. As precauções ou contraindicações devem ser clarificadas. Se efetuada, a mobilização deve ser gradual e cautelosa.
	Risco significativo de evento adverso. Só deve ser mobilizado se especificamente decidido pela equipa (médico, fisioterapeuta, enfermeiro).

Os autores dividiram os critérios de segurança em quatro categorias: considerações respiratórias incluindo status de intubação, parâmetros ventilatórios e necessidade de terapias adjuvantes; considerações cardiovasculares, incluindo a presença de dispositivos, arritmias cardíacas e pressão arterial; considerações neurológicas, incluindo nível de consciência, *delirium* e pressão intracraniana; e, outras considerações, incluindo linhas e condições cirúrgicas ou médicas (Hodgson *et al.*, 2014). Estas são explanadas nos quadros 2, 3, 4 e 5 e poderão ser um guia facilitador para a tomada de decisão do EEER em cuidados intensivos.

Quadro 2. Considerações respiratórias.

Adaptado de Hodgson et al. (2014). Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. *Critical Care*, 18(5), 658.

CONSIDERAÇÕES RESPIRATÓRIAS	Exercícios na cama	Exercícios fora da cama
<b>Entubação</b>		
Tubo endotraqueal		
Traqueostomia		
<b>Parâmetros respiratórios</b>		
<b>FiO<sub>2</sub></b>		
≤ 0.6		
> 0.6		
<b>SpO<sub>2</sub></b>		
≥ 90%		
< 90%		
<b>Frequência respiratória</b>		
≤ 30 cpm		
> 30 cpm		
<b>Ventilação</b>		
Ventilação de alta frequência oscilatória		
<b>PEEP</b>		
≤ 10		
> 10		
Dessincronia respiratória		
<b>Outras terapêuticas</b>		
Óxido nítrico		
Prostaciclina		
Decúbito ventral		





























FiO<sub>2</sub> – Fração de oxigênio inspirado

SpO<sub>2</sub> – Saturação percutânea de oxigênio



















PEEP – Pressão expiratória final positiva

Quadro 3. Considerações cardiovasculares.

Adaptado de Hodgson *et al.* (2014). Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. *Critical Care*, 18(5), 658.

<b>CONSIDERAÇÕES CARDIOVASCULARES</b>	<b>Exercícios na cama</b>	<b>Exercícios fora da cama</b>
<b>Pressão arterial</b>		
<b>Tratamento endovenoso para emergência hipertensiva</b>		
<b>Pressão Arterial Média</b>		
Abaixo do alvo e sintomática		
Abaixo do alvo apesar de suporte (vasoativo e/ou mecânico)		
Dentro do alvo sem suporte ou com baixo nível de suporte		
Dentro do alvo sob moderado nível de suporte		
Dentro do alvo sob elevado nível de suporte		
<b>Hipertensão pulmonar grave, documentada ou suspeitada</b>		
<b>Arritmias cardíacas</b>		
<b>Bradicardia</b>		
Com necessidade de tratamento farmacológico ou a aguardar colocação emergente de pacemaker		
Que não necessita de tratamento e que não aguarda colocação emergente de pacemaker		
<b>Pacemaker transvenoso ou epicárdico</b>		
Ritmo pacing-dependente		
Ritmo de base estável		
<b>Qualquer taquiarritmia estável</b>		
Frequência ventricular >150 bpm		
Frequência ventricular 120-150 bpm		
Qualquer taquiarritmia com frequência ventricular < 120		

Quadro 3. (continuação)

CONSIDERAÇÕES CARDIOVASCULARES	Exercícios na cama	Exercícios fora da cama
<b>Dispositivos</b>		
<b>Balão intra-aórtico femoral</b>		
<b>ECMO</b>		
Cânula femoral ou subclávia (de lúmen único)		
Cânula de duplo lúmen introduzida numa veia central		
<b>Dispositivo de assistência ventricular</b>		
<b>Cateter na artéria pulmonar ou outro dispositivo de monitorização contínua do débito cardíaco</b>		
<b>Outras considerações</b>		
<b>Choque de qualquer causa com lactatos &gt; 4 mmol/L</b>		
<b>TVP/TEP documentado ou suspeitado</b>		
<b>Estenose aórtica grave conhecida ou suspeitada</b>		
<b>Isquemia cardíaca (definida como precordialgia e/ou alterações eletrocardiográficas dinâmicas)</b>		

ECMO – *Extracorporeal membrane oxygenation*

TVP – Trombose venosa profunda

TEP – Tromboembolismo pulmonar



































Hodgson *et al.* (2014) salientam que não houve consenso quanto à dose de drogas vasoativas (e a combinação dessas drogas) que permitiriam uma mobilização segura em ambiente de UCI. No entanto, o grupo chegou a um consenso quanto aos princípios importantes a serem considerados: a administração de drogas vasoativas, por si só, não era uma contraindicação absoluta para a mobilização, mas a adequação da mobilização é influenciada pela dose absoluta, pela alteração na dose (por exemplo, doses crescentes devem resultar em cautela ou contraindicação à mobilização) e, independentemente da dose, se o cliente está ou não clinicamente bem perfundido. O grupo não conseguiu obter consenso sobre uma dose limiar de fármacos vasoativos abaixo dos quais era aceitável mobilizar os clientes, a taxa de alteração da dose e os critérios para comprometimento da

perfusão e choque. Concordaram, portanto, que a equipa da UCI discutisse a dose segura e as combinações de drogas vasoativas que permitem a mobilização caso a caso, e que isso representava uma área prioritária para a pesquisa empírica.

Relativamente à situação específica de ECMO, Hodgson *et al.* (2014) consideram que existe risco potencial/significativo de ocorrer um evento adverso quando são implementados exercícios fora da cama. Porém, Ferreira, Marcolino, Macagnan, Plentz e Kessler (2019), através da sua revisão sistemática, demonstram que a reabilitação da pessoa em ECMO, incluindo técnicas respiratórias, mobilização precoce progressiva (ortostatismo e deambulação) e estimulação elétrica associada a cicloergómetro, pode ser considerada viável, relativamente segura e potencialmente benéfica, independentemente do tipo de canulação utilizada.

Quadro 4. Considerações neurológicas.

Adaptado de Hodgson *et al.* (2014). Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. *Critical Care*, 18(5), 658.























CONSIDERAÇÕES NEUROLÓGICAS	Exercícios na cama	Exercícios fora da cama
<b>Estado de consciência</b>		
Doente sonolento, calmo ou inquieto (e.g., RASS -1 a +1)		
Doente ligeiramente sedado ou agitado (e.g., RASS -2 ou +2)		
Doente profundamente sedado ou não despertável (e.g., RASS <-2)		
Doente muito agitado ou combativo (e.g., RASS >+2)		
<b>Delirium</b>		
Rastreio positivo (e.g., CAM-ICU)		
Rastreio positivo, doente consegue obedecer a ordens simples		
Rastreio positivo, doente não obedece a ordens simples		
<b>Pressão intracraniana</b>		
Tratamento ativo de pressão intracraniana, ainda não controlada		
Monitorização de pressão intracraniana, sem tratamento ativo		
<b>Outras considerações neurológicas</b>		
Craniectomia		
Dreno lombar aberto (não clampado)		
Dreno subgaleal		
Precauções vertebrais (coluna vertebral não estudada ou não fixada)		
Lesão medular aguda		
Hemorragia subaracnoideia com aneurisma não tratado		
Vasospasmo pós-tratamento de aneurisma		
Convulsões não controladas		

RASS – *Richmond Agitation Assessment Scale*

CAM-ICU - *Confusion Assessment Method for the ICU*

Quadro 5. Outras considerações.

Adaptado de Hodgson et al. (2014). Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. *Critical Care*, 18(5), 658.

<b>OUTRAS CONSIDERAÇÕES</b>	<b>Exercícios na cama</b>	<b>Exercícios fora da cama</b>
<b>Cirúrgicas</b>		
<b>Fratura major instável/não estabilizada:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pélvica</li> <li>• Vertebral</li> <li>• Ossos longos, membros inferiores</li> </ul>		
<b>Ferida cirúrgica aberta de grande dimensão:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tórax/esterno</li> <li>• Abdómen</li> </ul>		
<b>Médicas</b>		
<b>Hemorragia ativa não controlada</b>		
<b>Suspeita de hemorragia ativa ou aumento do risco hemorrágico</b>		
<b>Febre não controlada apesar de arrefecimento ativo (medidas físicas ou farmacológicas)</b>		
<b>Hipotermia em tratamento ativo</b>		
<b>Outras</b>		
<b>Fraqueza muscular adquirida na UCI</b>		
<b>Técnica de substituição da função renal contínua (incluindo cateteres de diálise femorais)</b>		
<b>Cateteres femorais (venosos ou arteriais)</b>		
<b>Bainhas femorais</b>		
<b>Outros drenos e dispositivos, e.g.:</b> Sonda nasogástrica Cateter venoso central Dreno pleural Dreno de ferida Cateter intercostal Cateter urinário		

Relativamente à presença de cateter femoral, também Perme *et al.* (2013) mencionam que este não deve limitar a prática por não ser uma contraindicação para a mobilização da pessoa em situação crítica. De igual modo, o estudo de Wang *et al.* (2014) afirmam que a mobilização dos clientes durante a técnica dialítica é segura e viável.

Hodgson *et al.* (2014) acreditam que a implementação das recomendações de consenso de peritos desenvolvidas neste estudo têm o potencial para maximizar a mobilização precoce da pessoa adulta sob VMI em ambiente de UCI, bem como minimizar o risco de eventos adversos, podendo melhorar os resultados em termos funcionais que se podem traduzir numa redução do tempo de permanência tanto em UCI como no hospital. Contudo, também consideram necessárias pesquisas futuras que incluam avaliação sistemática dessas recomendações.

Neste sentido, Capell, Tipping e Hodgson (2018) desenvolveram um estudo observacional prospetivo com o objetivo de determinar se, na prática clínica, as recomendações de consenso de peritos de Hodgson *et al.* (2014) resultaram em: aumento da mobilização precoce dos clientes avaliados como apropriados para a mobilização, tendo como base a classificação de risco; e mobilização precoce sem eventos adversos. Neste estudo, que decorreu numa UCI na Austrália, os autores verificaram uma parca tradução destas recomendações. Os clientes sob VMI foram comumente identificados pelos profissionais de reabilitação com alto risco de evento adverso durante a mobilização precoce. Porém, muitos dos fatores determinantes da decisão clínica são modificáveis, incluindo práticas de sedação e recursos da equipa. Verificaram ainda que os profissionais eram cautelosos e geralmente excessivamente conservadores quanto ao tratamento dos clientes durante a VMI. Estes, geralmente, não mobilizaram os clientes nem dentro nem fora da cama, independentemente de o risco ser baixo, potencial ou significativo de ocorrer um evento adverso (Capell, Tipping & Hodgson, 2018).

Por sua vez, McWilliams *et al.* (2015) num projeto de melhoria de qualidade que envolveu a introdução de reabilitação precoce numa UCI no Reino Unido, definiram que durante a fase aguda da doença, enquanto o cliente ainda estava sedado e/ou paralisado, a reabilitação estava restrita a movimentos e posicionamentos passivos diários. Para sessões de reabilitação com os clientes sentados, os mesmos autores definiram critérios de exclusão e restrições apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Critérios de exclusão e restrições para sessão de reabilitação sentado.

Adaptado de McWilliams *et al.* (2015). Enhancing rehabilitation of mechanically ventilated patients in the intensive care unit: A quality improvement project. *Journal of Critical Care*, 30(1), 13–18.

<b>Critérios de exclusão para sessão de reabilitação sentado</b>	<b>Restrições para sessão de reabilitação sentado</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dose significativa de agentes vasoativos (por exemplo, &gt;0,2 mcg/kg/min de noradrenalina ou equivalente) para estabilidade hemodinâmica (Manter a pressão arterial média &gt;60 mmHg);</li> <li>• Ventilado mecanicamente com FiO<sub>2</sub>&gt;0,8 e/ou PEEP&gt;12 ou agravamento agudo da insuficiência respiratória;</li> <li>• Agente paralisante neuromuscular;</li> <li>• Evento neurológico agudo;</li> <li>• Fraturas instáveis da coluna ou extremidades com contraindicações para mobilizar;</li> <li>• Hemorragia ativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pequena dose de agentes vasoativos (por exemplo, 0,1-0,2 mcg/kg/min de noradrenalina ou equivalente) para estabilidade hemodinâmica (manter a pressão arterial média &gt;60 mmHg);</li> <li>• Ventilado mecanicamente com FiO<sub>2</sub>&gt;0,6 e/ou PEEP &gt; 10;</li> <li>• Baixa tolerância ao tubo endotraqueal;</li> <li>• Abdômen aberto ou alto risco de deiscência - entrar em contato com os cirurgiões antes da mobilização;</li> <li>• Hemofiltração via linha femoral.</li> </ul>

Para além do descrito anteriormente, os autores supracitados desenvolveram um protocolo de reabilitação precoce e estruturada para clientes em VMI, que implementaram no seu projeto de melhoria de qualidade (McWilliams *et al.*, 2015). Explicamos o mesmo na figura 1, por considerarmos relevante e favorável para a tomada de decisão do EEER.

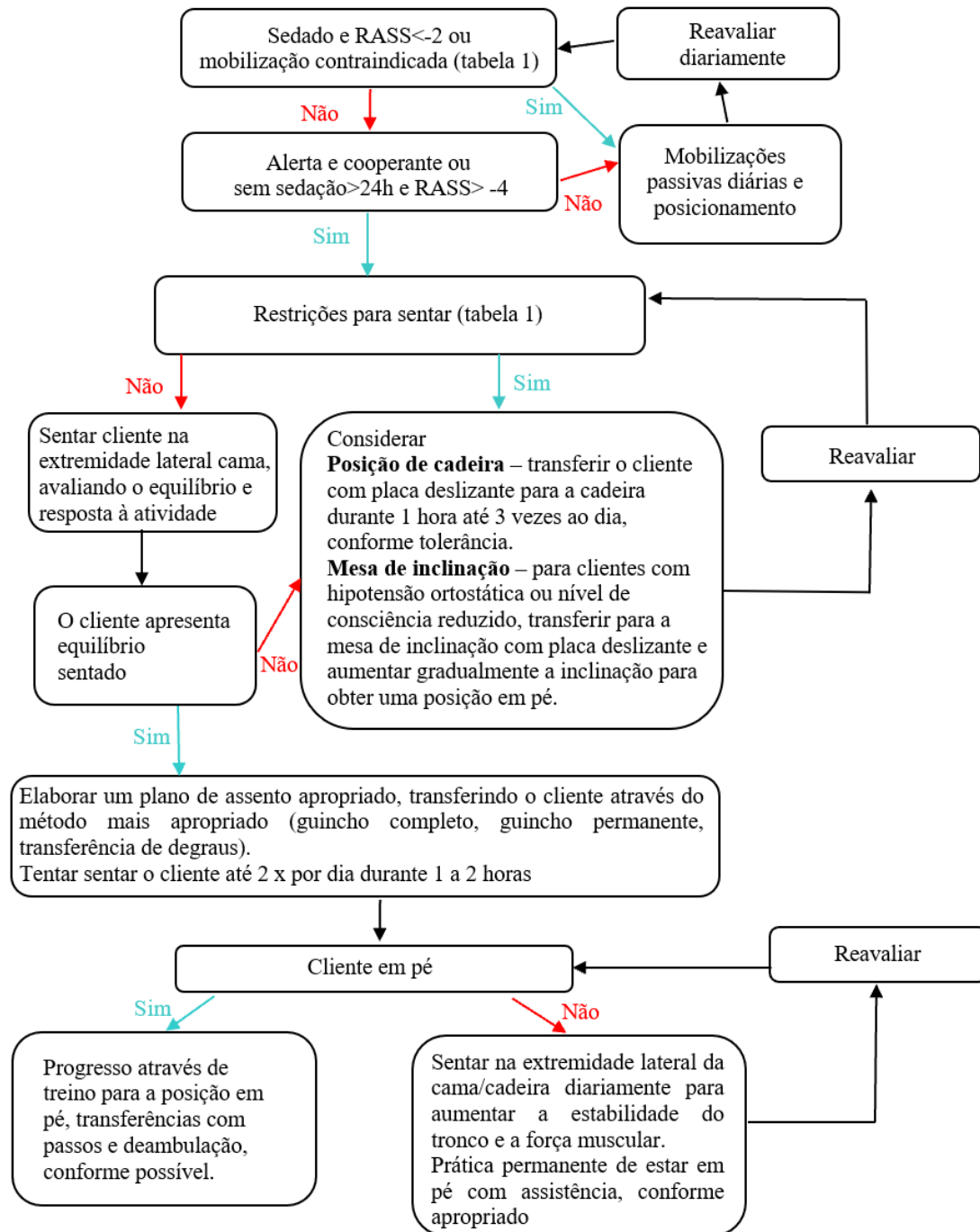


Figura 1. Protocolo de mobilização precoce e estruturada.

Adaptado de McWilliams et al. (2015). Enhancing rehabilitation of mechanically ventilated patients in the intensive care unit: A quality improvement project. *Journal of Critical Care*, 30(1), 13–18.

### **1.3.2. Barreiras e aspetos facilitadores para a implementação da reabilitação precoce em UCI**

Vários são os estudos que têm documentado baixos níveis de envolvimento dos profissionais de reabilitação nas UCI e, portanto, baixas taxas de implementação destes cuidados (Hodgin, Nordon-Craft, McFann, Mealer & Moss, 2009; Nydhal *et al.*, 2015 citados por Goddard *et al.*, 2018). Neste sentido, Goddard *et al.* (2018) mencionam que as barreiras à implementação das estratégias de reabilitação precoce em UCI já estudadas, concentram-se em questões relativas aos recursos, bem como às preocupações quanto à tolerância e segurança do cliente. Todavia, a mobilização precoce tem sido consistentemente relatada como segura e viável na população de cuidados intensivos, com uma ocorrência de eventos adversos inferior a 3%, durante o exercício ativo (Nydahl *et al.*, 2017).

Por outro lado, vários autores mencionam que as barreiras à implementação da mobilização precoce incluem os clientes considerados *too sick* para praticar atividade física, a presença de dispositivos médicos como tubos e cateteres, para além de questões relacionadas com a intervenção, desafios de comunicação e coordenação dos cuidados, défices de conhecimento, preocupações com a carga de trabalho e encargos com a documentação (Jolley *et al.*, 2017; Schweickert *et al.*, 2009; Bailey *et al.*, 2007; Pohlman *et al.*, 2010 citados por Dirkes & Kozlowski, 2019).

O estudo de carácter qualitativo desenvolvido por Goddard *et al.* (2018) acerca das perceções dos profissionais da UCI sobre barreiras e facilitadores da reabilitação precoce, demonstrou fatores importantes, não enfatizados anteriormente na literatura, em particular nos domínios das influências sociais e regulação comportamental.

No domínio das influências sociais, foi enfatizada a importância da existência de *local champions* como facilitadores da reabilitação precoce, salientando a importância da liderança. Os familiares foram relatados por todos os grupos profissionais como influenciadores da reabilitação precoce, embora algumas vezes como facilitador e outras como barreira. Para além disso, todos os participantes relataram que a discórdia ou a resistência dos colegas poderia ser uma barreira importante para a reabilitação precoce (Goddard *et al.*, 2018).

Por conseguinte, no que respeita à regulação comportamental, todos os grupos mencionaram a importância de receber *feedback* acerca da reabilitação precoce, bem como a existência de um protocolo da UCI que vise orientar a prática, enquanto aspetos facilitadores (Goddard *et al.*, 2018).

Um estudo transversal acerca dos fatores hospitalares que influenciam a reabilitação precoce demonstrou que um protocolo formal para reabilitação precoce estava associado ao aumento da aceitação/implementação por parte da equipa multidisciplinar (Jolley, Caldwell & Hough, 2014 citados por Goddard *et al.*, 2018), sendo uma estratégia que se enquadra no domínio da regulação comportamental. De igual modo, Hanekom, Louw & Coetzee (2013, citados por Goddard *et al.*, 2018) demonstraram que a introdução de um protocolo para reabilitação precoce aumentou a frequência das sessões de reabilitação e reduziu o tempo de espera. Estes achados, combinados com o estudo Goddard *et al.* (2018), sugerem que o uso de um protocolo para apoiar a reabilitação precoce em UCI pode ser útil.

O primeiro estudo que examinou como e porquê os diferentes grupos profissionais da UCI (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas), tomam decisões relativas à implementação da reabilitação precoce, no momento da prestação de cuidados, em tempo real, foi desenvolvido por Berney *et al.* (2019).

Os autores supracitados, através da revisão da literatura e opinião de peritos, identificaram 11 fatores importantes que influenciam a tomada de decisão de prestar reabilitação fora da cama (os três últimos foram adicionados pelos autores). Estes são: via aérea (presença de tubo endotraqueal, traqueostomia, ausência destes); estado hemodinâmico (infusão de Noradrenalina); ventilação (ratio PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> (mmHg)); sedação (RASS); *delirium* (CAM-ICU positivo ou negativo); indicação para repouso no leito; temperatura; infeção; hemorragia ativa; dispositivos médicos; e preocupação clínica (Berney *et al.*, 2019).

Da análise da árvore de decisão, desenvolvida por Berney *et al.* (2019), verificou-se que apenas a presença de tubo endotraqueal e estado de sedação, dos 11 fatores, são discriminadores importantes para a decisão de prestar reabilitação fora da cama. Em contrapartida, quando os profissionais foram solicitados a classificar os fatores que percebiam ser mais influentes na sua decisão, estes identificaram a sedação como o fator mais importante.

No que concerne à ocorrência de eventos adversos, Berney *et al.* (2019) mencionam que em 25% das ocasiões é que a reabilitação foi cessada, devido à perceção de fadiga, dor e participação do cliente. Contudo, em 2% das situações houve deterioração clínica com necessidade de retorno para a cama e escalada de apoio terapêutico. Estes eventos foram: o aumento da frequência respiratória e preocupação com o posicionamento da via aérea artificial; preocupação com o desenvolvimento de enfisema

subcutâneo e compressão das vias aéreas; e o aumento da agitação para um nível perigoso para continuar a reabilitação, exigindo um retorno à cama.

Os resultados da árvore de decisão de Berney *et al.* (2019), foram os primeiros a identificar objetivamente que a presença de um tubo endotraqueal e estado de sedação foram os fatores que mais influenciaram a decisão de iniciar reabilitação fora da cama nas UCI, apesar das recomendações de consenso de peritos contrariarem (Hodgson *et al.*, 2014). Estes resultados corroboram estudos observacionais anteriores que relatam baixas taxas de reabilitação fora da cama em clientes que foram entubados e ventilados (Hodgson, Bellomo *et al.*, 2015; Berney, Harrold, Webb *et al.*, 2013 citados por Berney *et al.*, 2019).

Ainda relativamente à ventilação, quando o ratio  $PaO_2/FiO_2$  dos clientes que não foram considerados adequados para a reabilitação foram comparados com a declaração de consenso internacional de segurança para a mobilização de clientes submetidos a VMI (Hodgson *et al.*, 2014), mais de 80% estavam numa faixa onde a reabilitação fora da cama foi considerada segura (Berney *et al.*, 2019).

Assim, o estudo de Berney *et al.* (2019) sugere que os profissionais se encontravam mais preocupados com os riscos associados à reabilitação do que com os potenciais benefícios. Neste sentido, os autores salientam a importância de identificar subgrupos de clientes que respondem à reabilitação, facilitando a harmonização da tomada de decisão clínica (Berney *et al.*, 2019).

Todavia, Toonstra *et al.* (2017) salientam a existência de barreiras relacionadas com o conhecimento para implementar com segurança programas de reabilitação precoce em UCI, que podem ser superadas através da educação direcionada. De acordo com estes autores, uma sessão de ensino interativa, baseada em casos clínicos e com foco na tomada de decisão clínica, demonstrou alguma eficácia no aumento do conhecimento a curto prazo para a reabilitação segura da população de cuidados intensivos, por um grupo profissional multidisciplinar. Porém, Toonstra *et al.* (2017) mencionam que esta sessão educacional interativa não foi suficiente e que a educação contínua pode ser necessária para lidar com as barreiras de conhecimento. Para além disso, referem que uma sessão educacional interativa curta não pode substituir a educação formal, bem como o treino clínico necessário para a tomada de decisão em contexto de UCI.

## **2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

Após elaborado o enquadramento teórico onde foi definida e contextualizada a problemática em estudo bem como justificada a sua pertinência, torna-se imperativo desenhar o percurso da investigação a efetuar de forma a obter resposta às questões de investigação.

Tendo em conta o pressuposto, este é o momento de clarificar as opções metodológicas adotadas. Assim, iniciamos este capítulo com a descrição da problemática e justificação do estudo. De seguida, delineamos os objetivos e a finalidade do estudo, o tipo de estudo, os participantes bem como a técnica de recolha de dados. Um outro ponto aborda o método de análise de dados e por fim fazemos referência às considerações éticas inerentes ao estudo.

### **2.1. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO**

À medida que a população envelhece, vão surgindo novos tratamentos e existem mais pessoas a sobreviver à doença crítica, traduzindo-se num aumento do número de internamentos em UCI. Algumas estimativas preveem que nos próximos 10 anos, esse aumento possa corresponder a 160%. Atualmente na Europa, cerca de 990.000 a 1.500.000 de pessoas por ano são submetidas a VMI, por doença crítica, sendo as UCI responsáveis por cerca de 13,4% do total dos custos hospitalares, cerca de 4,1% dos gastos nacionais em saúde e cerca de 0,56% do produto nacional bruto, nos países mais desenvolvidos (Ministério da Saúde, 2017).

Igualmente nos países mais desenvolvidos, a reabilitação está integrada nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica. A sua importância é reconhecida, particularmente na mobilização precoce, que sendo uma prática segura e benéfica, deve constituir uma prioridade neste contexto (Stiller, 2013).

Neste sentido, o EEER possui um papel preponderante na prevenção de complicações e de incapacidades e na maximização do potencial de recuperação e de independência da pessoa. Para tal, estes profissionais assumem a premissa de tomar decisões, sendo a tomada de decisão um aspeto central da disciplina de enfermagem, com impacte na qualidade dos cuidados prestados.

Tendo em conta a dimensão autónoma da prática profissional dos enfermeiros, o processo de tomada de decisão em enfermagem tem vindo a ser aprofundado progressivamente. De acordo com Silva (2011), os enfermeiros tomam decisões, pois

fazem juízos sobre as reais necessidades das pessoas e delineiam as intervenções que vão implementar, sendo a tomada de decisão o culminar da etapa conduzida pelo raciocínio.

Considerando que alguns autores referem a necessidade de mais investigação acerca desta temática, explorando diferentes perspetivas deste fenómeno em contextos reais (Jesus, 1999, 2004; Neves, 2002, 2005; Fonseca, 2006), reconhecemos como pertinente estudá-lo na perspetiva do EEER no contexto específico de cuidados intensivos.

A maioria das UCI portuguesas são dotadas de EEER, uma situação sem paralelo a nível internacional (Schoeller *et al.*, 2018). Contudo, da revisão da literatura efetuada, constatou-se que os estudos desenvolvidos por enfermeiros na área da reabilitação em UCI são escassos, quando comparados com estudos desenvolvidos por outros profissionais da área da reabilitação. A nível nacional, os projetos de investigação desenvolvidos nesta área de conhecimento, parecem estar relacionados com a criação dos cursos de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, pois a maioria das investigações foram desenvolvidas nesse âmbito, mais concretamente a nível respiratório (Marreiros, 2015; Simões, 2016; Outeiro, 2019; Morais, 2015; Costa, 2019; Gonçalves, 2016), motor (Cerqueira, 2019; Matias, 2016; Gonçalves 2017; Varela, 2019) e promoção da autonomia (Romão, 2015), bem como acerca das competências para o atendimento à pessoa com dependência no autocuidado (Pereira, 2012).

A concretização de pesquisas que melhorem a compreensão sobre as particularidades inerentes ao exercício profissional do EEER é essencial para o desenvolvimento de uma prática de ER sustentada (OE, 2015).

Assim, o desenvolvimento das questões de investigação e a clarificação do âmbito que se planeia estudar, fazem com que o investigador despenda de tempo significativo, sendo importante que os trabalhos de investigação tenham por base um raciocínio profundo e uma nítida compreensão da pergunta de investigação (Streubert & Carpenter, 2013).

Por este motivo, no sentido de delimitar corretamente a problemática em estudo, torna-se essencial reduzi-la a uma dimensão viável, pelo que formulámos a questão de investigação:

“Qual o processo de tomada de decisão dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos?”

## 2.2.OBJETIVOS E FINALIDADE DO ESTUDO

A definição dos objetivos a atingir releva, de modo a planear as ações e desenvolver estratégias para esse fim.

De acordo com Polit e Beck (2011), os objetivos de qualquer estudo são entendidos como os canais da investigação, afirmando a intenção do investigador e concomitantemente permitindo manter a coesão nos momentos de dúvida e dispersão.

Assim, com esta investigação, é nosso propósito descrever qual o processo de tomada de decisão dos EEER nas UCI dos hospitais centrais da região norte de Portugal, sendo este o objetivo geral.

Considerando a perspetiva do EEER, definiram-se como objetivos específicos:

- Perceber o conceito de processo de tomada de decisão;
- Identificar quais os focos e diagnósticos de enfermagem utilizados;
- Analisar as intervenções de ER implementadas;
- Analisar como são definidos os resultados a obter;
- Identificar quais os fatores que influenciam o processo de tomada de decisão;
- Identificar quais as dificuldades sentidas no processo de tomada de decisão;
- Identificar quais os referenciais teóricos que fundamentam e sustentam a sua prática de cuidados.

Este estudo tem como finalidade propor linhas orientadoras para uma prática efetiva de Enfermagem de Reabilitação, em Cuidados Intensivos.

## 2.3.TIPO DE ESTUDO

Após formulada claramente a questão de investigação e o investigador compreender o problema e o impacte que a investigação terá nas pessoas estudadas, na disciplina, bem como para quem os resultados possam ser relevantes, torna-se necessário decidir qual o paradigma de investigação que dará a resposta mais adequada à questão (Streubert & Carpenter, 2013).

Deste modo, dada a existência de um limitado conhecimento produzido sobre a problemática de investigação, considerámos a abordagem qualitativa como adequada e, com o intuito de dar resposta à questão de investigação, optámos por um estudo de natureza exploratória e descritiva.

A abordagem qualitativa fundamenta-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis através da experiência humana, tal como ela é vivida e definida pelos seus próprios atores (Polit & Beck, 2011). Esta é a abordagem

privilegiada para descobrir essências, sentimentos, atributos, valores e significados (Leininger, 1985 citado por Polit & Beck, 2011).

Streubert e Carpenter (2013, p. 21) mencionam seis características importantes que os investigadores qualitativos enfatizam na sua investigação:

*(1) uma crença em múltiplas realidades; (2) um compromisso com uma abordagem para compreender o fenómeno em estudo; (3) um compromisso com o ponto de vista do participante; (4) a condução da investigação de modo a limitar a corrupção do contexto natural dos fenómenos de interesse; (5) reconhecimento da participação do investigador no processo de investigação; (6) e um relato dos dados num estilo literário rico incluindo o discurso dos participantes.*

Relativamente aos estudos exploratórios, Polit (2011, p. 41) esclarece que *assim como a pesquisa descritiva, a exploratória começa com um fenómeno de interesse. No entanto em vez de simplesmente observar e descrever esse fenómeno, os pesquisadores exploratórios investigam a sua natureza, o modo como se manifesta e outros fatores relacionados, inclusive fatores que talvez sejam sua causa.*

O investigador que realiza um estudo descritivo observa, conta e classifica, podendo estes estudos ter grande valor para a enfermagem (Polit, 2011).

Assim, com a investigação exploratória e descritiva, pretendemos conhecer, analisar e descrever o processo de tomada de decisão dos EEER nas UCI.

#### 2.4.PARTICIPANTES

O presente estudo refere-se ao processo de tomada de decisão dos EEER nas UCI, sendo a nossa população o conjunto dos EEER em exercício de funções em Portugal. Como é nosso propósito investigar os EEER que prestam cuidados especializados em ER a pessoas adultas internadas em cuidados intensivos, excluímos os EEER que estão exclusivamente nas áreas da gestão, da formação, do ensino, da investigação e da assessoria e que não se encontram na prestação de cuidados.

Para Streubert e Carpenter (2013, p. 29) “os participantes são selecionados com a finalidade de descreverem uma experiência em que participaram”. Neste sentido, procuramos que os participantes tivessem características adequadas ao estudo, de modo a que os seus pontos de vista fornecessem dados qualitativos, os quais resultassem da

discussão em grupo, sobre um dado foco, que aclarasse e ajudasse a compreender o tema de interesse.

Polit e Beck (2011) referem que nos estudos qualitativos, não se pretende a generalização dos resultados, mas sim alcançar um entendimento profundo e holístico do fenómeno de interesse. Tendo como base esta afirmação, torna-se necessário proceder à seleção dos participantes que mais enriquecem o estudo recorrendo a uma técnica de amostragem.

Polit, Beck e Hungler (2004, p. 429) definem amostra como um: “subconjunto da população selecionado para participar de uma pesquisa”. Considerando o exposto, procedemos à seleção de uma amostra por conveniência, que integra os EEER em exercício de funções especializadas em ER em UCI dos hospitais centrais do norte de Portugal, uma vez que a seleção dos participantes foi efetuada de acordo com as suas características e disponibilidade.

A inclusão na amostra obedeceu aos seguintes critérios: ser EEER; prestar cuidados especializados de ER a pessoas adultas internadas em UCI há um ano ou mais; aceitar voluntariamente participar no estudo; e aceitar a gravação áudio da sessão.

#### **2.4.1. Caracterização dos participantes**

No presente estudo, participaram no total seis enfermeiros, todos a exercer a sua atividade como EEER em UCI, sendo que quatro dos participantes exercem funções em UCI polivalente (representando três UCI distintas) e os outros dois em UCI monovalentes cuja especialidade é Cirurgia Cardiorácica (representando duas UCI distintas).

Quanto ao género, três participantes eram do género masculino e três do género feminino havendo, portanto, equidade relativamente a esta característica. As idades variaram entre os 28 e os 51 anos, com uma média de 39,33 anos (DP=7,32). O grupo etário mais frequente situa-se entre os 31 e os 40 anos (três participantes), registando-se EEER na faixa etária entre os 21 e os 30 anos (um participante), entre os 41 e os 50 anos (um participante) e entre os 51 e os 60 anos (um participante).

O tempo de atividade profissional dos participantes varia entre os 6 e os 29 anos, sendo que o intervalo entre 11 e 20 anos de atividade profissional é o mais frequente (três participantes), seguidos daqueles que se situam no intervalo entre 21 e 30 anos (dois participantes) e entre 5 e 10 anos (um participante).

Relativamente ao tempo de exercício de funções em UCI, varia entre os 3 e os 29 anos. Em três dos participantes verifica-se que a sua atividade profissional foi sempre em

contexto de UCI (com um intervalo entre os 14 e 29 anos), os restantes três participantes iniciaram a atividade profissional noutra contexto, sendo que em UCI, um participante exerce funções há 10 anos e dois participantes entre os três e os cinco anos.

No que diz respeito ao tempo enquanto EEER, este varia entre 4 e 12 anos. O mais frequente situa-se no intervalo entre os 5 e 10 anos (quatro participantes). Com menos de 5 anos e mais de 10 anos, contamos com um participante cada.

Quanto à organização dos cuidados de reabilitação das UCI verifica-se que a maioria dos participantes (quatro participantes) exercem funções em UCI com um modelo misto, isto é, os cuidados de reabilitação são assegurados pelos EEER da UCI em articulação com uma equipa externa de fisioterapia enquanto os restantes dois participantes exercem funções em UCI com modelo interno em que os cuidados de reabilitação são assegurados pelos EEER integrados na UCI. Este achado corrobora com um estudo sobre a organização dos cuidados de reabilitação nas UCI portuguesas em que os autores identificam que o modelo misto é o predominante, correspondendo a 52% (Mendes, Nunes, Pinho & Gonçalves, 2018).

Nenhum dos participantes obteve formação específica na área da reabilitação da pessoa em situação crítica.

Sistematizamos a caracterização dos participantes no quadro 6.

Quadro 6. Caracterização dos participantes.

Características dos participantes	Número de participantes
<b>Género:</b>	
- Feminino	3
- Masculino	3
<b>Tipologia da UCI onde exercem funções:</b>	
- Polivalente	4
- Monovalente (Cirurgia Cardiotorácica)	2
<b>Idade:</b>	
- 21 aos 30 anos	1
- 31 aos 40 anos	3
- 41 aos 50 anos	1
- 51 aos 60 anos	1
<b>Tempo de atividade profissional:</b>	
- 5 a 10 anos	1
- 10 a 20 anos	3
- 20 a 30 anos	2
<b>Tempo de exercício de funções em UCI:</b>	
- 3 a 5 anos	2
- 10 anos	1
- 14 a 29 anos	3
<b>Tempo enquanto EEER:</b>	
- <5 anos	1
- 5 a 10 anos	4
- >10 anos	1
<b>Organização dos cuidados de reabilitação:</b>	
- Modelo interno	2
- Modelo misto	4

## 2.5. TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS

A escolha da técnica de recolha de dados depende das questões e dos objetivos que se pretendem atingir bem como do método de trabalho aplicado. Como é nosso propósito perceber o processo de tomada de decisão dos EEER nas UCI, considerámos o *focus group* como a técnica de recolha de dados mais adequada.

O *focus group*, também designado por grupo de discussão, é uma técnica de investigação de recolha de dados através da interação do grupo acerca de um tópico apresentado pelo investigador e comporta três componentes essenciais: é um método de

investigação dirigido à recolha de dados; localiza a interação na discussão do grupo como a fonte de dados; e reconhece o papel ativo do investigador na dinamização da discussão do grupo para efeito de recolha de dados (Morgan, 1996, 1997).

Para além disso, Krueger e Casey (2009), salientam a focalização da discussão num determinado assunto, o seu contributo para a compreensão do tópico de interesse, bem como o facto dos participantes terem alguma característica em comum e relevante para o tema em discussão.

Apesar dos *focus group* enquanto método de colheita de dados não ter surgido da tradição qualitativa, revelaram-se úteis em vários contextos, sendo particularmente adequados para a colheita de dados qualitativos por possuírem a vantagem de serem económicos, flexíveis, estimulantes, cumulativos, elaborados, auxiliando na recordação da informação e capazes de produzirem dados ricos ( Fontana & Frey, 1994; McDougall & Baum, 1997 citados por Streubert & Carpenter, 2013).

No sentido de implementar o processo de *focus group*, as decisões e tarefas inerentes foram agregadas em cinco fases: planeamento, preparação, moderação, análise dos dados e divulgação dos resultados (Bloor et al.,2001; Krueger & Casey, 2009; Morgan, 1998).

O planeamento começou por alicerçar-se nos objetivos do estudo de investigação. O objetivo geral do presente estudo foi perceber e descrever o processo de tomada de decisão dos EEER nas UCI. Neste sentido, tendo participantes com características em comum e relevantes para o tema em discussão, ou seja, são EEER e exercem funções em UCI, o *focus group* tornou-se útil para identificar quais os focos e diagnósticos de enfermagem de reabilitação, para analisar as intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas, para analisar como são definidos os resultados a obter, para identificar quais os fatores que influenciam a tomada de decisão, bem como as dificuldades sentidas no processo e identificar quais os referenciais teóricos que fundamentam e sustentam a sua prática.

Nesta fase, foi igualmente necessário definir a estrutura de um guião orientador do *focus group* (Apêndice I), na qual foram contemplados os temas e aspetos a abordar, com um conjunto de questões pré-determinadas, de forma a dar resposta aos objetivos delineados.

Os participantes foram os EEER a exercer funções em UCI nos Hospitais centrais do norte de Portugal, constituindo um grupo único de seis participantes com as características anteriormente referidas, tendo o tamanho da amostra sido definido de

acordo com a disponibilidade dos participantes para se reunirem na mesma data, à mesma hora e no mesmo local.

Relativamente ao tamanho da amostra, esta pode oscilar entre cinco a dez participantes (Kueger & Casey, 2009) ou entre seis e dez participantes (Morgan, 1997, 1998).

Na segunda fase, preparação, foi efetuado o recrutamento dos participantes, que segundo Morgan (1998) é um processo sistemático, procedendo-se tradicionalmente da seguinte forma: os participantes deverão ser contactados duas semanas antes do *focus group*; passada uma semana, deverão receber uma carta de confirmação e, no dia anterior à realização do *focus group* deverão ser contactados telefonicamente, o que foi cumprido, excetuando a carta de confirmação que foi substituída por email ou contacto telefónico.

A recomendação geral para a escolha do local para a realização da sessão de *focus group* é de que este seja acessível, assegure conforto aos participantes, bem como confidencialidade da informação gerada (Bloor *et al.*, 2001; Morgan, 1998; McParland & Flowers, 2012; Rodrigues *et al.*, 2007; Sagoe, 2012; Stewart *et al.*, 2007). Assim, as instalações da ESSSM foi o local eleito, por considerarmos que reunia as condições descritas.

A fase seguinte do processo é a moderação que segundo Morgan (1996) dura em média 90 minutos, mas pode ir até às duas horas e meia (Stewart *et al.*, 2007). Foi prevista uma duração de aproximadamente 120 minutos, tendo em conta a quantidade e qualidade das questões pré-determinadas. Contudo, pela riqueza da discussão e saturação da informação recolhida, a sessão, realizada em janeiro de 2020, teve a duração de uma hora e quarenta e cinco minutos.

A intenção do *focus group* é a de promover autorrevelação entre os participantes, sendo importante que estes se sintam confortáveis, respeitados e livres para fornecerem a sua opinião, pelo que o papel do moderador não é o de emitir julgamentos, mas o de questionar, ouvir, manter a conversação e certificar-se que cada participante tem oportunidade de participar (Krueger & Casey, 2009).

Os mesmos autores defendem a importância de uma “equipa de moderadores”, para aumentar a eficácia deste processo: um moderador focado na condução e manutenção da discussão e um auxiliar de moderação para a gestão do equipamento de gravação, atender às condições logísticas e do ambiente físico, dar resposta a interrupções inesperadas e tomar notas sobre a discussão do grupo (Krueger & Casey, 2009). Foram utilizados dois gravadores de forma a assegurar a melhor captação de todas as interações

ocorridas ao longo da discussão de grupo, tal como recomendado por McParland e Flowers (2012).

A análise dos dados é a quarta fase do processo. A sessão de *focus group* foi gravada e posteriormente alvo de transcrição, cuja reprodução foi o mais fiel possível para que a sua leitura permitisse compreender o que ocorreu no grupo e assim constituir a base da análise de dados. As transcrições foram complementadas com as notas de campo recolhidas na moderação do *focus group*, de acordo com as recomendações de Bloor *et al.* (2001).

De forma a legitimar a sessão, a transcrição do *focus group* foi enviada aos participantes, via email, para que pudessem ler e emitir parecer, não tendo estes colocado qualquer questão em relação à mesma.

## 2.6.MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

Através da perspectiva dos EEER das UCI dos hospitais centrais do norte de Portugal, procuramos perceber o processo de tomada de decisão neste contexto específico. A subjetividade inerente à conceção de cuidados especializados em ER à população de cuidados intensivos, tornou-se fundamental para este estudo de investigação, na medida em que nos permitiu uma visão rica e variada das perspetivas dos investigados, bem como das realidades onde prestam cuidados, através de uma sessão de *focus group*.

Streubert e Carpenter (2013) referem que após a recolha de dados, geralmente segue-se a análise desses mesmo dados, apesar de nem sempre ser um processo linear. As mesmas autoras referem ainda que, em matéria de análise de dados qualitativos, exige-se que o investigador use processos mentais capazes de gerar conclusões.

Neste processo, o investigador necessita de desenvolver competências no uso de “impressões sensoriais, intuição, imagens, experiências e comparações cognitivas na categorização dos resultados e descoberta de padrões” (Hall, 2003, p.495 citado por Streubert & Carpenter, 2013).

Na investigação qualitativa, a análise dos dados inicia-se em simultâneo com a colheita de dados, pois no seu decurso, os investigadores “mantêm e revêm constantemente os registos para descobrir outras perguntas que necessitam fazer ou para apresentar descrições dos seus achados” (Streubert & Carpenter, 2013, p.47). As mesmas autoras mencionam ainda que para descobrir os significados, os investigadores necessitam de “ouvir” meticulosamente tudo aquilo que viram, ouviram e

experimentaram, havendo uma posterior “imersão” nos dados e questionamento das conclusões prévias, com o intuito de clarificar os achados no “contexto do todo”. Tendo em conta o pressuposto, a análise dos dados é um processo moroso (Streubert & Carpenter, 2013).

Uma vez realizada a sessão de *focus group*, procedeu-se à audição e transcrição integrais da mesma. Dessa transcrição, foi removido tudo o que era acessório e não relevante para o objeto do estudo, de forma a que os atores em questão não fossem expostos. Esta foi efetuada pelo próprio investigador, garantindo um conhecimento mais pormenorizado dos *feedbacks* (Krueger & Casey, 2009).

Os dados recolhidos por meio das narrativas enunciadas no *focus group* foram objeto de análise de conteúdo, segundo Bardin (2018). Para esta autora, a análise de conteúdo abrange as iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo das mensagens, com a finalidade de se efetuarem deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens: quem as emitiu, em que contexto e/ou quais os efeitos que se pretende causar por meio delas (Bardin, 2018).

A autora supramencionada refere ainda que existem várias técnicas desenvolvidas na análise de conteúdo, que atuam no sentido de promover o alcance e a compreensão dos significados manifestos e latentes no material da comunicação, sendo estas a análise categorial, de avaliação, enunciação, proposicional do discurso, expressão e a análise das relações (Bardin, 2018).

No presente estudo, tendo em conta os seus objetivos, necessitamos de categorizar os resultados, pelo que, de entre as técnicas mencionadas anteriormente, optámos pela análise categorial que “funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos” (Bardin, 2018, p.199). Concomitantemente optou-se pela análise temática ou investigação dos temas, sendo esta uma possibilidade de categorização rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos e simples (Bardin, 2018).

Ainda de acordo com Bardin (2018), as regras às quais devem obedecer as categorias de fragmentação da comunicação, para que a análise seja válida, devem ser: homogéneas, exaustivas, exclusivas, objetivas e adequadas ou pertinentes, que foram assumidas na presente investigação.

Tendo em conta que a análise de conteúdo exige ao investigador a realização de passos pautados pelo rigor científico-metodológico, esta foi organizada em três fases, tal como sugere Bardin (2018).

A primeira fase, a pré-análise, consiste na escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. Para tal, procedemos a uma leitura flutuante da informação, com o intuito de organizar a mesma, compreendendo as regras anteriormente referidas (Bardin, 2018).

Concluída a pré-análise, evoluímos para a aplicação sistemática das decisões tomadas. A fase da exploração do material, longa e fastidiosa, consiste em operações de codificação do material, que inclui a escolha das unidades de registo (recortes do discurso dos participantes) e a classificação e agregação (escolha das categorias) inseridas nas diferentes áreas temáticas (Bardin, 2018).

A última fase, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação assenta no tratamento dos dados recolhidos, de modo a estes serem significativos e válidos. Nesta fase procede-se à categorização com recurso a diferentes estratégias de apresentação, a fim de tornar os resultados encontrados mais perceptíveis, permitindo o estabelecimento de “quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise” (Bardin, 2018, p. 127).

Assim, tendo como suporte os pressupostos teóricos definidos por Bardin (2018), começamos por efetuar uma leitura flutuante da transcrição da sessão de *focus group*, no sentido de selecionar a abordagem que consideramos mais adequada, construindo uma matriz de categorização.

A etapa seguinte foi a constituição do *corpus* de análise que, tendo por base uma sessão de *focus group* com questões pré-definidas num guia orientador, é composto pela totalidade das respostas dos EEER. Para tal, obedecemos às seguintes regras, sugeridas por Bardin (2018):

- Regra da exaustividade, tendo em conta todos os elementos do *corpus*, não deixando de fora nenhum dos elementos, independentemente do motivo;
- Regra da homogeneidade, considerando que os documentos retidos devem obedecer a critérios precisos de escolha, não apresentando demasiada singularidade fora desses critérios;
- Regra da pertinência, em que os documentos retidos devem ser adequados, enquanto fonte de informação correspondente ao objetivo do estudo.

Posteriormente seguiu-se a codificação que, de acordo com Bardin (2018, p.129), “corresponde a uma transformação – efetuada segundo regras precisas – dos dados em bruto do texto”, recorrendo a técnicas como o recorte, a agregação e a enumeração. A

finalidade desta é atingir uma representação do conteúdo ou o esclarecimento acerca das características do texto analisado.

Após a codificação, realizou-se a categorização assente nos princípios de organização de categorias inculcados por Bardin (2018, p. 147, 148):

- A exclusão mútua: “cada elemento não pode existir em mais de uma divisão”;
- A homogeneidade: “Um único princípio de classificação deve governar a sua organização. Num mesmo conjunto categorial só se pode funcionar com um registo e com uma dimensão da análise”;
- A pertinência: “uma categoria é considerada pertinente quando está adaptada ao material de análise escolhido, e quando pertence ao quadro teórico definido (...) há uma ideia de adequação ótima”;
- A objetividade e a fidelidade: “As diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma grelha categorial, devem ser codificadas da mesma maneira, mesmo quando submetidas a várias análises” de modo a não serem introduzidas distorções resultantes da subjetividade dos codificadores e da variação dos juízos;
- A produtividade: “um conjunto de categorias é produtivo se fornece resultados férteis: férteis em índices de inferências, em hipóteses novas e em dados exatos”.

Além dos constructos assumidos anteriormente, a categorização, enquanto representação simplificada dos dados em bruto, pode empregar dois processos inversos: o procedimento por caixas, em que é fornecido o sistema de categorias e distribuem-se da melhor forma possível os elementos que vão sendo encontrados; e o procedimento por “acervo”, em que o sistema de categorias não é fornecido, mas é resultante da classificação analógica e progressiva dos elementos (Bardin, 2018).

Neste sentido, para atingir um conjunto de categorias, que sejam sensíveis e representativas do *corpus* de análise, é fundamental que sejam respeitados os critérios suprarreferidos, de modo a providenciar uma base padronizada que permita utilizar os indicadores de codificação estabelecidos na organização das categorias.

Após proceder à codificação e categorização, os resultados obtidos deverão ser tratados e a partir destes propor inferência e interpretá-los à luz do quadro teórico proposto, se for o caso (Bardin, 2018).

## 2.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Toda a investigação científica, independentemente do seu paradigma, requer que os aspetos e padrões éticos sejam criticamente analisados, tendo os enfermeiros investigadores a responsabilidade profissional de conduzir a investigação defendendo princípios éticos sólidos e protegendo as pessoas (Streubert & Carpenter, 2013).

As mesmas autoras referem que nas últimas cinco décadas têm sido desenvolvidos vários códigos de ética, no sentido de dar resposta às violações dos princípios morais e dos direitos humanos. Por outro lado, referem que os dilemas éticos inerentes a matérias como consentimento informado, confidencialidade, colheita e tratamento dos dados, relações entre o investigador e os participantes e publicação são revistas tendo em conta os problemas ímpares que emergem no desenho e condução das investigações qualitativas (Streubert & Carpenter, 2013).

Neste sentido, elaboramos um projeto de investigação que foi aprovado pelo Conselho Científico da ESSSM, bem como solicitamos o parecer à Comissão de Ética desta instituição, tendo sido este favorável à realização do estudo de investigação (Anexo I).

Os participantes foram claramente informados sobre os objetivos do estudo e regras de participação, incluindo o tempo estimado de duração de forma a evitar abandonos precoces no decorrer da discussão em grupo (Bloor *et al.*, 2001). Para este efeito, elaborou-se um documento com a informação sobre o estudo que foi entregue aos participantes (Apêndice II).

Da mesma forma, foi solicitado o consentimento informado, livre e esclarecido para a participação no estudo de investigação a todos os participantes (Apêndice III), bem como pedida autorização para proceder à gravação áudio do discurso durante a realização do *focus group*.

No decorrer da investigação foi garantida a confidencialidade e os dados recolhidos foram utilizados exclusivamente para esta investigação sem que exista registo de dados de identificação.

Para Polit e Beck (2004, p.151) “o consentimento informado significa que os participantes possuem informação adequada relativamente à investigação; são capazes de compreender a informação e têm o poder de escolher livremente, capacitando-os a escolherem voluntariamente participar na investigação ou declinar”.

Quando obtém o seu consentimento informado, o investigador é obrigado a disponibilizar ao participante informação que seja adequada e suficiente que deve incluir

pelo menos a finalidade e o alcance do estudo, os tipos de perguntas que provavelmente serão feitas, o uso que será dado aos resultados e de que modo o seu anonimato será salvaguardado (Richards & Shwart, 2002 citados por Streubert & Carpenter, 2013).

### **3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Para Streubert e Carpenter (2013, p.437), “o valor da investigação nunca será completamente apreciado a menos que seja partilhado” e “partilhar os resultados de uma investigação qualitativa é uma excelente oportunidade de fornecer compreensões, receber crítica profunda e aprender a partir de outros que têm experiências relacionadas”.

Assim, mediante a análise do *focus group* e tendo em conta as questões colocadas e os objetivos do estudo, no sentido de atingir a sistematização do discurso dos participantes, emergiram oito unidades temáticas e 13 categorias.

De modo a melhor esclarecer o quadro conceptual subjacente à terminologia, recorreremos a alguns termos que integram a CIPE<sup>®</sup>, uma vez que é a classificação utilizada no SClínico<sup>®</sup>, que é o sistema de informação vigente nos serviços onde os participantes praticam o seu exercício profissional. Para além disso, é igualmente a classificação adotada pela OE.

Adicionalmente, atribuímos um código a cada participante, identificando com a letra E de enfermeiro e numerado de 1 a 6. O número foi atribuído pela mesma ordem em que intervieram na sessão de *focus group*.

Tendo por base os pressupostos teóricos relativos ao método e as questões de partida, procuramos estruturar o trabalho de modo a permitir uma leitura clara e esclarecedora. Assim, este capítulo será subdividido pelas áreas temáticas, categorias e unidades de registo encontradas, resultantes da análise efetuada ao conteúdo do *focus group*.

#### **3.1.PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO**

A primeira unidade temática que emergiu da análise do discurso dos participantes foi denominada por Processo de Tomada de Decisão. As quatro categorias obtidas nesta área temática resultaram das suas respostas, quando estes descrevem o que representa para eles o processo de tomada de decisão. Estas são: Conceito de Processo de Tomada Decisão, Intenção da Tomada de Decisão, Fundamentos da Tomada de Decisão e Natureza da Tomada de Decisão que apresentamos na figura 2, de modo a facilitar a exposição e a sua compreensão.

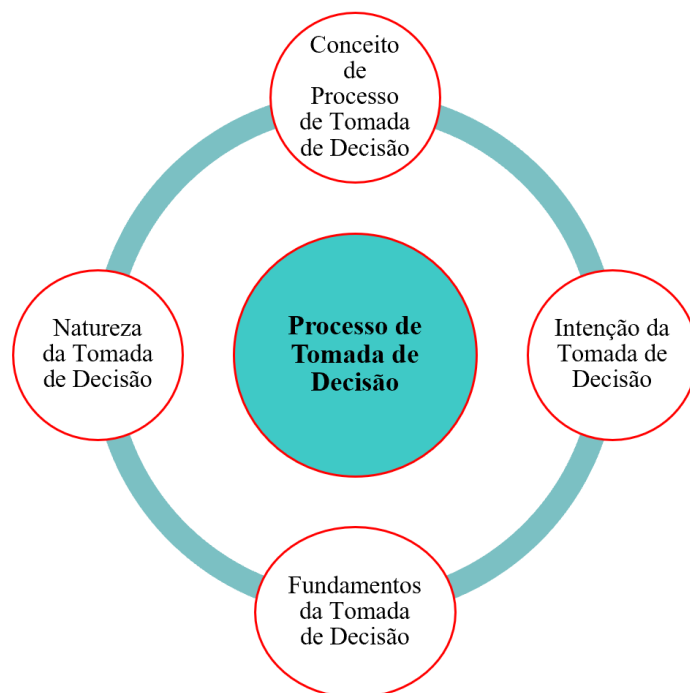


Figura 2. Representação esquemática da unidade temática “**Processo de Tomada de Decisão**”.

### 3.1.1. Conceito de Processo de Tomada de Decisão

Tal como referido no enquadramento teórico, alguns autores definem a tomada de decisão em enfermagem, como a operacionalização do conhecimento, por meio de um processo cognitivo complexo que produz uma ação/comportamento, através de uma sucessão de etapas sistemáticas. Estas são fundamentadas pelo conhecimento teórico, prático, processual, tecnológico, organizacional e ético do enfermeiro (Dias & Lopes, 2010; Macedo *et al.*, 2015).

Quando questionados sobre o que é o processo de tomada de decisão em enfermagem, os participantes hesitaram em responder, tendo sido necessário estimulá-los e promover a sua participação. Tal pode ter-se devido ao facto de ser a primeira questão a ser lançada ao grupo e de ainda não se ter criado uma relação confortável com a equipa de moderadores e entre eles. De acordo com Krueger e Casey (2009), é intenção do *focus group* a promoção da auto-revelação entre os participantes, sendo fundamental que estes se sintam confortáveis, respeitados e livres para fornecerem a sua opinião. Os mesmos autores referem que o moderador apresenta um papel importante para manter a conversação.

Desta forma, emergente da análise do discurso dos participantes, o processo de tomada de decisão “*é a fase em que nós identificamos um problema, e depois colhemos*

*alguns dados...*” (E1), “*é um processo sobretudo cognitivo, ou seja, quando nos deparamos com uma situação, colhemos dados sobre ela, no sentido de identificarmos se efetivamente temos um problema ou não para poder depois intervir (...) o processo de tomada de decisão é isto, as etapas que nós percorremos até chegarmos efetivamente a uma intervenção e depois para medirmos os resultados que vamos obter dela ou não*” (E2).

Do mesmo modo, a OE (2011) preconiza que na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo e que uma vez identificada a problemática do cliente, este prescreve intervenções de enfermagem.

Assim, para os respondentes, o processo de tomada de decisão consiste “*no diagnóstico de situação, levantamento de problemas, seleção de prioridades até chegar à fase decisória (...) o processo de tomada de decisão é um processo, várias etapas (...) até chegar à fase da decisão final*” (E3), refletindo-se esta decisão nas intervenções de enfermagem que vão implementar.

Embora os participantes E1, E2 e E3 tenham salientado a identificação dos problemas do cliente, outro participante salvaguarda que podem ser “*as necessidades, às vezes não precisa de ser problemas*” (E4), e que “*tomamos as nossas decisões de acordo com as necessidades do momento*” (E4).

Neste sentido, os participantes definem o processo de tomada de decisão à imagem do processo de enfermagem, sendo um processo contínuo que dá lugar a um ciclo composto por avaliação inicial, focos e diagnósticos de enfermagem, planeamento de intervenções e resultados a obter, implementação das intervenções e avaliação final. Em consonância com o descrito, para os participantes, após a tomada de decisão é necessário “*verificar como é que correu e reavaliar a nossa intervenção*” (E5), havendo a fase “*...do feedback da decisão tomada se foi ou não a melhor para a altura face às circunstâncias que encontraram naquele momento em que tiveram de tomar uma decisão*” (E3).

Considerando os modelos de tomada de decisão, as afirmações dos participantes enquadram-se no modelo analítico-racional. Silva (2011) refere que, segundo este modelo, o processo de tomada de decisão é um processo sequencial de etapas que tem início no reconhecer e definir o problema, reunir a informação relevante, criar possíveis conclusões, testar possíveis hipóteses e avaliar conclusões. Contudo, não corrobora com o descrito por Benner (1984), que identificou nos enfermeiros de cuidados intensivos, considerados peritos, a capacidade destes profissionais fazerem julgamentos clínicos de

forma intuitiva. Nesta abordagem teórica, a tomada de decisão intuitiva caracteriza-se pelo conhecimento imediato, que surge como um todo, pela atividade que precede o pensamento.

Estes achados sugerem-nos que sendo cuidados de enfermagem especializados e numa área tão específica, em que é necessário, inclusive, a avaliação dos critérios de segurança para a implementação da reabilitação na pessoa em situação crítica (Hodgson *et al.*, 2014), o processo de tomada de decisão careça de um pensamento analítico-racional, pois “*é um processo sobretudo cognitivo*” (E2). Deste modo, o discurso dos respondentes sugere que os EEER de cuidados intensivos não tomam decisões de forma intuitiva.

A figura 3 sintetiza e esquematiza a presente categoria.

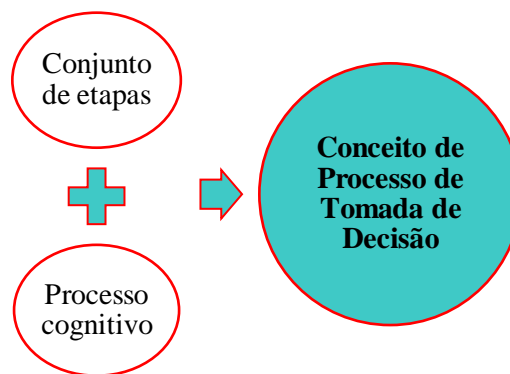


Figura 3. Representação esquemática da categoria “**Conceito de Processo de Tomada de Decisão**”.

### 3.1.2. **Intenção da Tomada de Decisão**

Após nos centrarmos no que é o processo de tomada de decisão, há que entender a substância da decisão, na medida em que é necessário “*saber o que estamos a decidir ou para quê que estamos a decidir, qual é a intencionalidade que temos por detrás, de todo o nosso trabalho*” (E2).

A intenção é entendida como uma determinante próxima do comportamento, contendo os fatores motivacionais que o influenciam, sendo indicadores da disposição da pessoa para tentar, bem como do esforço que planeiam despende para levar a cabo o comportamento (Silva, 2011).

De acordo com o REPE da OE (2012, p.6), “...após a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados”.

Assim, do discurso dos participantes, emerge a categoria: **Intenção da Tomada de Decisão**. Para estes, a tomada de decisão “às vezes pode ser só para prevenir (...) pode não ser um problema, mas de uma forma preventiva também” (E4), corroborando igualmente com o Regulamento das competências específicas do EEER (Regulamento nº392/2019), onde está descrito que estes profissionais tomam decisões relativas à prevenção de complicações, tratamento e reabilitação e para tal, enquanto EEER, “...arranjamos uma forma de tentar resolver o problema” (E1).

Por outro lado, no Regulamento nº392/2019, está descrito que os EEER tomam decisões relativas à promoção da saúde, aspeto que não foi salientado pelos participantes. Tal achado poderá estar relacionado com o facto de nos seus contextos de prática clínica prestarem cuidados à pessoa em situação crítica, focando-se de uma forma mais veemente, numa fase inicial, na prevenção das complicações resultantes do processo patológico e do próprio internamento em UCI e na resolução dos problemas que vão surgindo. Deste modo, estas parecem constituir as intenções dominantes da sua tomada de decisão.

Procurando clarificar o anteriormente descrito procedemos à exposição da figura 4.

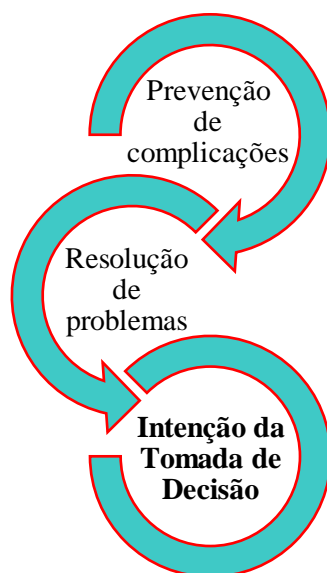


Figura 4. Representação esquemática da categoria “**Intenção da Tomada de Decisão**”.

### 3.1.3. Fundamentos da Tomada de Decisão

Para os participantes, a tomada de decisão fundamenta-se “... no conhecimento científico...” (E4). Para tomar decisões “temos que saber o que procuramos com base em que tipo de conhecimento enquanto enfermeiros, e o que é que dispomos para recorrer”

(E2) “e também ir procurar o que é que a evidência diz acerca daquele assunto, e tomar a decisão baseada nisso” (E5).

Podemos perceber que os participantes consideram fundamental a prática baseada na evidência, tal como preconizado pela OE (2012, p.6), que indica que “No processo de tomada de decisões em Enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática”. De igual modo, está contemplado no regulamento das competências específicas do EEER que “o avanço no conhecimento requer que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem” (Regulamento n.º 392/2019, p.13565).

A prática de enfermagem baseada na evidência é considerada como sendo a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos, bem como os valores e preferências dos clientes, no contexto dos recursos disponíveis (Thompson, 2003; Dale, 2005; Berg, Fleischer & Behrens, 2005; Melnyk, 2005; CNA, 2005 citados por OE, 2006).

Neste sentido, a experiência e conhecimento prévios, bem como o conhecimento de outros elementos da equipa multidisciplinar, foram aspetos salientados pelos participantes pois, tal como referem, o processo de tomada de decisão “*é sempre baseado no nosso conhecimento (...) reunimos o conhecimento que temos, se sentirmos necessidade podemos procurar junto de outros profissionais, colegas*” (E5).

Sirkka & Sanna (1998, citados por Silva, 2011) salientam que o conhecimento anterior da pessoa é determinante no modo de tomar decisões. Sendo este um aspeto essencial da teoria do processamento de informação apresentada por Carnevali & Thomas (1993), pois tem relacionados diretamente os conceitos de memória ou espaços de armazenamento de informação e de recuperação dessa mesma informação armazenada.

Um dos participantes destacou a experiência pessoal e profissional e o conhecimento adquirido através desta, em detrimento da evidência científica, ao mencionar que “*há literatura que nos orienta, mas diz-me mais a experiência, a população que nós temos do que propriamente o que aquele autor sugere ou recomenda (...) vou complementar com a literatura quando na prática tenho dúvidas (...) eu acho que é mais a experiência pessoal e profissional que me guia (...) eu queria dizer que no fundo nós temos que relacionar a teoria à prática. Há algumas sugestões que vêm da literatura e que algumas delas não nos deixam à vontade para aplicarmos nos nossos*

*doentes*” (E3). Este aspeto corrobora, mais uma vez, com a teoria do processamento de informação de Carnevali & Thomas (1993), defendendo a perspectiva de que o conhecimento anterior que o indivíduo adquiriu acerca de problemas e áreas relevantes, é empregue na resolução de problemas. À luz desta teoria, o repositório individual do enfermeiro decisor proveniente do conhecimento anterior e das experiências vivenciadas, é determinante no seu processo de tomada de decisão.

Contudo, as perspectivas dos respondentes foram algo divergentes pois, tal como referiu um deles, *“eu não tenho a mesma perspectiva, eu acho que se existe conhecimento, nós temos que saber usá-lo e partir a nossa intervenção do conhecimento (...) nós temos que saber o que estamos a fazer e porquê que estamos a fazer e justificar. E como é a melhor forma de justificarmos, é através daquilo que a bibliografia diz, o que os livros nos dizem e que foi testado e que foi medido, que para aquele doente ou para um doente com determinadas características, que tipo de coisas ele pode ou não fazer. Agora, é claro que a prática baseada na evidência é fundamental, de ajustarmos aquilo que é a evidência àquilo que é um doente num todo, numa visão holística.”* (E2).

Deste modo, é perceptível que na ótica dos participantes, para tomar decisões é fundamental o conhecimento científico, o conhecimento e a experiência prévios, tanto do enfermeiro decisor como de outros profissionais da equipa, havendo dois aspetos fundamentais que se devem encontrar associados, que são o holismo e o pensamento crítico-reflexivo.

Os conceitos de Benner sobre a visão holística de situações baseiam-se no padrão experimental do saber, que descreve a passagem dos enfermeiros de uma fase de iniciante/principiante, em que dependem da teoria para a tomada de decisão, para uma fase de perícia na tomada de decisão (Jenks, 1993) – *“Obviamente que quem está a começar agarra-se mais na teoria...”* (E6).

Tal como referido no enquadramento teórico, o modelo de Benner (1984), de iniciante a perito, é bem conhecido, tanto no ensino da enfermagem como na comunidade da prática clínica. Benner propôs que o pensamento crítico intuitivo é um componente essencial do enfermeiro perito, enquanto o enfermeiro iniciante/principiante é principalmente orientado a tarefas e baseia-se no pensamento crítico analítico quando utiliza o processo de enfermagem para fazer julgamentos clínicos. Estes pressupostos foram salientados participantes quando referem que *“Claro que se pensarmos sob ponto de vista daquilo que nós somos enquanto enfermeiros de reabilitação a começar e o que somos passado uns tempos, claro que nós vamos ser enfermeiros de reabilitação muito*

*diferentes, até porque vamos evoluindo e à partida, inicialmente somos iniciados, estamos a experimentar como é que se faz e como é que somos enfermeiros de reabilitação e depois vamos ser peritos e vamos atuar de acordo com padrões (...) que vamos desenvolvendo ao longo da nossa prática, assentes no conhecimento. Agora, acho que é importante e faz parte do processo crescer e adquirir experiência enquanto enfermeiros de reabilitação” (E2).*

Efetivamente, de acordo com o referencial de Benner (2001), à medida que exerce a sua prática, o EEER começa a generalizar as suas ideias e a determinar quais os métodos efetivos na sua prática. Assim, começa a emergir um profissional experiente, com técnicas terapêuticas bem-sucedidas que são colocadas em prática, métodos para avaliar a eficácia são estabelecidos e os resultados são compartilhados com os pares.

Esta prática já se encontra definida no Código Deontológico dos Enfermeiros, quando se aborda a excelência do exercício, defendendo que o profissional perante qualquer cliente, precisa de agir e que esta necessidade implica uma preocupação em atingir um nível elevado de proficiência, respeitando as normas, entre as quais, as das boas práticas e deontologia (OE, 2015).

Um dos participantes referiu ainda a existência de protocolos na UCI onde exerce funções – *“nós temos uma instrução de trabalho (...) de uma forma geral o nosso trabalho está bastante normalizado” (E5).* Jolley, Caldwell e Hough (2014, citados por Goddard *et al.*, 2018), demonstraram que um protocolo formal de reabilitação precoce estava associado ao aumento da aceitação da reabilitação precoce. Por outro lado, Hanekom, Louw e Coetzee (2013, citados por Goddard *et al.*, 2018) demonstraram que a introdução de um protocolo para reabilitação precoce aumentou a frequência das sessões de reabilitação, bem como reduziu o tempo de espera. Esses achados, combinados com o estudo de Goddard *et al.* (2018) sugerem que o uso de um protocolo para apoiar a reabilitação física precoce no ambiente de UCI pode ser útil.

Porém, também a existência de protocolos não se pode dissociar da visão holística do cliente e do pensamento crítico-reflexivo pois, *“não é o doente que tem que caber no protocolo, é o protocolo que tem que caber no doente” (E2)* e *“tem que ser sempre adaptado à pessoa” (E5).*

Ainda acerca da existência de protocolos, o conhecimento científico foi mais uma vez salientado por um dos respondentes, acrescentando que este *“...é o que nos dá o suporte, nos dá as ferramentas para depois nós podermos ajustar ao doente que temos à*

nossa frente e com necessidades específicas e com características, sobretudo, específicas, daí a prática baseada na evidência ser muito importante...” (E2).

A capacidade de reflexão, bem como o pensamento crítico sobre a pertinência das suas intervenções é algo que se exige ao enfermeiro, sendo que a implementação dos cuidados de enfermagem deve ser centrada na pessoa e nas suas reais necessidades. Tal como salientado no discurso dos participantes: “...a capacidade de termos espírito crítico, de pensar sobre as coisas, para decidir sobre e para a tomada de decisão é importante. E é expectável que nós enquanto ER, com competências acrescidas sejamos peritos, ou é isso que esperamos (...) Podemos não dominar todas as técnicas mas, pelo menos, temos que dominar o processo de pensamento, de refletir sobre o que é o melhor para os doentes e ter um espírito crítico, ou seja, pensar e refletir e ok, este se calhar pode não ser o melhor caminho, aquele é o melhor, hoje não resultou bem, vamos mudar a abordagem ou a estratégia para trazermos o melhor para o doente” (E2). Apesar disso, outro respondente refere que “o problema é que muitas vezes não há aquela reflexão crítica do conhecimento científico” (E3).

Corroborando com Peden-McAlpine *et al.* (2005, citado por McPeake, 2012), prática reflexiva significa criar uma situação de aprendizagem e garantir que o resultado da aprendizagem seja uma combinação de experiências anteriores, contextos específicos e teoria. Para Burton (2000, citado por McPeake, 2012), a reflexão pode ser um veículo através do qual valores ou crenças podem ser desafiados ou alterados e novas perspetivas alcançadas.

De modo a sintetizar a presente categoria, apresentamos de seguida a figura 5.

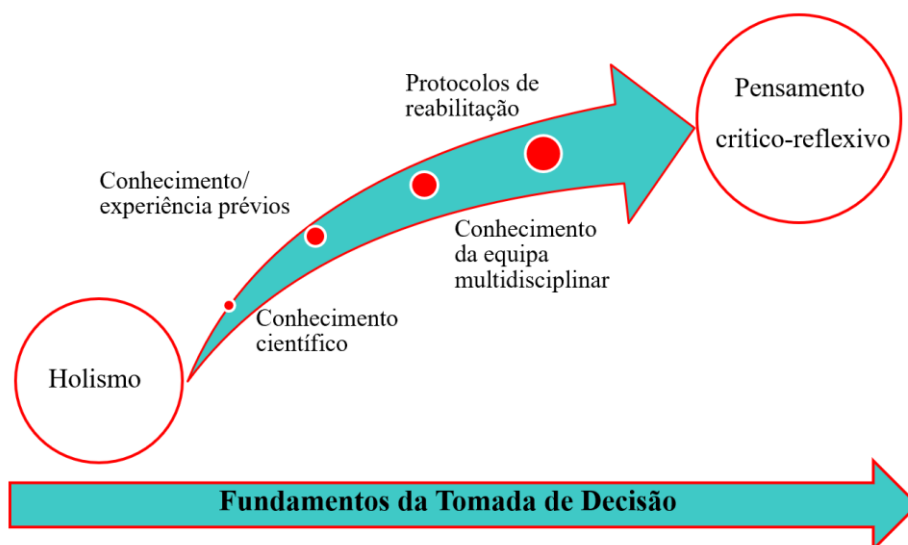


Figura 5. Representação esquemática da categoria “Fundamentos da Tomada de Decisão”.

### 3.1.4. Natureza da Tomada de Decisão

Resultante das respostas dos participantes, quando estes descreveram como decidem acerca dos cuidados de reabilitação à pessoa internada em UCI, emergiu a categoria Natureza da Tomada de Decisão. Esta nomeação tem por base o REPE, documento aprovado pelo Decreto-Lei nº161/96 de 4 de setembro e alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril, que classifica as intervenções de enfermagem em autónomas e interdependentes.

Neste sentido, os participantes consideram que as suas intervenções são autónomas ao mencionarem que “...eu faço a seleção dos meus doentes...” (E4); “*de uma forma geral temos bastante autonomia*” (E5); “...*nós fazemos o nosso plano e o médico não interfere no nosso plano*” (E3); “*enquanto enfermeiros de reabilitação temos um poder de decisão autónomo*” (E2).

Contudo, a autonomia na tomada de decisão “*traduz-se em responsabilidade acrescida*” (E2), sendo imprescindível que o EEER consiga fundamentar o processo de tomada de decisão.

Na sua área de cuidados, os enfermeiros participantes também consideram a existência de intervenções interdependentes, pois interagem com os restantes elementos da equipa com o intuito de colaborar em planos de ação com orientações previamente formalizadas, dado que, “*se houver algo mais que seja necessário decidir, se vai prolongar a entubação, se é para extubar, podemos ajudar nisso também, colaborar com os colegas*” (E5).

Para além disso, a tomada de decisão, para os respondentes “*vem muito da referência daquilo que os nossos colegas que estão em contacto direto com os doentes nos dizem, que partilham connosco*” (E2) e, portanto, a equipa multidisciplinar também possui um papel preponderante na tomada de decisão. Outro participante refere ainda que “*Às vezes a parte médica vem ter comigo, e diz se houver um doente com mais necessidade e que precise de ir lá naquele momento, eles também vêm ter comigo, ou connosco, com quem está na reabilitação, os colegas às vezes também vêm*” (E4).

O discurso dos participantes sugere-nos que a tomada de decisão relativamente aos cuidados de ER é essencialmente compartilhada: “*...às vezes eles também vêm ter connosco para perguntar se é o melhor momento, se podem levantar o doente, se eu quero ir lá primeiro (...) ou quando os doentes estão mais aflitos, às vezes estão com maior necessidade, eles vêm ter connosco...*” (E4).

Adicionalmente, é importante garantir a segurança do cliente para executar determinadas intervenções ou utilizar determinados dispositivos: *“se for para utilizar por exemplo um cough assist, não tomo essa decisão unilateralmente, tomo sempre em conjunto com o médico, principalmente se for uma esternotomia, vejo sempre se o médico concorda com a utilização desses dispositivos”* (E5), bem como esclarecer questões relacionadas com a condição do cliente, uma vez que podem surgir *“algumas dúvidas em relação a algumas situações específicas (...) normalmente quando os doentes agravam (...) vamos pedir apoio à parte médica quando temos essas dúvidas (...) ou suspeitas”* (E3).

De igual modo, a equipa multidisciplinar é imprescindível na tomada de decisão relativa à seriação dos clientes a intervir bem como para a definição de prioridades, pois *“muitas das vezes chegam junto de nós e dizem que se calhar aquele doente precisa mais de uma intervenção nossa, de que forma é que nós podemos ajudá-lo e potenciar algum aspeto que esteja menos bem junto de determinados doentes”* (E2). Outro participante indica ainda que *“os colegas generalistas são os meus olhos na sala onde não estou, eles fazem-me a sinalização e a parte médica também, essa colaboração no sentido de dizer: temos aqui um doente que precisa de mais apoio”* (E3). No fundo, *“qualquer elemento que esteja em contato com o doente acaba por nos fornecer dados para nós estabelecermos estratégias”* (E6). Assim, percebemos que os EEER dispõem de *“bastante colaboração da equipa médica e de enfermagem”* (E5).

Considerando que os cuidados de enfermagem são um trabalho de partilha entre enfermeiro, cliente, família, pessoa significativa e outros elementos da equipa de saúde, desta colaboração com os outros profissionais, surgem as intervenções interdependentes e o trabalho em equipa. A complementaridade ativa bem como a mobilização dos diversos profissionais para, de uma forma conjunta, atingirem os melhores resultados possíveis, também é defendida por Deodato (2010).

De igual modo, Hodgson *et al.* (2014) mencionam que a tomada de decisão de mobilizar a pessoa internada em UCI, deve ser partilhada com todos os membros da equipa.

Com a figura 6 pretendemos clarificar o que foi anteriormente descrito.

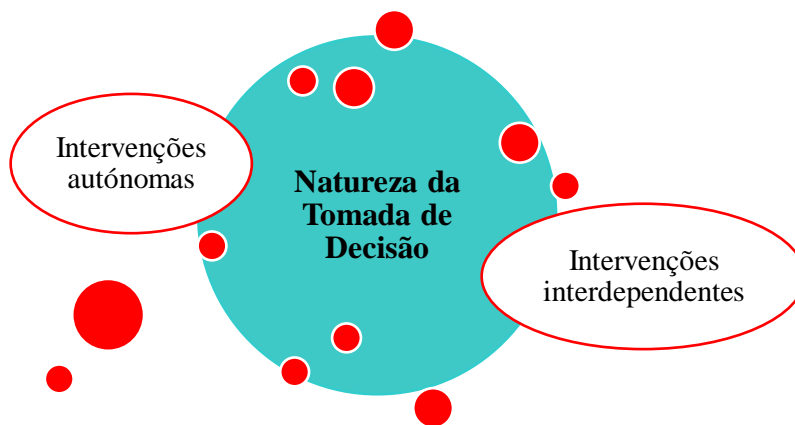


Figura 6. Representação esquemática da categoria “Natureza da Tomada de Decisão”.

### 3.2. ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM UCI: UMA PRÁTICA DIFERENCIADA

Atualmente, os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de enfermagem, assumem uma maior importância e exigência técnica e científica, pelo que a diferenciação e a especialização é, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. Assim, reconhece-se ao enfermeiro especialista competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas diversas áreas de especialidade em enfermagem como é o caso da especialidade em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 140/2019).

Num estudo sobre a organização dos cuidados de reabilitação nas UCI portuguesas, os autores mencionam que 92% destas eram dotadas de EEER, ainda que em apenas 75% das mesmas, os enfermeiros desempenhavam funções especializadas (Mendes, Nunes, Pinho & Gonçalves, 2018).

Neste sentido, emerge a categoria Competências do EEER nas UCI, resultante das respostas proferidas pelos participantes no que concerne à forma como satisfazem as necessidades da pessoa em situação crítica, considerando as suas competências específicas. Os participantes não responderam objetivamente à questão, referindo igualmente as competências comuns do enfermeiro especialista. Assim, esta categoria assenta em duas unidades de contexto, onde se destacam: as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEER.

As competências comuns do enfermeiro especialista estão regulamentadas, e envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e, concomitantemente a responsabilidade de descodificar,

disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, com o propósito de avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019).

Considerando estes pressupostos, para os participantes “*enquanto enfermeiros de reabilitação ou especialistas (...) temos uma responsabilidade acrescida no que toca à supervisão, à supervisão dos nossos pares (...) na delegação (...), na estimulação do desenvolvimento de novos conhecimentos dos nossos, que nos facilitem sob o ponto de vista da reabilitação*” (E2), “*na orientação, na formação (...) também é necessário efetuar formação aos nossos pares, e não só, aos nossos parceiros de outras classes como os assistentes operacionais*” (E3).

Neste sentido, os respondentes reconhecem quais são as suas competências enquanto enfermeiros especialistas. Porém, na perspetiva destes, nos seus contextos da prática clínica, “*jogamos um bocado contra o tempo*” (E2) e “*isso ainda é muito menosprezado, porque falta tanto para nós conseguirmos fazer o trabalho bem, daquilo que nós somos enquanto enfermeiros, que não conseguimos dar resposta àquilo que são as outras competências (...) acho que ainda temos muito trabalho a fazer nesta perspetiva*” (E2).

Importa referir que, do mesmo modo, estão regulamentadas as competências específicas do EEER que, tal como descrito no artigo 4.º do Regulamento n.º 392/2019, cabe a estes profissionais: cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Para tal, estes profissionais diferenciados, concebem, implementam e monitorizam planos de ER, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas, intervindo no sentido de promover o diagnóstico precoce e ações preventivas para assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e incapacidades, bem como proporcionar intervenções que visem melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas AVD's. Os EEER intervêm sobretudo ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca e ortopédica (Regulamento n.º 329/2019), enquadrando-se no que serão as necessidades de cuidados de reabilitação da pessoa em situação crítica (Malone *et al.*, 2015).

Assim, na perspetiva dos participantes, “*em que é que o enfermeiro de reabilitação se distingue, ou o que é que faz diferente numa unidade de cuidados*

*intensivos, acho que sobretudo incide na prevenção das complicações, na melhoria de alguns status, seja da ventilação, seja do conhecimento, seja da capacidade” (E2).*

De modo a clarificar o anteriormente descrito, procedemos à exposição da categoria “Competências do EEER nas UCI” na figura 7.



Figura 7. Representação esquemática da categoria “Competências do EEER nas UCI”.

### 3.3.FOCOS DE ATENÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM UCI: EM FUNÇÃO DO ESTADIO DA PESSOA

O foco é conceptualizado pela CIPE<sup>®</sup> como uma área de atenção que é pertinente para a enfermagem (International Council of Nurses [ICN], 2015).

Deste modo, na presente unidade temática, no sentido de clarificar o quadro conceptual inerente à terminologia, recorreremos a alguns termos que integram a CIPE<sup>®</sup> pois, tal como já havíamos referido, é a classificação utilizada no SClínico<sup>®</sup> que é o sistema de informação que os participantes utilizam nos seus contextos da prática profissional, bem como a classificação advogada pela OE.

No sentido de auxiliar os EEER a documentar o processo de tomada de decisão, a OE (2014), mais especificamente a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, elaborou um padrão documental que traduzisse as práticas dos EEER. Contudo, os termos utilizados são os que constam na CIPE<sup>®</sup>, versão beta2 e os a que recorreremos são os que estão classificados na nova versão de 2019 que acedemos através do Browser CIPE (ICN, 2019).

Tal como refere um dos participantes: “*é importante fazermos a distinção do estadio em que o doente está, porque numa unidade de cuidados intensivos temos doentes*

*de diferentes tipos, em diferentes estadios, e os focos de atenção, na minha perspetiva vão mudando, à medida que o tempo passa, e à medida que o doente vai evoluindo ou não” (E2).*

Adicionalmente, outro participante mencionou que *“o problema da nossa realidade é que nós vamos tendo doentes de todos os tipos, de todas patologias, de todas as idades (...) e nesse sentido (...) acho que cada caso é um caso (...) para além de ter tantas patologias, mas também em fases diferentes” (E6).*

Partindo deste pressuposto, na prestação de cuidados especializados em ER à pessoa em situação crítica é fundamental elencar um conjunto de focos de atenção que se reportam às necessidades de cuidados que os EEER identificam nos clientes, nos diferentes estadios. Para tal, é necessário salvaguardar que cada pessoa deve ser avaliada individualmente e que o plano de cuidados deve ser centrado na pessoa e nas suas reais necessidades.

Neste sentido, considerando que um dos objetivos específicos desta investigação foi identificar quais os focos de atenção que os participantes ponderam, quando prestam cuidados especializados em ER em contexto de cuidados intensivos, emergiu a presente unidade temática onde, com base no apurado no *focus group* se enquadram duas categorias: Cliente sedado e Cliente acordado.

### **3.3.1. Cliente sedado**

O Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015) constitui um recurso útil para o processo de tomada de decisão do EEER, sobretudo no que respeita ao cliente que está vígil e ao seu familiar cuidador e particularmente no sentido de desenvolverem competências no âmbito do conhecimento e da capacidade. No entanto, não se encontra direcionado para o que concerne aos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação da pessoa em situação crítica, sobretudo na fase em que está sedada e sujeita a VMI.

Tradicionalmente, a doença crítica envolvia um período de sedação profunda e imobilidade (Goddard *et al.*, 2018). Contudo, é conhecido que a sedação pode ser prejudicial (Pisani *et al.*, 2009 & Shehabi *et al.*, 2013 citados por Goddard *et al.*, 2018), bem como a imobilidade subjacente à doença crítica está associada a significativa atrofia e fraqueza muscular (De Jonghe *et al.*, 2002; Puthuchearry *et al.*, 2013).

Deste modo, na perspetiva dos participantes, quando se encontram perante um cliente sedado, *“estamos muito no domínio da função (...) de minimizarmos ao máximo*

*o impacte que aquela imobilidade, que o descondicionamento pelo desuso lhes vai causar. Portanto, é muito mais sobre a perspectiva do movimento corporal”* (E2).

A preocupação dos respondentes quanto aos efeitos deletérios da imobilidade é corroborada 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 (Parry e Puthuchery, 2015).

Tendo em conta o descrito anteriormente, o “Movimento corporal” é assim, um foco de atenção que os participantes consideram quando prestam cuidados especializados em ER ao cliente sedado (E2, E3, E4, E5, E6), pois tal como referem, identificam “*o movimento muscular normalmente também em todos*” (E5). Este, é definido pela CIPE® como “Processo do sistema musculoesquelético: movimento espontâneo; voluntário ou involuntário dos músculos e articulações” (ICN Browser CIPE, 2019).

Neste seguimento, quando o movimento corporal está comprometido devido à imobilidade subjacente ao estado de sedação e necessidade de VMI, pode ocorrer fraqueza muscular. Esta, associada à ineficácia do revestimento ciliar, diminuiu a eficácia da tosse contribuindo para o aumento da acumulação de secreções e risco acrescido de infeções respiratórias (OE, 2013).

Considerando os clientes sedados e ventilados, a “Ventilação” é igualmente um foco de atenção identificado pelos EEER participantes (E1, E2, E3, E4, E5, E6), pois tal como indicam “*a ventilação normalmente está comprometida em todos*” (E5). Esta, é conceptualizada como “Processo do sistema respiratório: deslocar o ar para dentro e para fora dos pulmões com frequência e ritmo respiratórios determinados; profundidade inspiratória e força expiratória” (ICN Browser CIPE, 2019).

De igual modo, a “*Limpeza da via aérea*” é um foco de atenção mencionado pelos respondentes (E1, E2, E3, E4, E5), que está comprometida nestes clientes. De acordo com o ICN Browser CIPE (2019), a “Limpeza da via aérea” define-se como “Processo do sistema respiratório: manter aberta a passagem de ar desde a boca até aos alvéolos pulmonares através da capacidade para limpar as secreções ou obstruções do trato respiratório”.

Em suma, conseguimos perceber que na ótica dos EEER participantes, na fase em que o cliente está sedado, no sentido de prevenir as complicações decorrentes da imobilidade e da VMI, os focos associam-se às questões que respeitam os processos corporais comprometidos como o “Movimento corporal”, a “Ventilação” e a “Limpeza da via aérea”. Assim, o processo do sistema musculoesquelético respeita ao foco do

“Movimento corporal” bem como o processo do sistema respiratório aos focos “Ventilação” e “Limpeza da via aérea”. No quadro 7 apresentamos os focos de atenção e os respectivos diagnósticos de enfermagem que foram descritos e, na figura 8 representamos esquematicamente a categoria “Cliente sedado”.

Quadro 7. Focos e Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação no Cliente Sedado.

Focos de atenção	Diagnósticos de enfermagem
Movimento corporal	Movimento corporal comprometido
Ventilação	Ventilação comprometida
Limpeza da via aérea	Limpeza da via aérea comprometida

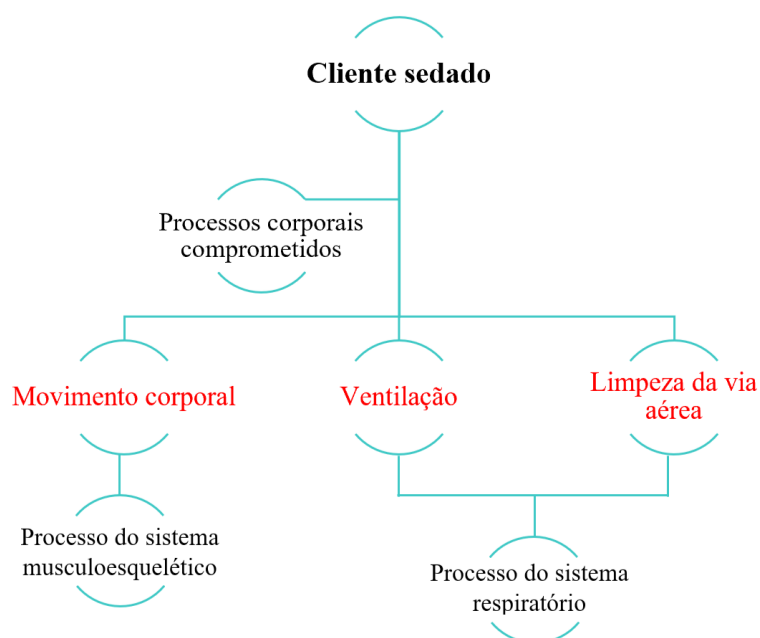


Figura 8. Representação esquemática da categoria “Cliente sedado”.

### 3.3.2. Cliente acordado

Terminado o período de sedação e perante um cliente já acordado, na perspectiva dos EEER participantes, a “Ventilação” continua a ser “*um foco importante, sobretudo sob o ponto de vista do desmame ventilatório, da evolução da ventilação, para minimizarmos complicações*” (E2).

Neste seguimento, importa referir que um estudo internacional focado em *outcomes* dos clientes submetidos a VMI, revela que a mortalidade destes não se relaciona somente com os fatores presentes no início da ventilação mecânica mas também com as

complicações que surgem durante a permanência na UCI, sendo a probabilidade de sobrevivência inversamente proporcional à duração da VMI (Esteban *et al.*, 2002). Para além disso, estudos posteriores demonstram que 50% dos clientes ventilados têm pelo menos uma complicação no decorrer da VMI e, embora se tenha verificado uma redução na mortalidade de 31% em 1998, para 28% em 2010, os valores permanecem elevados (Esteban *et al.*, 2013), o que corrobora o enfoque dado pelos respondentes relativamente a este aspeto.

Deste modo, tendo em conta os resultados bem-sucedidos relativamente à doença crítica, Desai *et al.* (2011, citados por McWilliams, Snelson, Goddard & Attwood, 2019) salientam que atualmente é reconhecido que não é suficiente ou apropriado considerar apenas a sobrevivência e que um foco maior foi colocado no papel da reabilitação para melhorar os resultados tanto a curto quanto a longo prazo (McWilliams *et al.*, 2019).

Adicionalmente, um estudo de McWilliams *et al.* (2015), demonstrou que com a implementação de um programa de reabilitação precoce, houve uma diminuição nos dias de ventilação (11,7 dias vs 9,3 dias), sugerindo que o EEER possui um papel fulcral para um desmame ventilatório bem-sucedido.

Por outro lado, quando os EEER participantes se encontram perante um cliente acordado e que “*sob ponto de vista do domínio cognitivo está íntegro (...) entramos no domínio do conhecimento, no domínio da capacidade*” (E2). Assim, nesta unidade de registo, é possível identificarmos três focos de atenção que os respondentes consideram: a “Cognição” (E2, E3), o “Conhecimento” (E1, E2, E3, E4, E5, E6) e a “Capacidade” (E1, E2, E3, E4, E5, E6).

Importa assim referir que a “Cognição”, enquanto foco de atenção, é conceptualizada como “Processo psicológico: processo intelectual que envolve todos os aspetos da perceção; pensamento; raciocínio e memória” (ICN Browser CIPE, 2019) assumindo particular relevância pois, a “*capacidade de memorização e da compreensão às vezes também está afetada, o que nos dificulta um bocadinho o trabalho*” (E2).

Estes achados corroboram com Needham *et al.* (2012 citados por McWilliams *et al.*, 2019) quando referem que os sobreviventes da doença crítica ficam muitas vezes com significativa morbilidade física, psicológica e cognitiva. As sequelas cognitivas bem como o *delirium*, integram o conjunto das complicações decorrentes do internamento em UCI, denominado de PICS (Hermans & Berghe, 2015; Mehlhorn *et al.*, 2014) que apresentam impacto na funcionalidade, na qualidade de vida e no desempenho nas AVD's.

Para além disso, um dos respondentes referiu que na UCI onde exerce a sua atividade profissional – *“temos muitos doentes neurocirúrgicos e o treino cognitivo, o treino de atenção, de concentração, orientação no espaço, no tempo, também é uma área que é contemplada por nós”* (E3).

Assim, face ao exposto, identificamos focos referentes ao processo do sistema psicológico, entre os quais, para além da “Cognição” referida anteriormente, temos a “Atenção” e a “Concentração”, muito embora seja algo que *“às vezes acabamos por descurar”* (E3).

Relativamente a estes focos de atenção, importa referir que a “Atenção” tem como pai a “Concentração” que, por sua vez, tem como pai a “Cognição” (ICN Browser CIPE, 2019). Assim, a “Atenção” é conceptualizada como “Concentração: receção e processamento intencionais de informação” (ICN Browser CIPE, 2019) e a “Concentração” define-se como “Cognição: atenção focalizada e atividade mental para armazenar e recordar o conhecimento” (ICN Browser CIPE, 2019).

Por outro lado, conseguimos igualmente identificar focos que respeitam ao fenómeno status que é descrito como “Característica: condição da pessoa relativamente a outras; posição relativa de uma pessoa” (ICN Browser CIPE, 2019), onde se elencam a “Orientação” (E3), o “Conhecimento” (E1, E2, E3, E4, E5, E6) e a “Capacidade” (E1, E2, E3, E4, E5, E6).

Assim, de acordo como o ICN Browser CIPE (2019), os focos suprarreferidos são conceptualizados como:

- Orientação: “Status: certeza das relações com o ambiente em termos de tempo, como o ano; a estação; o mês; o dia; a hora exata; em termos de lugar num determinado momento, como país; província; cidade; local de trabalho; casa e em termos de consciência da própria identidade, como a idade e data de nascimento e em termos de reconhecimento das pessoas em redor”.
- Conhecimento: “Status: conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação aprendida ou competência; conhecimento e reconhecimento da informação”.
- Capacidade: “Status”.

Particularmente os focos de atenção “Conhecimento” e “Capacidade” são relevantes para os EEER participantes no sentido de o cliente ser *“capaz de executar determinadas competências, nomeadamente a limpeza das vias aéreas, a técnica da tosse (...) às vezes até a própria reabilitação respiratória quando trabalhamos a reexpansão*

*pulmonar, a reeducação*” (E2), pretendendo-se que o cliente adquira conhecimento sobre (...) e capacidade para (...). Assim, se o cliente apresenta capacidade cognitiva, está consciencializado das mudanças no seu estado de saúde, apresenta força de vontade expressa na aprendizagem e está envolvido no processo de ensino/aprendizagem, tem potencial para melhorar o conhecimento. Se aliado ao descrito, o cliente apresenta capacidade física, então tem potencial para melhorar a capacidade, sendo estas condicionantes facilitadoras do processo de transição saúde/doença (Meleis *et al.*, 2000).

Ainda no que concerne ao processo de transição saúde/doença, através do discurso dos participantes, podemos identificar condicionantes inibidoras (Meleis *et al.*, 2000), quando se referiram aos clientes que “*não colaboram por recusa*” (E3), emergindo mais um foco igualmente relevante que é a “Adesão ao regime de reabilitação”. Este foco, bem como a “Cognição”, a “Atenção”, a “Concentração” e a “Orientação” não estão contemplados no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015), embora reconhecidos pelos participantes como preponderantes no que concerne ao processo de reabilitação, com potencial impacto no processo de tomada de decisão.

Concomitantemente, a “Tosse” e o “Expetorar” (E1, E2, E3, E4) são mais dois focos de atenção considerados pelos participantes que, tal como referem, está “*dentro da limpeza das vias aéreas, o tossir e o expetorar*” (E2).

A “Tosse” é conceptualizada como “Processo do sistema respiratório comprometido: expulsão súbita de ar dos pulmões para limpar a via aérea” (ICN Browser CIPE, 2019). O foco de atenção “Expetorar”, por sua vez, é definido como “Limpeza da via aérea: expulsão do muco, material mucopurulento ou líquidos da traqueia, brônquios e pulmões, tossindo ou cuspidando” (ICN Browser CIPE, 2019).

Do mesmo modo, vários 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 (Ambrosino, Janah & Vaghegini, 2011; Gosselink *et al.*, 2011; França *et al.*, 2012; Cameron *et al.*, 2015). Para além disso, é essencial que o cliente apresente uma tosse que lhe permita manter a permeabilidade da via aérea, pelo que deve ser reforçado o seu ensino e treino (Testas & Testas, 2008).

Contudo, para além do descrito anteriormente, os participantes revelam que outros problemas podem ser identificados, nomeadamente “*se a deglutição estiver comprometida*” (E5). Assim, a “Capacidade para deglutir” ou o “Deglutir” é mais um

foco de atenção emergente do discurso dos respondentes (E2, E3, E5). O “Deglutir” é conceptualizado como “Comer ou beber: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago” (ICN Browser CIPE, 2019).

Quando a deglutição está comprometida, estamos perante um problema denominado por disfagia, sendo a disfagia pós-extubação uma preocupação nos clientes internados em UCI (Zuercher, Moret, Dziewas & Schefold, 2019). Schefold *et al.* (2017), no seu estudo observacional prospetivo, 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 na UCI permaneceu durante todo o internamento, estando associada a *outcomes* clínicos adversos (Schefold *et al.*, 2017) entre os quais a pneumonia, reintubação e morte, para além de condicionarem uma hospitalização mais longa e eventual necessidade de transferência para outras instituições de saúde para continuidade de cuidados (Omura, Komine, Yanagigawa, Chiba & Osada, 2019).

Todavia, os participantes revelaram que nos seus contextos da prática acabam “*por ter que controlar imensa coisa, fazer triagem, muita coisa descurada*” (E6) o que corrobora com Schefold *et al.* (2017), quando indicam que a disfagia pós-extubação é um problema muitas vezes negligenciado.

No decorrer da sessão de *focus group*, mais focos emergiram do discurso dos respondentes no sentido de “*promover a independência que é mais difícil*” (E3) porque “*demora mais tempo*” (E4), e “*é preciso dar mais tempo ao doente para o executar, como o caso do autocuidado, o vestir-se, o despir-se*” (E3), “*o alimentar-se*” (E4).

O foco do “Autocuidado” emerge assim das necessidades de autonomia/independência que o EEER identifica nos clientes, nomeadamente no que concerne à capacidade da pessoa para cuidar da higiene pessoal, ou seja, como realizar o autocuidado “Vestir-se ou despir-se” (E3), o “Alimentar-se” (E3, E4). Para além destes, existem outros como o “Arranjar-se”, o “Tomar banho” e o “Usar sanitário”, os quais não foram proferidos pelos participantes (talvez pelas condicionantes inerentes às UCI que, normalmente, não têm WC para os clientes). À medida que se aumenta o grau de complexidade no desempenho das AVD’s, emergem focos como o “Virar-se” (E3), o “Erguer-se” (E3), e o “Transferir-se” (E2, E3, E4, E5, E6) também proferidos pelos respondentes. Ainda no que concerne ao processo do sistema musculoesquelético, de modo a promover a autonomia, o “Andar” com ou sem auxiliar de marcha (E2, E3, E4,

E5, E6) e até mesmo o “*andar ventilado*” (E3). Relativamente ao “Andar” com recurso a ventilador um dos participantes refere que ainda foram “*poucos os doentes em que já o fizemos*” (E3). Outro participante indica que relativamente a este último aspeto, “*não chegamos a essa fase porque não temos tempo para isso*” (E4).

O “Equilíbrio” (E2, E3, E5, E6), por sua vez é igualmente relevante, com especial importância para a prevenção de quedas. Este achado corrobora com alguns autores que indicam que durante o internamento em UCI, 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 (Mendez-Tellez & Needham, 2012; Siebens *et al.*, 2000; Herridge, Batt & Santos, 2014).

Assim, importa descrever os focos mencionados pelos participantes, neste contexto, de acordo como o ICN Browser CIPE (2019):

- Autocuidado: “Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”.
- Vestir-se ou despir-se: “Cuidar da higiene; ficar vestido ou despido”.
- Alimentar-se: “Alimentar”.
- Virar-se: “Virar: mover e mudar o corpo de um lado para outro e de frente para trás”.
- Erguer-se: “Elevar: mover-se, modificando a posição do corpo para a vertical”.
- Transferir-se está descrito como transferir: “Posicionar: mover alguém ou alguma coisa de um local para outro”.
- Andar: “Mobilizar: movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passo a passo; capacidade para sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz, com velocidades que vão de lenta a moderada ou rápida; subir ou descer escadas e rampas”.
- Equilíbrio: “Status: segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se”.

Para além do supramencionado, ainda no que respeita ao processo do sistema musculoesquelético comprometido, emerge o foco “Paresia”, mais uma vez no contexto dos “*doentes do foro neurocirúrgico*” (E3) que podem necessitar, inclusive, de “*treinos de motricidade facial*” (E3). Esta, é então conceptualizada como “Paralisia: paralisia total

ou parcial; perda incompleta ou completa da capacidade de mover partes do corpo, tais como a boca, a orofaringe ou a pálpebra” (ICN Browser CIPE, 2019).

De modo a facilitar a exposição e compreensão do descrito, a figura 9 representa esquematicamente a categoria “Cliente acordado”.

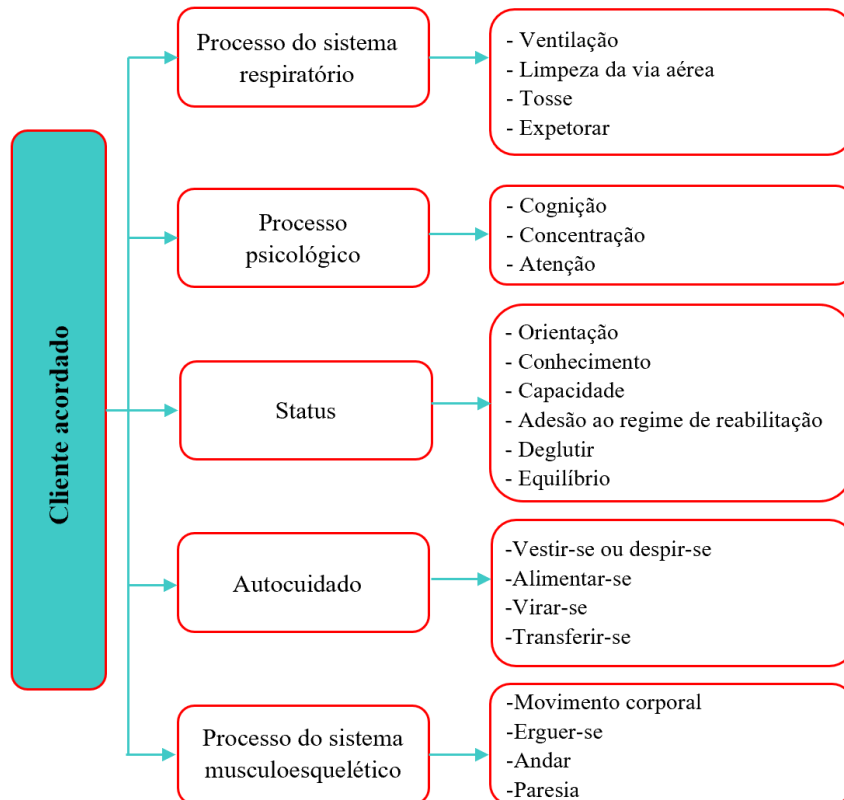


Figura 9. Representação esquemática da categoria “Cliente acordado”.

### 3.4. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM UCI: CENTRADAS EM PRIORIDADES

A pessoa em situação crítica que é internada em UCI, mesmo após superar a fase aguda de doença, atravessa frequentemente um estado de considerável debilidade física e funcional que a impossibilita, por vezes, de concretizar simples AVD’s, bem como de debilidade psicossocial que poderá comprometer a reintegração social e profissional, traduzindo-se numa diminuição da qualidade de vida (Mendes, Nunes, Pinho & Gonçalves, 2018).

O processo de transição saúde/doença que estas pessoas vivenciam, apresenta um carácter complexo e multidimensional, no qual o papel do EEER constitui-se como um elemento facilitador para uma transição saudável, bem como um guia para obter a mestria

(Meleis *et al.*, 2000). Neste sentido, a intervenção do EEER visa assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações e incapacidades, melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas AVD's e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (Regulamento nº329/2019).

*Guidelines* internacionais recomendam a reabilitação precoce e mobilização das pessoas que são entubadas e ventiladas, apesar das evidências conflituosas quanto à sua eficácia em estudos observacionais e randomizados (Girard *et al.*, 2017). Porém, dois estudos de meta-análise recentes (Tipping *et al.*, 2017; Nydahl *et al.*, 2017) demonstraram que a reabilitação da pessoa em situação crítica é claramente segura e, simultaneamente, com recomendações de consenso de peritos (Hodgson *et al.*, 2014), fornecem uma estrutura para práticas seguras de reabilitação.

Tendo sido nosso propósito analisar as intervenções de ER implementadas, do discurso dos participantes emerge a presente unidade temática onde se enquadram duas categorias: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação Prioritárias e Frequência das Intervenções de Enfermagem de Reabilitação.

#### **3.4.1. Intervenções de Enfermagem de Reabilitação Prioritárias**

De acordo com os participantes em estudo, os cuidados de enfermagem de reabilitação em UCI são “*em função das prioridades*” (E4). Assim, emerge a categoria Intervenções de Enfermagem de Reabilitação Prioritárias, que assenta em duas unidades de registo onde se destacam a Reabilitação Respiratória e a Reabilitação Motora.

Na perspetiva de um participante em exercício profissional numa UCI de cirurgia cardiotorácica – “*sendo o meu doente muito específico, tenho o doente cardíaco, precisa da reabilitação cardiorrespiratória, da cinesiterapia, reabilitação motora (...) promover a automobilização (...) mas é cinesiterapia respiratória essencialmente, a drenagem de secreções, de uma forma muito genérica*” (E5). Contudo, no que concerne às necessidades de cuidados de reabilitação da pessoa em situação crítica, outros participantes que exercem funções em UCI polivalentes referem igualmente que as intervenções “*maioritariamente são da função respiratória (...) numas situações para evitar o agravamento, (...) para evitar uma entubação ou reintubação (...) a cinesiterapia, ou a reabilitação respiratória é de longe a atividade de intervenção, digamos assim, mais frequente e mais necessária*” (E3), bem como “*é onde somos mais solicitados e realmente conseguimos identificar mais problemas*” (E1). Porém, os

investigados mencionam ainda que “*dá-se também apoio à parte motora, fazemos transferências, ensinamos aos doentes...*” (E3).

De acordo com o enunciado descritivo da competência “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento nº392/2019, p.1357), o EEER “Interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal”.

Efetivamente, foi consensual entre os participantes, que é necessário dar ênfase a outros cuidados, “*mas não descurando os mais importantes que são a cinesiterapia e a reabilitação motora*” (E3), pois tal como referido por estes – “*não deixa de o principal ser a ventilação e a parte motora e depois todas as outras*” (E4).

A Reabilitação Respiratória é uma das componentes trabalhadas entre as várias áreas de intervenção do EEER visto que os problemas respiratórios poderão traduzir-se em repercussões significativas na autonomia e na qualidade de vida da pessoa, sendo essencial durante todo o internamento na UCI (OE, 2018), nos diferentes estadios já referidos anteriormente.

Uma das principais causas de internamento das pessoas em UCI é a necessidade de VMI que constitui uma técnica terapêutica invasiva, útil para auxiliar ou substituir a respiração espontânea e com benefícios na estabilização da pessoa (Gosselink *et al.*, 2011; Mendez-Tellez & Needham, 2012; Ntoumenopoulos, 2015). Porém, a VMI acarreta um conjunto de complicações indicadas por vários autores (Gosselink *et al.*, 2011; Mendez-Tellez & Needham, 2012; Ntoumenopoulos, 2015), nomeadamente:

- disfunção dos mecanismos de limpeza da via aérea que se traduz num aumento e alteração das características das secreções traqueobrônquicas;
- disfunção mucociliar e tosse ineficaz;
- diminuição da expansibilidade torácica com alteração da relação ventilação/perfusão, com aumento da desproporção ventilação/perfusão e do espaço morto;
- possível lesão mecânica da via aérea, quer pelo contacto com o tubo endotraqueal como barométricas pela pressão positiva;
- aumento do risco de infeção respiratória;
- descondicionamento dos músculos respiratórios resultando em atrofia diafragmática.

Por outro lado, associadas ao processo de sedação e imobilização prolongada, surgem outras complicações, particularmente, o descondicionamento muscular periférico e respiratório, polineuropatia e *delirium* que resultam numa diminuição da eficácia da tosse, comprometimento dos volumes pulmonares, retenção de secreções e presença de atelectasias (Zomorodi *et al.*, 2012).

Com efeito, os objetivos específicos da Reabilitação Respiratória durante o processo de VMI são: promover a sincronia e a adaptação da pessoa ao ventilador; melhorar a relação ventilação/ perfusão; assegurar a permeabilidade das vias aéreas; mobilizar e remover secreções; evitar e corrigir posições viciosas e antiálgicas defeituosas (Cordeiro & Menoita, 2012).

O processo de ventilação, tal como já havíamos apurado, possui uma fase crítica que é o desmame ventilatório cujo insucesso resulta em necessidade de reintubação, maior mortalidade e morbidade intra-hospitalar, bem como num maior número de dias de internamento quer na UCI, quer no hospital (Ambrosino, Janah & Vagheggini, 2011).

O sucesso do desmame ventilatório pode ser comprometido por determinadas condicionantes que aumentam o risco de fadiga muscular, entre as quais: o tempo de VMI, a imobilidade no leito, a polineuropatia ou miopatia da pessoa em situação crítica, as doenças neuromusculares, as alterações da parede torácica e a hipotrofia dos músculos respiratórios por patologia prévia. Face ao descrito anteriormente, vários autores (Boles *et al.*, 2007; Ambrosino, Janah & Vagheggini, 2011) mencionam a existência de indicações para o treino dos músculos inspiratórios, sendo o papel do EEER preponderante para potenciar o sucesso do desmame ventilatório (Blackwood *et al.*, 2011).

As intervenções de ER, no âmbito da Reabilitação Respiratória, são assim reconhecidas como fulcrais para o desmame ventilatório bem-sucedido, sobretudo no que concerne ao fortalecimento dos músculos respiratórios. Porém, existem vantagens em associar a Reabilitação Motora, particularmente na inclusão de exercícios que visam o fortalecimento muscular de um modo global (Stiller, 2013; Cameron *et al.*, 2015). Na pessoa ventilada, estes recaem especialmente ao nível dos membros superiores, nomeadamente os grupos musculares que estabilizam a caixa torácica, os músculos acessórios da respiração, que são essenciais para melhorar a força muscular inspiratória (França *et al.*, 2012).

Por conseguinte, mesmo após a VMI é fundamental dar continuidade aos programas de reabilitação respiratória, no sentido de tratar e prevenir atelectasias

refratárias, melhorar a capacidade vital e a *compliance* pulmonar, sendo eficazes para esse efeito, técnicas de expansão e de limpeza da via aérea (Gosselink *et al.*, 2008; Presto & Damázio, 2009; Sousa, Duque & Ferreira, 2012).

Tal como referimos anteriormente, Testas e Testas (2008) defendem que a tosse é crucial para a manutenção da permeabilidade da via aérea, devendo o EEER intervir no sentido de reforçar o ensino e o treino, promovendo o conhecimento e a capacidade. Por outro lado, na tentativa de colmatar as complicações osteoarticulares e neuromusculares resultantes da imobilidade, recomenda-se que o EEER implemente exercícios que visem reeducar ao esforço (Presto & Damázio, 2009; Sousa, Duque & Ferreira, 2012; Stiller, 2013).

Considerando o exposto, as intervenções que os EEER participantes priorizam nas UCI são as que estão subjacentes à Reabilitação Respiratória e Reabilitação Motora. Todavia, um dos participantes acrescenta ainda que, no seu contexto da prática clínica, as intervenções que são implementadas baseiam-se *“muito na área da reabilitação respiratória, mais na cinesiterapia do que propriamente no desenvolvimento do treino motor (E2)”*.

Por outro lado, um dos respondentes mencionou que, ao longo do tempo, e com a formação de uma equipa vocacionada, começaram *“a desenvolver outros projetos, (...) a tentar abranger mais áreas da reabilitação, o que faz com que não façamos só a cinesiterapia respiratória”* (E5), o que constitui um avanço quanto aos cuidados de ER no contexto.

Em contrapartida, no que concerne à promoção da mobilidade física, um dos participantes menciona que *“está instituído no serviço que os doentes, desde que tenham condições, é sempre para sair da cama e levantar. Ainda que o levante seja a transferência para o cadeirão e que não haja nenhuma intervenção direta sob ponto de vista do treino de equilíbrio, da força muscular, tudo o que envolve o levante da cama, todos eles saem da cama”* (E2).

Estes achados corroboram o projeto de melhoria da qualidade de McWilliams *et al.* (2015), assente num programa de reabilitação precoce e estruturada. Neste projeto, quando o cliente ainda estava sedado e/ou paralisado, durante a fase aguda da doença, a reabilitação estava restrita a posicionamentos e movimentos passivos diários. Por outro lado, assim que fisiologicamente estáveis e acordados o suficiente para iniciar uma mobilização mais ativa, progrediram para a avaliação do cliente sentado na extremidade lateral da cama, particularmente a avaliação do equilíbrio sentado, capacidade de

exercício e estabilidade hemodinâmica. Tal, ocorreu nos primeiros cinco dias de internamento, quando apropriado, seguido de transferência da cama para uma cadeira, com recurso ao método mais adequado. Através deste projeto, os autores demonstraram que a introdução de uma estratégia de reabilitação precoce centrada no cliente melhora a função física no momento da alta da UCI o que está associado a uma diminuição nos dias de VMI, bem como diminuição do tempo de permanência na UCI e no hospital (McWilliams *et al.*, 2015).

Conseguimos perceber pelo discurso dos participantes, que a tomada de decisão para retirar o cliente da cama, é diferente nas várias UCI, dependendo do que está instituído em cada unidade bem como das características específicas de cada cliente. Este aspeto é referido por um dos participantes em exercício de funções numa UCI de cirurgia cardiotorácica realçando que *“o doente cardíaco faz sempre levante no primeiro dia e não é preciso ser com o enfermeiro de reabilitação, o enfermeiro generalista faz o levante”* (E5). Por outro lado, um outro participante que trabalha numa UCI da mesma tipologia, refere que o levante é efetuado *“por instituição do serviço, a partir das 48 horas”* (E2).

Se por um lado em algumas UCI efetuam o levante precoce independentemente da diferenciação do enfermeiro, noutras realidades, *“na maior parte das vezes, o primeiro levante já é connosco, com a reabilitação, até porque muitos deles são do foro neurocirúrgico e a noção do espaço, a interação, a integração da pessoa em si e no espaço em que está a ocupar, o ortostatismo, todo um conjunto de coisas que exige muita atenção e apoio específico. Nos que já estão habituados a levantar, que já fizeram vários levantes, já passam a ser os colegas. Não é porque seja específico, mas porque nós aproveitamos aquelas situações específicas do levante para fazer alguns acertos, alguns treinos, algumas intervenções”* (E3).

Corroborando com o descrito acerca da importância de promover a mobilização, um estudo de Morris *et al.* (2011) direcionado à pessoa em situação crítica com insuficiência respiratória aguda, demonstrou que a ausência de mobilização precoce foi identificada como fator preditivo de readmissão ou morte, durante o primeiro ano após a alta hospitalar.

De modo a clarificar o anteriormente exposto, na figura 10 representamos esquematicamente a presente categoria.

### Intervenções de Enfermagem de Reabilitação Prioritárias

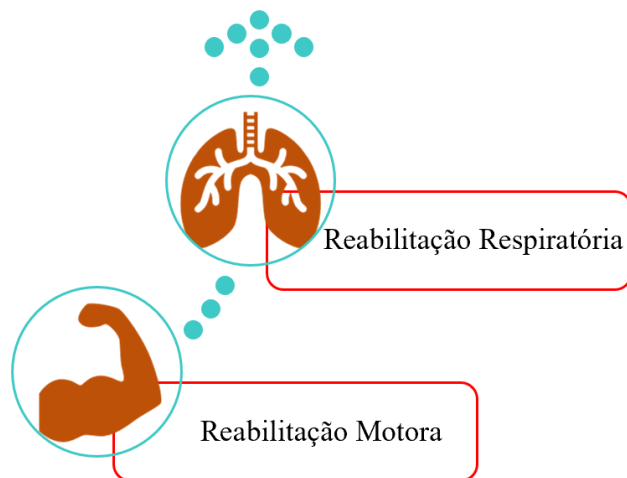


Figura 10. Representação esquemática da categoria “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação Prioritárias”.

#### 3.4.2. Frequência das Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

O processo de tomada de decisão em enfermagem e, portanto, do EEER, deve assentar na seleção fundamentada das melhores opções terapêuticas, bem como na frequência com que estas devem ser implementadas. Assim, através do discurso proferido pelos participantes, emergiu a categoria, Frequência das Intervenções de Enfermagem de Reabilitação, de onde se destacam três unidades de registo: diariamente, de acordo com as necessidades e de acordo com a tolerância do cliente.

Na perspetiva dos respondentes, as intervenções de ER devem ser implementadas diariamente (E1, E2, E3, E4, E5, E6) apesar de admitirem que no que concerne a algumas intervenções específicas, “*nem sempre é possível*” (E3). Porém, relativamente às intervenções que consideram prioritárias, foram mais claros referindo que “*na reabilitação cardiorrespiratória (...) devia ser duas a três vezes por dia*” (E5).

Por outro lado, quando os EEER participantes refletem acerca da frequência com que as suas intervenções deveriam ser implementadas, um deles mencionou que não existe um ideal “*no sentido de preconizar duas vezes, três vezes, quatro vezes por dia...*” (E2), apesar de salientar que na sua realidade “*seria no mínimo duas vezes por dia*” (E2), o que foi consensual (E1, E3, E4, E5, E6). Todavia, houve um participante que revelou que na UCI onde exerce a sua atividade profissional “*(...) às vezes nem uma é possível*” (E1).

Azevedo e Gomes (2015), numa revisão sistemática acerca dos efeitos da mobilização precoce na reabilitação funcional em clientes críticos, concluem que não existe consenso no que concerne à intensidade, frequência e duração das intervenções, mas há evidência que sugere que programas estruturados e individualizados podem ser facilitadores da recuperação da pessoa em situação crítica.

Por conseguinte, de acordo com os participantes, a tomada de decisão quanto à frequência da implementação das intervenções “*depende muito da necessidade do doente e da capacidade que ele tem de resposta ao exercício (...) mas depois também depende muito do estadio em que o doente está*” (E2).

Neste sentido, considerando as necessidades do cliente, existem situações que exigem intervenções mais frequentes. Este aspeto foi salientado por um dos respondentes quando refere como exemplo – “*ontem estive a fazer manhã e tarde em que tive que ir três ou quatro vezes executar cinesiterapia*” (E6).

Por outro lado, na perspetiva de um dos EEER participantes, é importante atentar à tolerância do cliente ao exercício no sentido de perceber “*qual é a resposta que tem, a resposta hemodinâmica (...), a estabilidade*” (E2). Deste modo, considera que a implementação das intervenções “*no mínimo duas vezes por dia (...) é transversal a qualquer doente, até porque precisa de um período de repouso para depois voltar a trabalhar*” (E2). Corroborando o referido, outro participante acrescenta que os clientes “*precisam de descansar (...), de um período de repouso porque senão eles também ficam estafados*” (E4).

De modo a sintetizar o essencial desta categoria, apresentamos a figura 11.

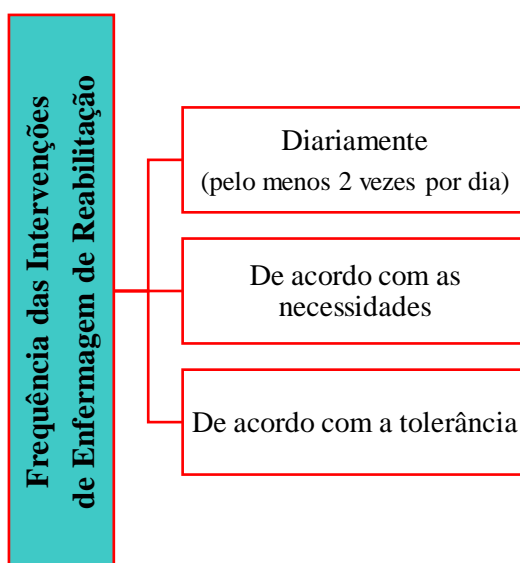


Figura 11. Representação esquemática da categoria “**Frequência das Intervenções de Enfermagem de Reabilitação**”.

### 3.5. AVALIAÇÃO EM CUIDADOS INTENSIVOS

O processo de reabilitação da pessoa em situação crítica, é provido de diversas particularidades intrínsecas ao contexto da ação, bem como emprega um leque de atividades de acordo com as necessidades e singularidades de cada cliente. Assim, no sentido de avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, importa avaliar o processo de reabilitação com base nas intervenções e nos resultados obtidos (Gomes, Martins, Gonçalves & Fernandes, 2012).

Neste sentido, após a identificação dos problemas reais e potenciais da pessoa e da elaboração dos diagnósticos de enfermagem relativos a cada foco de atenção, segue-se o planeamento e estratificação das intervenções mais adequadas a cada cliente, em função dos objetivos preconizados. Para tal, exige-se o conhecimento dos resultados que se esperam alcançar, bem como uma prática baseada na evidência que se afigura essencial para o processo de tomada de decisão, no âmbito da reabilitação da pessoa em situação crítica.

O trabalho que o EEER desenvolve junto destas pessoas deverá ser avaliado, de modo a permitir o conhecimento e posterior reflexão sobre os ganhos obtidos em cuidados intensivos. Assim, através do discurso dos participantes, foi nosso propósito compreender os métodos de avaliação utilizados.

Quando os respondentes foram questionados acerca da avaliação das suas intervenções e dos resultados obtidos, bem como dos indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação em cuidados intensivos, estes hesitaram em responder e sorriram/riram. Um dos participantes começou por responder referindo exclusivamente que “*isso é uma pergunta muito complicada*” (E4), outro participante não interveio na discussão deste aspeto no *focus group*, fazendo apenas referência ao tempo despendido com os registos de enfermagem (E6), tendo esta questão sido debatida ativamente por quatro dos participantes.

Assim, do discurso dos participantes emergiu a categoria “Avaliação em Enfermagem de Reabilitação”, tendo em conta as atividades que visam a apreciação dos ganhos resultantes da implementação das intervenções e que assenta em três unidades de registo: a tipologia, as componentes e as dificuldades.

Quanto à tipologia da avaliação, esta pode ser qualitativa ou quantitativa através da utilização de escalas (E1, E2, E3, E5). Na perspetiva dos participantes, as escalas que estão validadas em Portugal e parametrizadas no SClinico<sup>®</sup>, não são sensíveis aos

objetivos dos cuidados de ER à população de cuidados intensivos, motivo pelo qual as atividades de avaliação de caráter qualitativo são as mais utilizadas.

No que respeita às componentes da avaliação, os participantes enumeram áreas como o conhecimento e a capacidade, de caráter qualitativo, que o EEER deve considerar pois, tal como referem: “*em cuidados intensivos normalmente consigo, em quase todos, passar a conhecimento adquirido no tossir, no movimento muscular e depois promover a autonomia*” (E5). Por outro lado, “*as capacidades é que poderão ou não serem adquiridas na UCI, poderá ser só na enfermaria, depende do tempo em que eles lá estiverem e da capacidade deles*” (E5).

Por conseguinte, no que concerne à tipologia de avaliação quantitativa, na perspetiva dos participantes, o *handicap* encontra-se nos sistemas de informação, uma vez que “*traduzir em resultados aquilo que nós fazemos, no sistema informático, é uma missão praticamente impossível (...) é complexo*” (E2). Para além disso, por imposição de alguns órgãos de gestão, as escalas que utilizam “*são as que nos são fornecidas pelo SClinico®*” (E5).

Neste sentido, apesar de existirem formas de avaliação quantitativa, os participantes referem dificuldades na aplicação destas, no seu registo e respetivo resultado. Para estes, é comumente aceite que o trabalho desenvolvido pelo EEER “*traduz-se e mede-se pelos sistemas informáticos*” (E2). Porém, tendo em conta que os EEER são profissionais que não registam ou documentam uma parte significativa do trabalho que desenvolvem (E1, E2, E5), na perspetiva dos respondentes, é necessário que se recorra a “*outras alternativas de medir a efetividade dos resultados, seja com as nossas próprias bases de dados, seja com a aplicação de escalas, mesmo que não estejam parametrizadas mas que o serviço, a equipa assumam isso como importante e relevante para o nosso trabalho*” (E2). Este participante acredita que dessa forma, é possível mostrar que, ainda que não parametrizado no sistema de informação, “*nós fizemos, nós medimos e que o nosso trabalho é fundamental e que com aquilo traduzimos x ganhos em saúde, traduzimos x redução de custos*” (E2).

Para além disso, a avaliação e respetiva documentação é fundamental para garantir a continuidade de cuidados, bem como para o processo de tomada de decisão. Deste modo, para colmatar as lacunas dos sistemas de informação, os participantes, por vezes, recorrem à “*folha de registo em suporte de papel*” (E3).

No que concerne às componentes que os participantes consideram importante avaliar na pessoa em situação crítica, para além das já referidas, destacam-se: a deglutição

(E2, E3), o equilíbrio (E3), a marcha (E3), a força muscular (E3), a dispneia (E3), a dor (E3), a agitação-sedação (E3), a lesão medular (E3) e o pico de fluxo de tosse (E3).

Resultante da reflexão dos participantes no estudo, é urgente que sejam parametrizadas nos sistemas de informação escalas de avaliação sensíveis à pessoa em situação crítica, de modo a permitir a demonstração de eventuais ganhos em saúde. Porém, a uniformização dos instrumentos utilizados é igualmente urgente o que corrobora com Azevedo e Gomes (2015) que numa revisão sistemática acerca dos efeitos da mobilização precoce na reabilitação funcional em clientes críticos, encontraram limitações relativas aos testes usados para avaliar os resultados obtidos, que sendo diferentes, produzem resultados também diferentes. Os mesmos autores consideram necessários instrumentos de avaliação passíveis de serem sistematicamente reproduzidos, de modo a produzir indicadores de resultado comparáveis.

Nesse sentido, a Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação elaborou o documento – Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, que inclui escalas recomendadas para a documentação dos cuidados do EEER em articulação com o padrão documental, fornecendo suporte à melhoria dos cuidados de ER. Este documento visa ajudar a caracterizar a condição de saúde da pessoa com mais clareza, no que concerne às transições decorrentes da dependência para a autonomia e/ou do processo terapêutico ou de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida. A sua conceção foi sustentada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER, nas Competências Específicas dos EEER e articula-se com o Padrão documental dos Cuidados Especializados em ER, pretendendo que se constitua como um instrumento útil quer para os EEER, quer para as organizações prestadoras de cuidados e restantes entidades da área da saúde, uma vez que viabiliza a promoção de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados do EEER (OE, 2016).

Por conseguinte, de acordo com Azevedo e Gomes (2015), o processo de reabilitação é de índole multiprofissional e multidisciplinar, sendo necessário que se estabeleçam os resultados com interesse para a disciplina de Enfermagem, de modo a servir de guia para a prática e para a investigação.

Outro facto relevante que os autores supracitados mencionam é o momento da avaliação, aspeto não salientado pelos participantes, mas que é fundamental quando se pretende comparar resultados (Azevedo & Gomes, 2015).

Na figura 12 expomos o que foi anteriormente descrito.

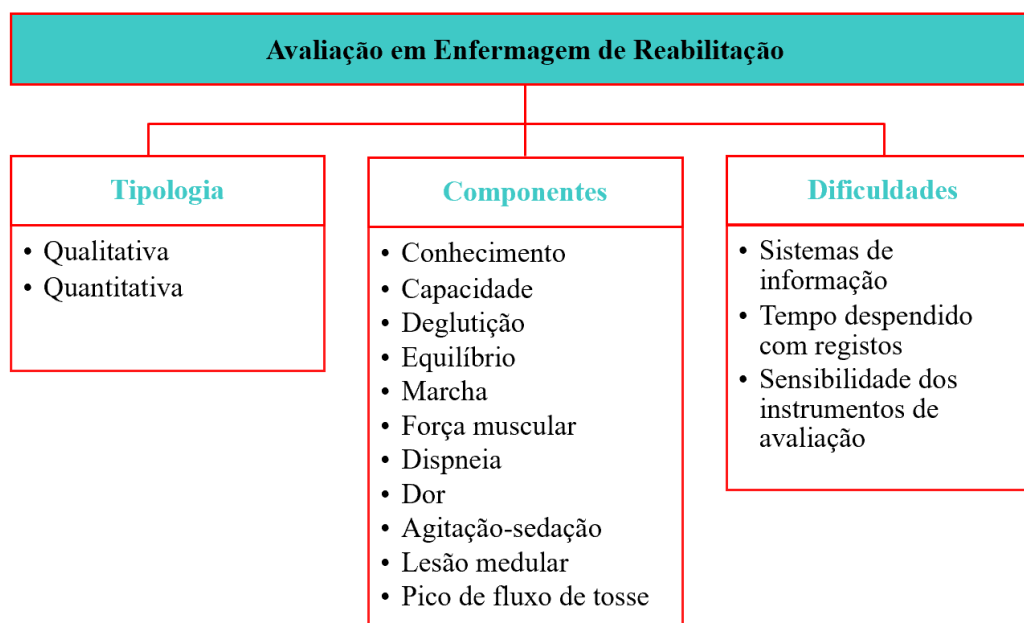


Figura 12. Representação esquemática da categoria “Avaliação em Enfermagem de Reabilitação”.

### 3.6.FATORES QUE INFLUENCIAM A TOMADA DE DECISÃO

A tomada de decisão deve ser sempre individualizada e ponderada por uma equipa multidisciplinar e, tal como refere Collière (1989, p.287),

*O que determina a necessidade de assegurar cuidados de enfermagem, não se pode ligar, unicamente, a maior ou menor gravidade de uma doença, de uma limitação, consideradas isoladamente, mas à inter-relação que existe entre as possibilidades, capacidades e recursos da pessoa, no período da trajetória de vida em que se situa...*

Constructos teóricos e cenários clínicos em estudos qualitativos e quantitativos têm sido úteis no sentido de obter conhecimentos e preferências clínicas relativamente à reabilitação precoce, bem como para identificar os fatores contextuais que podem influenciar a prática clínica (Barber *et al.*, 2015; Dubb *et al.*, 2016; Leditschke, Green, Irvine, Bisset & Mitchell, 2012; Parry *et al.*, 2017).

Porém, Berney *et al.* (2019), referem que nenhum estudo até à data examinou como e porquê os profissionais que trabalham em UCI, tomam decisões relativamente à reabilitação precoce, no momento de prestação de cuidados, em tempo real, ou os fatores que influenciam essas decisões. Neste sentido, estes autores desenvolveram um estudo prospetivo de coorte, cujos objetivos foram: identificar quais os fatores percebidos pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas) em cuidados intensivos, que mais influenciam a tomada de decisão de iniciar reabilitação fora da cama;

desenvolver uma árvore de decisão que identifique quais as variáveis mais discriminatórias para essa decisão; e identificar quais os fatores que mais influenciam as decisões.

Do mesmo modo, foi nosso propósito identificar, através do *focus group*, quais são os fatores, facilitadores e inibidores, que influenciam a tomada de decisão do EEER numa UCI.

Ainda que os enfermeiros participantes reconheçam o risco de ocorrência de eventos adversos durante o processo de reabilitação da pessoa em situação crítica, na sua ótica “*dado que estamos a falar de doentes monitorizados, eu foco-me mais, na minha prática, nos potenciais benefícios*” (E5). Este achado corrobora com Gosselink *et al.* (2008) que junto à *European Respiratory Society & European Society of Intensive Care Medicine*, recomendam que a mobilização da pessoa em situação crítica fosse realizada com adequada monitorização e segurança.

Partindo deste pressuposto, o EEER procede à avaliação do cliente e “*se não tiver critérios para iniciar, não inicia, se houver alguma alteração nos parâmetros interrompe-se*” (E5) e deste modo, a reabilitação é iniciada “*o mais precocemente possível*” (E5).

Quando questionados acerca dos dispositivos médicos que os clientes possam apresentar, os participantes mencionaram que estes “*não são impedimento para o início da reabilitação*” (E4), não são “*uma limitação, só uma condição que temos que ter em conta*” (E2). Portanto, desde que o cliente esteja “*estável do ponto de vista hemodinâmico*” (E4), procede-se ao levante da cama.

Estes achados não corroboram com o estudo desenvolvido por Berney *et al.* (2019), onde a presença de um tubo endotraqueal foi um dos fatores que mais influenciou a decisão de iniciar reabilitação fora da cama, apesar das recomendações de consenso de peritos o contrariarem (Hodgson *et al.*, 2014). Este estudo sugere que os profissionais se encontravam mais preocupados com os riscos associados à reabilitação do que com os potenciais benefícios, salientando a importância de identificar subgrupos de clientes que respondem à reabilitação, facilitando a harmonização da tomada de decisão clínica (Berney *et al.*, 2019).

Sob o ponto de vista dos respondentes, reabilitar a pessoa em situação crítica “*requer uma capacidade de adaptação e de termos bem a noção de quais são os riscos e até onde nós podemos ir enquanto enfermeiros de reabilitação a trabalhar com o doente*” (E2).

Neste sentido, à luz do que foi relatado pelos participantes “*a realidade dos cuidados intensivos tem mudado muito ao longo do tempo (...) dantes os doentes estavam muito tempo sedados, muito mais curarizados*”, havendo uma “*mudança de paradigma*” (E4, E6) no que respeita à tomada de decisão do EEER nas UCI. Atualmente, executam o levante mesmo nos clientes “*a fazer técnica dialítica (...) em ECMO*” (E4) e “*até com cateteres na femoral*” (E4). Também Perme *et al.* (2013) mencionam que a presença de cateter femoral não deve limitar a prática por não ser uma contraindicação para a mobilização da pessoa em situação crítica. De igual modo, os estudos de Hodgson *et al.* (2014) e Wang *et al.* (2014) afirmam que a mobilização dos clientes durante a técnica dialítica é segura e viável.

Relativamente à situação específica do cliente em ECMO, um dos participantes menciona que “*nós levantamos o doente para o cadeirão em ECMO, só que precisamos de mais ajuda (...) temos o médico atento às cânulas, o colega que está com o doente atento aos cateteres e nós a tentar fazer o levante. No caso dos doentes a fazerem carga, levantá-los mesmo, fazer treino de equilíbrio e por aí fora, e sentá-lo*” (E6). Estes achados corroboram com Ferreira, Marcolino, Macagnan, Plentz e Kessler (2019), através da sua revisão sistemática, onde demonstram que a reabilitação da pessoa em ECMO, incluindo a mobilização precoce, ortostatismo, deambulação e técnicas respiratórias é viável, relativamente segura e potencialmente benéfica, independentemente do tipo de canulação utilizada.

Contudo, se por um lado em alguns contextos “*os paradigmas da parte médica*” (E6) assentam na extubação precoce dos clientes em ECMO “*mal tenham condições*” (E6), noutros devido “*à falta de experiência (...) temos poucos casos, raríssimos, e os nossos ainda têm tubo endotraqueal e estão sedados, sedo-analgesiados e nós fazemos mobilizações passivas, não levantam*” (E5) apesar de “*dentro do meu conhecimento e daquilo que eu vou estudando acerca do ECMO (...) efetivamente eles devem ser extubados e podem fazer levante*” (E5). Assim, a experiência da equipa multidisciplinar, influencia o processo de tomada de decisão do EEER, sendo que a falta desta se constitui como uma barreira. De igual modo, Parry *et al.* (2017, citados por McWilliams *et al.*, 2019), mencionam que as barreiras para a implementação de programas de reabilitação precoce são multifatoriais, incluindo fatores como a falta de liderança e cultura de mobilização nas UCI, bem como a falta de comunicação interprofissional, experiência e conhecimento.

Outro aspeto importante inerente à mudança de paradigma que os participantes mencionaram, está relacionado com o andar que *“de há uns tempos para cá temos trabalhado mais (...) há uns anos atrás era impensável”* (E6). Também Drolet *et al.* (2013) demonstraram que um protocolo de mobilização orientado por enfermeiros aumentou significativamente o número de clientes que andaram nas UCI e unidades de cuidados intermédios durante as primeiras 72 horas de internamento hospitalar.

Neste contexto, um dos participantes mencionou que enquanto EEER têm *“um papel fundamental que é documentar o trabalho que fazemos (...) e mostrar que efetivamente é possível desconstruir isto (...) que é possível fazer coisas diferentes, que é possível trazermos ganhos diferentes (...) dá muito trabalho e é difícil, mas é importante”* (E2).

Contudo, a mudança de paradigma representa *“dez vezes mais trabalho”* (E6), quando a escassez de recursos humanos, à luz do que os participantes relataram é uma barreira *“muito grande que interfere diretamente no nosso processo de tomada de decisão”* (E3), uma vez que *“o rácio não está adequado”* (E3). Acrescentam ainda que poderiam *“fazer mais, com mais elementos, com uma organização se calhar diferente”* (E6).

A resolução da escassez de EEER nas UCI não é perspetivada a curto ou médio prazo pelos participantes relatando que *“a resposta que nós temos é, se não há para os gerais, para a reabilitação, esqueçam”* (E5). Este aspeto vai de encontro ao referido por Connolly *et al.* (2014, citados por McWilliams *et al.*, 2015) relativamente à indisponibilidade de financiamento para postos de profissionais de reabilitação que interferem com a implementação de programas de reabilitação precoce e estruturada.

Para além disso, esta escassez de recursos humanos causa alguns constrangimentos, pois tal como nos indica um respondente *“o processo de tomada de decisão não devia arborescer em quem é que vai ficar para trás, que tem necessidades, que pode fazer, mas que tem que ficar para trás porque não há gente”* (E6).

Ainda no que concerne aos recursos humanos, se em algumas realidades os enfermeiros participantes mencionam que não conseguem atender todos os clientes tendo *“sempre que fazer uma seleção”* (E4), noutras isso nem sempre acontece, pois um deles refere que *“temos que correr muito da perna, mas atendemos todos ou quase todos”* (E5).

Neste sentido, outro aspeto que consideramos relevante foi a desigualdade quanto aos rácios nas diversas UCI onde os participantes exercem a sua atividade profissional, bem como os dias da semana que contam com a presença do EEER. Assim, duas das UCI

contam com EEER “*de segunda a domingo*” (E4, E5, E6), embora numa delas exista uma cobertura diurna (manhã e tarde) exceto ao fim-de-semana (só manhã) e na outra a presença do EEER se restrinja ao turno da manhã. Este facto é salientado por um dos participantes como uma limitação quando indica que “*não temos tardes e sentimos que é algo que nos faz falta (...) precisamos de mais tempo para desenvolver mais projetos*” (E5). Numa outra UCI contam com EEER “*de segunda a sábado*” (E3) e nas restantes duas “*de segunda a sexta*” (E1, E2) e “*eventualmente ao sábado, quando o horário assim o permite*” (E1).

Para além dos recursos humanos, os participantes também mencionam a “*falta de recursos materiais*” (E2), como uma barreira para a sua tomada de decisão.

No discurso proferido pelos respondentes conseguimos perceber que a condição do cliente é outro fator que influencia a tomada de decisão do EEER, na medida em que é necessário avaliar se “*têm contraindicações absolutas (...) alterações da coagulação, algum evento adverso*” (E6), “*a estabilidade hemodinâmica*” (E4) “*e ventilatória, porque pode estar hemodinamicamente estável, mas se em termos ventilatórios não está bem, já estamos condicionados*” (E3). Por outro lado, se o cliente está numa “*fase de negação e revolta, vai acabar por condicionar no fundo, a intervenção, no meu caso de reabilitação*” (E3). Para além disso, os participantes também prestam cuidados a clientes infetados e portanto, com medidas de isolamento, referindo ter “*algumas limitações nesse sentido*” (E5), particularmente no que respeita ao treino de marcha, que “*acaba por ser um passeio mais restrito*” (E3).

Questões organizacionais também influenciam o modo como os EEER participantes tomam decisões. Estas, estão relacionadas com “*agendamentos, o dia-a-dia das unidades*” (E6), “*saídas para exames*” (E3, E6), que por vezes não têm conhecimento com a antecedência necessária que permita não interferir com o planeamento dos seus cuidados. Os respondentes revelaram ainda que, em algumas realidades, existe “*um movimento muito grande de doentes*” (E2), condicionando o trabalho do EEER e não permitindo que a abordagem ao cliente seja “*da melhor forma, ou da forma mais eficaz*” (E2).

Enquanto fator que influencia a tomada de decisão dos EEER participantes, a “*questão da aceitação é uma coisa importante*” (E2) e tal como referem, “*enquanto enfermeiros de reabilitação estamos na etapa de dar visibilidade ao nosso trabalho, de mostrar de que forma é que nós, estando presentes, conseguimos trazer benefícios quer para o doente quer para a própria instituição*” (E2). Porém, sob o ponto de vista dos

participantes, a aceitação também foi evoluindo ao longo do tempo pois mencionam que “no início era muito mais complicado, havia mais resistência dos colegas (...) a gente queria levantar os doentes e havia mais resistência (...) mesmo da parte dos médicos também havia muita, não era só dos colegas (...) e agora a realidade está muito diferente por isso a nossa aceitação também é diferente” (E4). Todavia, ao longo do tempo “começou-se a estabelecer realmente uma relação causa-efeito com a presença do enfermeiro de reabilitação e agora as coisas até já funcionam de maneira diferente (...) agora até já são os próprios pares e os próprios médicos que vão nos chamar caso identifiquem as coisas” (E6).

Corroborando com o estudo de carácter qualitativo desenvolvido Goddard *et al.* (2018) relativo às perceções dos profissionais da UCI sobre barreiras e facilitadores da reabilitação precoce, os participantes relataram que a discórdia ou a resistência dos colegas poderia ser uma barreira importante.

Quando os EEER participantes refletiram acerca da formação, referiram que nunca tiveram e que, tão pouco existe qualquer tipo de abordagem à reabilitação em cuidados intensivos (E1, E2, E3, E4, E5, E6). Na sua perspetiva, “*ser integrado num curso de pós-licenciatura ou de mestrado era uma mais valia*” (E2), talvez como “*uma unidade curricular opcional*” (E2, E5) ou “*um módulo sobre a área dos cuidados intensivos*” (E3). Contudo, os participantes consideram que não deveria ter cariz obrigatório, uma vez que “*a população de estudantes que vai um dia exercer ou aceder à população de cuidados intensivos vai ser diminuta*” (E5). Deste modo, colocam a hipótese de “*uma pós-graduação*” (E2), que na sua perspetiva “*era muito importante desenvolvermos*” (E2).

De acordo com os respondentes, a reabilitação da pessoa em situação crítica é “*uma área muito específica*” (E3) e reveste-se de “*muitas especificidades e vai haver cada vez mais*” (E6), uma vez que “*o típico doente de cuidados intensivos está a mudar muito e muito rápido em pouco tempo*” (E6). Neste sentido, estes enfermeiros consideram que a formação específica para “*quem contacta com esta realidade ou quem trabalha nesta realidade ou quem um dia aspire em vir trabalhar, é uma grande mais valia*” (E2).

Corroborando com o supramencionado, apesar da evidência de que a reabilitação precoce da pessoa em situação crítica é segura e viável (Hodgson *et al.*, 2014, Tipping *et al.*, 2017; Nydahl *et al.*, 2017), alguns autores identificaram que lacunas no conhecimento podem constituir-se como barreiras à sua implementação (Leditschke *et al.*, 2012; Carrothers *et al.*, 2013).

De salientar que um outro participante refere ainda que *“quando fiz a especialidade, tive imensa dificuldade em ter alguém que me orientasse especificamente (...) eu era enfermeira de cuidados intensivos há uns anos, e levava questões específicas deste tipo de doentes e tive imensa dificuldade em encontrar alguém que me desse resposta”* (E3). Assim, para este participante, a existência de formação específica seria fundamental *“primeiro para dar resposta às minhas dúvidas e depois para caminhar no sentido de me especializar mais nessa área específica”* (E3).

Estes achados são consistentes com o descrito por Toonstra *et al.* (2017), relativamente às barreiras relacionadas com o conhecimento para implementar com segurança programas de reabilitação precoce em UCI, pois referem que estas podem ser ultrapassadas através de formação direcionada. No seu estudo, estes autores concluem que uma sessão educacional interativa, baseada em casos clínicos, pode ser eficaz na melhoria do conhecimento a curto prazo, bem como na identificação das lacunas de conhecimento relativamente à tomada de decisão clínica para a reabilitação segura dos clientes em UCI. Porém, os resultados do seu estudo sugerem que uma sessão educacional interativa pode não ser suficiente e que a formação contínua pode ser necessária para lidar com as barreiras de conhecimento. Para além disso, não pode substituir a educação formal, bem como o treino clínico necessário para a tomada de decisão em contexto de UCI (Toonstra *et al.*, 2017).

Neste sentido, depreendemos que a formação em serviço seria também preponderante. Porém, tal como os participantes nos mencionam, *“não recebemos nunca nenhuma”* (E5). Alguns dos respondentes indicaram a existência de grupos de EEER nos hospitais onde trabalham (E4, E5, E6), que efetuam *“uma reunião mensal”* (E4), onde *“são apresentados alguns trabalhos”* (E4), mas que *“não é especificamente para nós, é para todos”* (E5) e *“aparece muito pouca coisa ao tema dos cuidados intensivos”* (E6), *“é sobre reabilitação de uma forma geral”* (E4).

Importa igualmente referir que, quando os EEER participantes foram questionados acerca do que pensam relativamente a um modelo orientador da prática de ER na área de cuidados intensivos, estes responderam que seria *“útil, no sentido de orientar os cuidados e de padronizar aquilo que se faz nas diferentes unidades”* (E2) porque *“embora sejamos todos enfermeiros de reabilitação, se nós formos a ver, em cada serviço, as coisas praticam-se de maneira diferente”* (E6) e *“até entre nós no mesmo serviço”* (E5), uma vez que *“às vezes temos perspetivas diferentes”* (E4).

Um modelo orientador da prática em contexto de cuidados intensivos, na ótica dos participantes, a existir, “*tem que ser flexível e permeável às diferentes características dos doentes e às patologias com que eles chegam*” (E2). Assim, quem deveria desenvolver esse modelo seriam “*os enfermeiros da prática, quem contacta com a realidade dos doentes e tem uma noção do que é que a bibliografia nos diz e o que existe por detrás*” (E2) e para tal, “*teria que haver mesmo uma discussão, uma adaptação porque não há uniformização*” (E6). Para além disso, esse modelo deveria conter “*aqueles pontos em que a gente se baseia, que já falamos, para a tomada de decisão*” (E4).

Os modelos de prática profissional de enfermagem, são estruturas que orientam os enfermeiros para o exercício profissional. Consistem numa representação esquemática dos cuidados prestados pelos enfermeiros para alcançar resultados de alta qualidade. Estes, têm sido valorizados por muitas organizações de saúde internacionais como uma ferramenta para atingir a excelência nos resultados dos clientes e dos enfermeiros (Ribeiro, Martins & Tronchin, 2016). As mesmas autoras referem que pelo facto de não existirem estudos realizados em Portugal, sobre os modelos de prática profissional, torna-se pertinente o investimento nesta temática, tanto no contexto teórico, como no contexto da prática clínica (Ribeiro, Martins & Tronchin, 2016).

De igual modo, no estudo de cariz qualitativo de Goddard *et al.* (2018), os participantes mencionaram que a existência de um protocolo orientador da prática na UCI, seria um fator facilitador da reabilitação precoce.

Os participantes reconheceram que a presente sessão de *focus group*, foi um momento de aprendizagem e reflexão, pois manifestaram que foi “*muito útil no geral*” (E6), “*mesmo para nós*” (E2) porque “*todos os elementos conseguem crescer mais*” (E6) e que “*só o facto de nós estarmos aqui, já revela uma abertura para fazer qualquer coisa em termos transversais e que pode ajudar a este tipo de trabalho, de reabilitação neste contexto tão específico*” (E6). Neste sentido, sugerem que “*as escolas poderiam realmente dar um passo nesse sentido, de comunicação entre serviços*” (E6).

Em suma, na perspetiva dos participantes, no processo de tomada de decisão, devem focar-se nos potenciais benefícios da reabilitação precoce, apesar das suas intervenções serem assentes em prioridades e nem sempre conseguirem dar resposta a todas as necessidades que identificam nos seus clientes. Este aspeto relaciona-se sobretudo com a insuficiência de recursos humanos, o que constitui uma barreira no processo de tomada de decisão. Para estes enfermeiros, os dispositivos médicos que os

clientes apresentam não são impedimento, apenas uma condicionante, para iniciar reabilitação fora da cama, o que vai de encontro às recomendações de consenso de peritos de Hodgson *et al.* (2014). Ao longo do tempo, tem havido uma mudança de paradigma quanto aos cuidados intensivos, à pessoa em situação crítica e à reabilitação precoce. Também a experiência da equipa multidisciplinar pode constituir-se como facilitador ou barreira para o processo de tomada de decisão, sendo que uma equipa mais experiente permite efetuar mais avanços na reabilitação precoce em cuidados intensivos.

Documentar o trabalho desenvolvido pelo EEER é essencial, pois permite demonstrar os resultados das suas intervenções e até porque este aspeto repercute-se na aceitação por parte da equipa multidisciplinar. A condição do cliente, nomeadamente no que concerne à estabilidade hemodinâmica e ventilatória bem como questões organizacionais das próprias UCI, como agendamentos de exames complementares de diagnóstico sem conhecimento prévio do EEER, são igualmente fatores que influenciam a tomada de decisão. O défice de formação existente nesta área específica poderia ser colmatado ao ser integrada nos cursos de pós-licenciatura ou mestrado em ER, ou ser desenvolvida uma pós-graduação. De igual modo, seria importante investir em formação em serviço para identificar e colmatar lacunas no conhecimento. Um modelo de prática profissional seria útil para orientar e padronizar os cuidados de ER nas UCI, uma vez que a sua implementação é diferente nas diversas unidades.

Assim, de modo a tornar mais claro o que foi anteriormente descrito, apresentamos a figura 13.

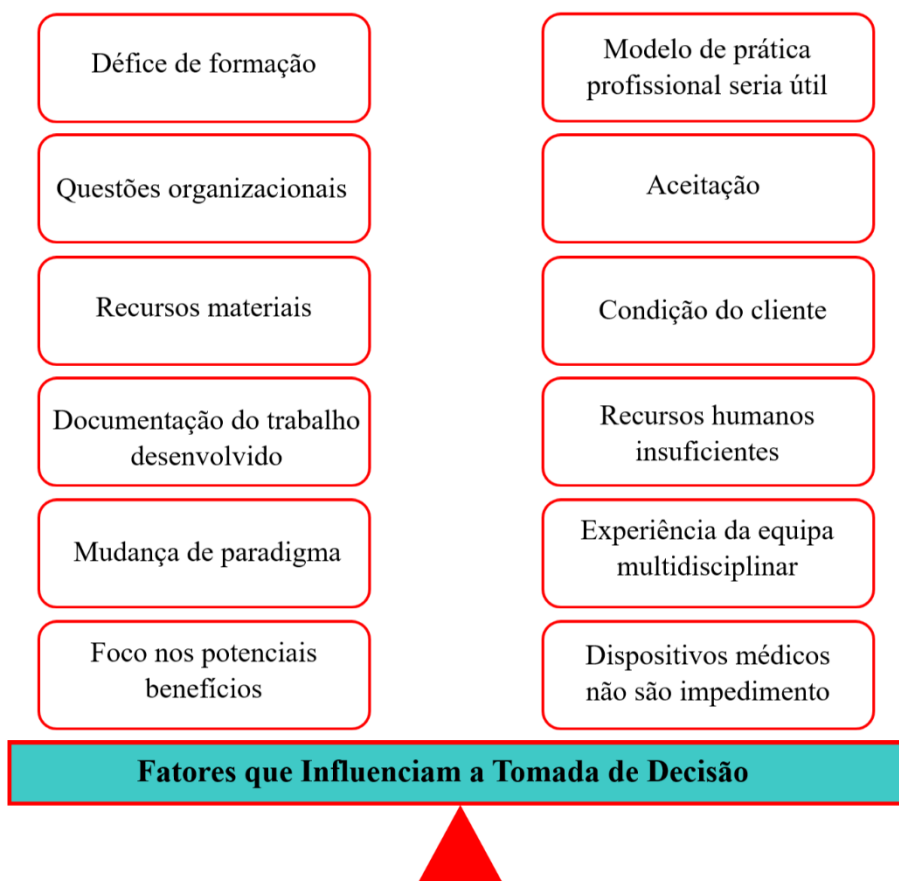


Figura 13. Representação esquemática da categoria “Fatores que Influenciam a Tomada de Decisão”.

### 3.7.SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO

Os Sistemas de Informação em Saúde foram definidos pela Organização Mundial de Saúde (2004) como instrumentos que englobam a colheita, o processamento, a comunicação e o uso de informações essenciais para aprimorar a efetividade dos serviços de saúde.

De acordo com Jesus e Sousa (2011, p.227),  
*os sistemas de informação e documentação são determinantes para a qualidade, segurança, eficácia, eficiência, efetividade e humanização dos cuidados prestados pelos diferentes profissionais de saúde, independentemente do contexto, natureza jurídica da organização ou local onde a prestação de cuidados tem lugar.*

Vários autores defendem que a utilização de um sistema de informação em enfermagem poderá reforçar e melhorar o processo de tomada de decisão, permitindo minimizar o erro pela disponibilização de dados que informem o enfermeiro da resposta adequada a um determinado propósito, orientando, instruindo e proporcionando

conhecimento, ficando este mais habilitado a desenvolver determinada atividade ou decidir face a um determinado contexto (Marin, 2010; Jesus & Sousa, 2011; Ribeiro da Siva *et al.*, 2016).

Efetivamente, os participantes reconhecem que o sistema de informação vigente é “*muito útil para pesquisar informação acerca do doente*” (E5), na medida em que conseguem “*consultar o processo todo (...) permitem-nos aceder a tudo o que é exames, internamentos prévios em outros hospitais, centros de saúde (...) até receitas que estão passadas à pessoa, antes de estar ali internada*” (E5). Acrescentam ainda que “*isso pode ajudar muito no nosso processo de tomada de decisão, porque se eu souber que o doente não está registado em lado nenhum que ele é DPOC ou se vou verificar que ele já está diagnosticado como sendo um DPOC, isso vai interferir com a minha intervenção com o doente*” (E5).

Porém, na perspetiva dos respondentes, os sistemas de informação deveriam ser “*mais sistematizados, de forma ordenada ou organizada (...) em função das nossas intervenções, em função daquilo que é a nossa prática*” (E3). Para além disso referem a sensação de que “*nós temos que adaptar o nosso trabalho e a nossa ação com os doentes, a nossa prática, ao sistema informático e não o sistema informático que tem que se adaptar à realidade*” (E6).

Por outro lado, os EEER participantes salientam que fazer registos no sistema informático obriga a despende de muito tempo, referindo especificamente que “*é preciso tirar aí umas duas horas do nosso horário para registos*” (E5), o que na perspetiva destes “*é completamente delirante*” (E6). Deste modo, acrescentam ainda que “*tem que haver uma maneira de atalhar um bocadinho mais as coisas e que faça um desenho da nossa prática do dia-a-dia*” (E6).

Tal como já havíamos apurado, a documentação do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros é efetuada nos sistemas de informação. Todavia, os participantes, por vezes, vêm-se obrigados a despende de tempo para efetuar os registos em detrimento do atendimento ao cliente. Este aspeto é salientado por estes quando mencionam que “*se nós atendemos e não registamos é como se fosse trabalho não feito*” (E5).

Adicionalmente, também já havíamos constatado, pelo do discurso dos participantes, a necessidade de complementar os registos através de documentação em suporte de papel. Este aspeto, a par de tudo o que já foi descrito, sugere que os sistemas de informação estão desajustados às necessidades da UCI e na ótica dos EEER

respondentes, “*não faz sentido estar a preencher o sistema informático e depois estar a preencher uma folha*” (E6).

Assim, na perspetiva dos EEER participantes, os sistemas de informação são úteis para a colheita de dados o que é relevante para o processo de tomada de decisão do EEER. Contudo, estes deveriam ser mais sistematizados e organizados bem como mais direcionados para a prática clínica. Estes, documentam o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, mas por vezes são insuficientes, estão desajustados às necessidades da UCI e obrigam a despender de muito tempo dos seus horários de trabalho restando menos tempo para atender o cliente.

De modo a explicar o que foi anteriormente descrito, apresentamos a figura 14.

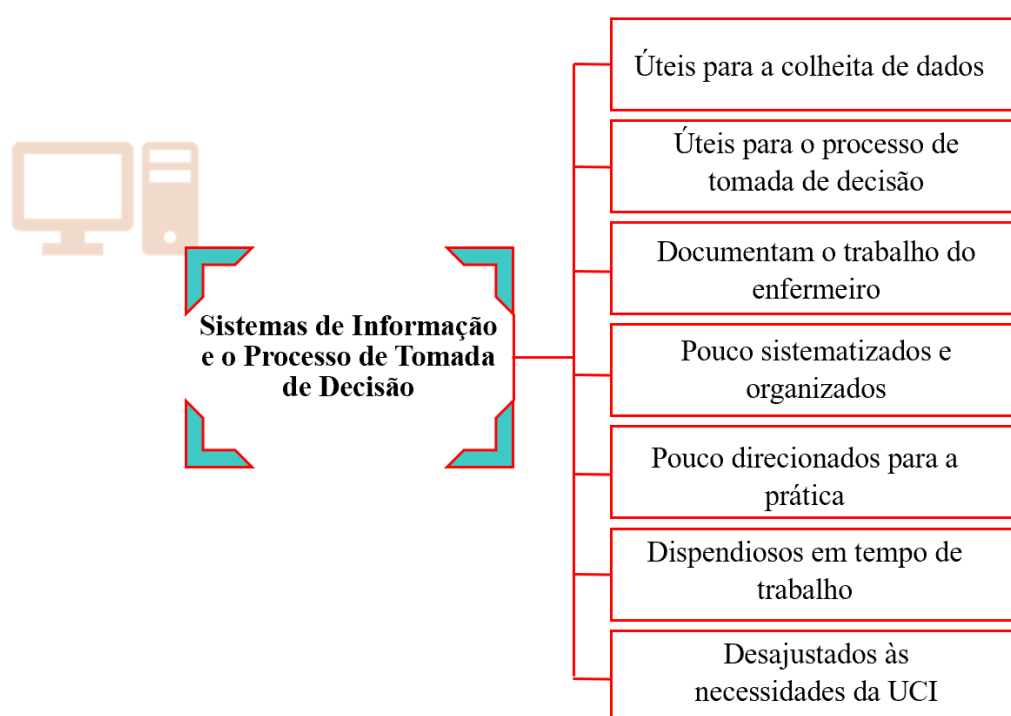


Figura 14. Representação esquemática da categoria “**Sistemas de Informação e o Processo de Tomada de Decisão**”.

### 3.8.REFERENCIAIS TEÓRICOS ORIENTADORES DA PRÁTICA DOS EEER NAS UCI

A definição de um referencial teórico que fundamente e sustente a prática do EEER, traduz-se numa otimização dos cuidados prestados, tornando-se pertinente que estes enfermeiros compreendam e integrem o contributo dos referenciais teóricos na prática dos seus cuidados (Martins, Ribeiro & Silva, 2018).

De acordo com os autores supracitados, o recurso a teorias funciona como fio condutor para uma atuação sistematizada que se traduz em eficiência e efetividade,

procedendo-se à colheita intencional e organização dos dados, à formulação de diagnósticos, ao planeamento e implementação das intervenções, bem como à definição de resultados, tendo por base a mesma orientação (Martins, Ribeiro & Silva, 2018).

Assim, foi nosso propósito identificar, junto dos EEER participantes, quais os referenciais teóricos de enfermagem que sustentam e fundamentam a sua prática de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, emergindo a categoria “Referenciais Teóricos Orientadores da Prática dos EEER nas UCI”.

Os achados evidenciaram que na perspetiva dos participantes, “*se pensarmos nos referenciais teóricos exclusivos de enfermeiros em cuidados intensivos, estamos ainda com alguma dificuldade no que toca à decisão, à escolha*” (E2). Efetivamente, a escolha de um referencial teórico pressupõe que se analisem as teorias que dão suporte à prática de enfermagem, refletindo sobre os conceitos, os pressupostos e as proposições, assim como pressupõe que se avalie a viabilidade de aplicação nos contextos da prática, de acordo com a estrutura da instituição (Oliveira, Almeida, Azevedo, Almeida, & Oliveira, 2015).

Embora não seja generalizável, o discurso dos participantes sugere um forte enraizamento do modelo biomédico – “*por muito que nós queiramos, estamos ainda muito centrados no modelo biomédico, de dar resposta à necessidade fisiológica*” (E2), “*devo admitir que me custa muito afastar do modelo biomédico, o meu raciocínio continua a ser muito mais por aí*” (E6).

De facto, alguns autores referem que sem a existência de referenciais teóricos de enfermagem, a cultura de cuidados tem prevalecido centrada na doença e, portanto, fundamentada no modelo biomédico, onde o contributo dos enfermeiros se centra principalmente na gestão de sinais e sintomas e não propriamente na pessoa (Paiva, 2016; Rodrigues, Pereira & Amendoeira, 2015 citados por Ribeiro, Martins, Tronchin & Silva, 2018).

Para além disso, um dos participantes salienta – “*na minha área muito específica, os referenciais teóricos são essencialmente de médicos e fisioterapeutas*” (E5), o que sugere a existência de parca evidência científica produzida por enfermeiros na área da reabilitação da pessoa em situação crítica. Por outro lado, remete para a necessidade de elevar o nível de conhecimento dos enfermeiros acerca dos fundamentos teóricos da disciplina, na área da prestação de cuidados de enfermagem, referida por Ribeiro (2018). Do mesmo modo, para esta autora, torna-se necessário o desenvolvimento de estratégias que melhorem a adoção de práticas sistematizadas, sustentadas no conhecimento formal

de enfermagem. Estes pressupostos permitem-nos dar resposta às reais necessidades das pessoas, através da definição de um modelo de prestação de cuidados (Ribeiro, 2018).

Considerando a dificuldade na escolha de um referencial teórico, relatada pelos participantes, estes acabaram igualmente por mencionar – *“eu acho que é um conjunto delas, um pouquinho de cada (...) que se vai aplicando consoante a necessidade do doente (...) nunca fui seguidora só de uma específica”* (E3), *“é juntar o melhor de todas de acordo com o doente que temos à frente”* (E2). Estes achados corroboram com Rocha *et al.* (2016) e Rodrigues *et al.* (2015) que defendem que é possível o recurso a mais do que um referencial, desde que adaptados aos contextos.

Assim, no discurso dos participantes emergiram influências de vários referenciais teóricos nomeadamente: Virgínia Henderson, Katharine Kolcaba, Callista Roy, Dorothea Orem e Afaf Meleis – *“se pensarmos sob o ponto de vista das necessidades, podemos ter a Virgínia Henderson, quando ela diz quais são as necessidades a satisfazer para o bem-estar do doente (...) ou então na questão do conforto, se for a teoria do conforto de Kolcaba”* (E2), *“a teoria das necessidades, a teoria da adaptação (...) o autocuidado”* (E3), *“a teoria das transições”* (E2, E5, E6).

Porém, relativamente à prática de cuidados especializados em ER no contexto específico de cuidados intensivos, o discurso dos participantes deu especial destaque às perspetivas de Dorothea Orem e Callista Roy. Deste modo, os respondentes destacam o referencial teórico de Dorothea Orem quando referem que *“em cuidados intensivos temos as necessidades de autocuidado, guiamo-nos pela teoria do autocuidado* (E2), *“sob o ponto de vista da reabilitação, podemos ir pela teoria do autocuidado, na questão dos défices (...) em que operacionalizamos de acordo com aquilo que o doente é capaz, ou que nós somos capazes de potenciar no desempenho no autocuidado, e com recurso a estratégias que é dos enfermeiros de reabilitação e a partir dali substituímos ou não”* (E2). Por outro lado, salientam o referencial teórico de Callista Roy ao referirem que *“a questão da adaptação também é importante, a teoria da adaptação”* (E2) e *“a necessidade que o doente tem de recuperar, de recuperação, de readaptação no conceito de reabilitação”* (E3).

Por conseguinte, a teoria de médio alcance das transições de Afaf Meleis, na perspetiva dos participantes *“aplica-se a partir do momento em que o doente é extubado, em que o doente é capaz de reconhecer o que é que lhe aconteceu e aí iniciamos o processo de consciencialização (...) agora, em momento agudo, em momento de sala de cuidados intensivos, em que o doente ainda está sedado, ventilado, nós não temos*

*transição, a transição fica estagnada até que o doente volte a acordar e volte a fazer o processo de evolução outra vez, de resolução do problema, da adaptação à nova condição de saúde. Ela aplica-se, mas temos ali um timing em que ficamos ali em standby que corresponde ao momento em que o doente não está capaz de decidir e de reconhecer aquilo que mudou e efetivamente iniciar o processo da transição, consciencialização, depois o envolvimento e tudo o que vem daí a seguir” (E2).*

Em consonância com o descrito, há evidência de que os referenciais teóricos de Dorothea Orem, Callista Roy e Afaf Meleis são os que vão mais de encontro ao exercício profissional dos EEER (Martins, Ribeiro & Silva, 2018). Os mesmos autores mencionam ainda que os EEER qualificaram como totalmente de acordo com a sua prática, a conceção de Madeleine Leininger (Martins, Ribeiro & Silva, 2018), o que não foi salientado pelos participantes. Todavia, um dos EEER participantes no presente estudo fez referência à conceção de Katharine Kolcaba realçando a questão do conforto. Porém, este referencial teórico não foi incluído no estudo supramencionado de Martins, Ribeiro e Silva (2018).

Por conseguinte, houve um participante que mencionou o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação referindo que *“acaba por ser o nosso guia (...) não é uma teoria em si, mas é um padrão, um guião (...) em que vamos seleccionar os problemas, os focos de atenção” (E3).*

Assim, quando os EEER participantes refletem acerca dos referenciais teóricos orientadores da sua prática profissional, referem a dificuldade na escolha de um e que recorrem a um conjunto deles, mediante as características e necessidades dos clientes. Referem ainda a dificuldade em se distanciarem do modelo biomédico, bem como o recurso a evidência científica produzida por outros profissionais para fundamentar a sua prática de cuidados. Consideram que os referenciais teóricos de Virgínia Henderson, Katharine Kolcaba, Callista Roy, Dorothea Orem e Afaf Meleis são orientadores da sua prática nas UCI, com especial destaque para as perspetivas de Callista Roy e Dorothea Orem. A teoria das transições só se aplica a partir do momento em que o cliente está acordado e extubado. O padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação, embora não sejam uma teoria, é considerado por um dos participantes como um guia orientador da sua prática.

A figura 15 esquematiza o que foi anteriormente descrito.

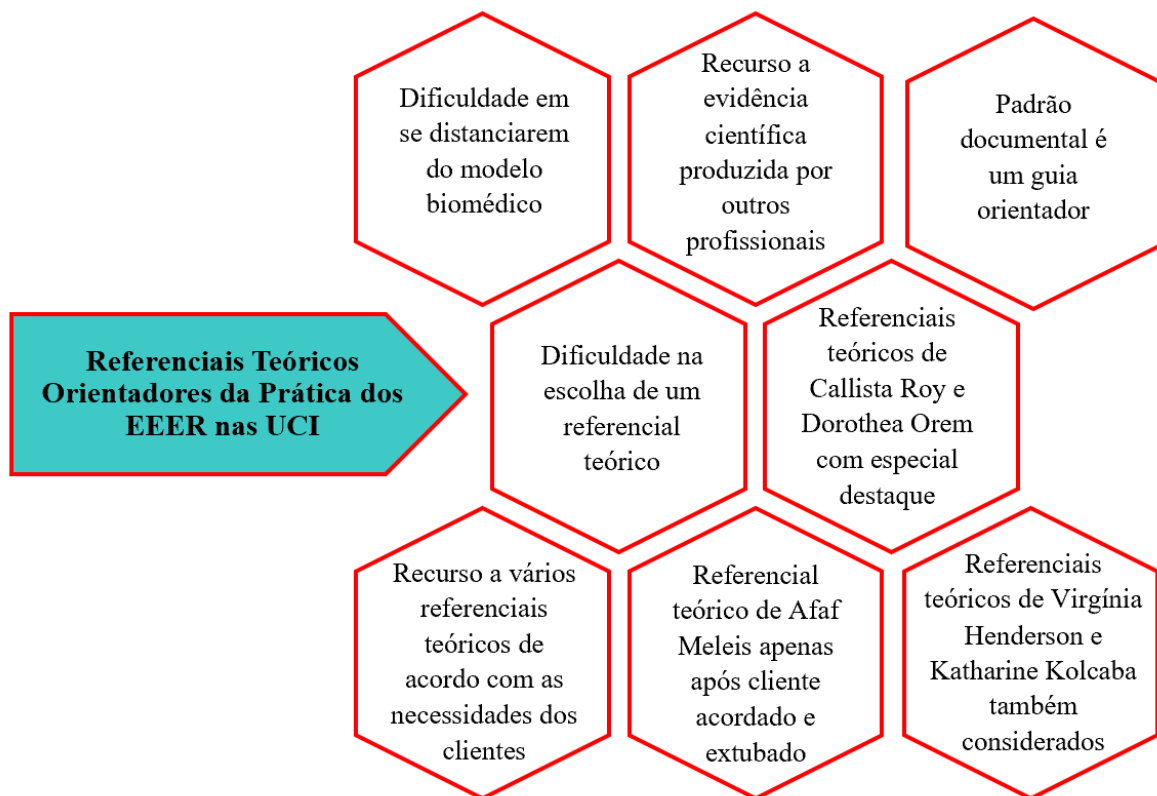


Figura 15. Representação esquemática da categoria “**Referenciais Teóricos Orientadores da Prática dos EEER nas UCI**”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente assistimos a um envelhecimento populacional, a um número crescente de sobreviventes à doença crítica e, paralelamente, a um aumento do número de internamentos em UCI. Neste sentido, torna-se imperativo abordar a pessoa em situação crítica de um modo global, integrado e multidisciplinar (Ministério da Saúde, 2017).

Consequentemente, os custos dos cuidados com as pessoas internadas em UCI têm igualmente aumentado, o que impõe decisões assentes em critérios de qualidade, eficácia e eficiência. As fronteiras do exercício dos cuidados à pessoa em situação crítica e a preocupação com a reintegração social dos sobreviventes, determinam preocupações de caráter ético e social, essenciais para as boas práticas em conformidade com a evidência científica (Ministério da Saúde, 2017).

Assim, o processo de tomada de decisão do EEER nas UCI é de extrema relevância, enquanto aspeto central da disciplina de enfermagem, com impacte na qualidade dos cuidados prestados.

Com efeito, na perspetiva dos participantes, o processo de tomada de decisão é um processo cognitivo, assente num conjunto de etapas, composto pela avaliação inicial, identificação de focos e diagnósticos de enfermagem, planeamento de intervenções e resultados a obter, implementação das intervenções e avaliação final, que se enquadra num modelo de tomada de decisão analítico-racional.

Estes profissionais assumem a premissa de tomar decisões no sentido de prevenir as complicações decorrentes da doença crítica e do internamento em UCI, bem como de resolver os problemas que vão surgindo, nomeadamente os efeitos deletérios resultantes dos mesmos, o que nos sugere que estas são as intenções dominantes da sua tomada de decisão.

As decisões tomadas pelos participantes são sustentadas e fundamentadas pelo conhecimento científico, pelo que consideram a prática baseada na evidência fundamental. Paralelamente, o conhecimento e experiência prévios do enfermeiro decisor são determinantes no processo de tomada de decisão dos respondentes, corroborando com a teoria do processamento de informação apresentada por Carnevali e Thomas (1993). De igual modo, recorrem ao conhecimento da equipa multidisciplinar enquanto contributo para uma tomada de decisão compartilhada e fundamentada, bem como a protocolos existentes na UCI, embora este último tópico seja referido apenas por um dos participantes. Adicionalmente, à luz do indicado pelos EEER, qualquer decisão a ser

tomada, nunca se pode dissociar da visão holística do cliente bem como do pensamento crítico-reflexivo.

Os EEER participantes no estudo consideram ter autonomia nas decisões que tomam, o que para estes se traduz em responsabilidade acrescida. Por outro lado, consideram a existência de intervenções interdependentes, na medida em que interagem com os restantes elementos da equipa com o propósito de colaborar em planos de ação, com orientações previamente formalizadas. Porém, o discurso dos respondentes sugere-nos que a tomada de decisão relativamente aos cuidados que prestam na UCI é essencialmente compartilhada com a equipa multidisciplinar, o que é defendido por Hodgson *et al.* (2014). Deste modo, conseguimos depreender o que os EEER participantes entendem por processo de tomada de decisão, sendo este um dos objetivos delineados para o presente estudo de investigação.

O enfermeiro especialista é reconhecido pela competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas diversas áreas de especialidade em enfermagem, como é o caso da especialidade em ER (Regulamento n.º 140/2019). Os EEER estão presentes em 92% das UCI portuguesas, ainda que em apenas 75% das mesmas, estes enfermeiros desempenhem funções especializadas (Mendes, Nunes, Pinho & Gonçalves, 2018).

Sob o ponto de vista dos participantes, algumas das competências que adquiriram enquanto enfermeiros especialistas, denominadas por competências comuns, são ainda algo menosprezadas e, embora reconheçam a sua importância, pouco tempo sobra para as desenvolver, nomeadamente no que concerne à supervisão de pares, delegação, promoção de novos conhecimentos, orientação e formação. Por outro lado, enquanto EEER, têm competências específicas no sentido de satisfazer as necessidades de cuidados da pessoa em situação crítica, que se relacionam essencialmente com a prevenção de complicações e melhoria do status dos clientes.

Outro objetivo que delineamos para este estudo foi identificar quais os focos e diagnósticos de enfermagem que os EEER participantes utilizam na sua prática de cuidados. Na perspetiva destes, é necessário fazer a distinção do estadio em que o cliente se encontra pelo que é fundamental elencar um conjunto de focos de atenção que se reportam às necessidades de cuidados que os EEER identificam nos clientes quando estão sedados e quando estão acordados.

Assim, quando perante um cliente sedado, no sentido de prevenir as complicações decorrentes da imobilidade e da VMI, os focos associam-se às questões que respeitam os

processos corporais comprometidos, nomeadamente o processo do sistema musculoesquelético, que remete ao foco do Movimento Corporal e o processo do sistema respiratório que respeita aos focos da Ventilação e da Limpeza da via aérea. Estes achados direcionam-nos à bibliografia consultada, onde os autores evidenciam os danos da sedação (Pisani *et al.*, 2009; Shehabi *et al.*, 2013 citados por Goddard *et al.*, 2018) e da imobilidade subjacente à doença crítica, que pode resultar em significativa atrofia e fraqueza muscular (De Jonghe *et al.*, 2002; Puthuchery *et al.*, 2013). Esta, associada à ineficácia do revestimento ciliar, diminuiu a eficácia da tosse, contribuindo para o aumento da acumulação de secreções e risco acrescido de infeções respiratórias (OE, 2013).

Quando o cliente suspende a sedação e começa a acordar, o processo do sistema respiratório ainda está comprometido pela presença de uma via aérea artificial e VMI. Assim, focos como a Ventilação, a Limpeza da via aérea, a Tosse e o Expetorar são relevantes para os EEER, com vista a um desmame ventilatório bem-sucedido e minimização das complicações. Tal, tem impacte nos *outcomes* dos clientes submetidos a VMI, nomeadamente no que respeita à sobrevivência, que é inversamente proporcional à duração da VMI e, embora se tenha verificado uma diminuição da mortalidade associada a complicações no decorrer desta, os valores permanecem elevados (Esteban *et al.*, 2002, 2013). Para além disso, a evidência de que a implementação de um programa de reabilitação precoce resulta numa diminuição nos dias de ventilação (McWilliams *et al.*, 2015) confere ao EEER um papel preponderante para um desmame ventilatório bem-sucedido.

Considerando que o internamento em UCI acarreta um conjunto de complicações denominado de PICS (Hermans & Berghe, 2015; Mehlhorn *et al.*, 2014), com impacte na funcionalidade, na qualidade de vida e no desempenho das AVD's, os dados encontrados vão de encontro à bibliografia consultada. Deste modo, as sequelas cognitivas foram referidas tanto na bibliografia como pelos participantes remetendo-nos para os focos relacionados com o Processo Psicológico, como a Cognição, a Concentração e a Atenção.

Adicionalmente, conseguimos identificar focos relacionados com o fenómeno Status como a Orientação, o Conhecimento, a Capacidade e a Adesão ao Regime de Reabilitação, que os EEER consideram, na medida em que é fundamental que o cliente seja capaz de executar determinadas competências, que sejam facilitadoras do processo de transição saúde/doença (Meleis *et al.*, 2000).

Para além disso, o foco de atenção Deglutir, mencionado pelos participantes, também nos direcionou para a bibliografia consultada, uma vez que a disfagia pós-extubação é uma preocupação nos clientes internados em UCI (Zuercher *et al.*, 2019). Este, é um problema com elevada incidência, sobretudo nos clientes mais graves e/ou com doença neurológica subjacente, que na maioria deles permanece durante todo o internamento, estando associada a *outcomes* clínicos adversos, bem como ao aumento da morbidade e da mortalidade (Schefold *et al.*, 2017). Apesar disso, quer a bibliografia (Schefold *et al.*, 2017) quer o discurso dos participantes, sugerem-nos que a disfagia pós-extubação é um problema muitas vezes negligenciado o que nos remete para a necessidade de um maior investimento nesta área.

Do discurso dos participantes também emergiu o foco do Autocuidado, nomeadamente os relacionados com o Vestir-se ou despir-se, o Alimentar-se, o Virar-se e o Transferir-se, no sentido de dar resposta às necessidades de autonomia e independência. Contudo, sob o ponto de vista dos respondentes, estes são mais difíceis de dar resposta, pois exigem mais tempo, que por vezes não lhes é facultado. Ainda no sentido de promover a autonomia/ independência, os focos relacionados com o Processo do sistema musculoesquelético como o Erguer-se, o Andar com ou sem auxiliar de marcha e a Paresia também foram mencionados pelos EEER. Até mesmo o andar com recurso a ventilador, é um aspeto que já é considerado na sua prática, embora ainda pouco, não fosse o *handicap* relacionado com o tempo. No decorrer do descrito, também o foco Equilíbrio torna-se relevante, sobretudo para a prevenção de quedas.

Neste estudo, também foi nosso propósito analisar as intervenções de ER em cuidados intensivos que de acordo com o descrito pelos participantes são centradas em prioridades. Estes, consideram intervenções prioritárias as que são subjacentes à Reabilitação Respiratória e à Reabilitação Motora. Apesar dos EEER reconhecerem a importância de dar ênfase a outras intervenções, estas são as que nunca devem ser descuradas, na medida em que são para as quais são mais solicitados pela equipa multidisciplinar e onde identificam mais problemas reais e/ou potenciais na pessoa em situação crítica, particularmente as inerentes à Reabilitação Respiratória. Estes achados também nos remetem para a bibliografia consultada que a par do referido pelos participantes, nos indicam que as intervenções de ER no âmbito da Reabilitação Respiratória são fulcrais durante todo o internamento na UCI (Jerre *et al.*, 2007; Sousa, Duque & Ferreira, 2012).

Associar a Reabilitação Motora é vantajoso, particularmente na inclusão de exercícios para fortalecer os músculos de um modo global (Stiller, 2013; Cameron *et al.*, 2015), que na pessoa ventilada recaem especialmente ao nível dos membros superiores, nomeadamente os grupos musculares que estabilizam a caixa torácica, os músculos acessórios da respiração, essenciais para melhorar a força muscular inspiratória (França *et al.*, 2012).

O processo de tomada de decisão do EEER, deve não só assentar na seleção fundamentada das melhores opções terapêuticas, como também na frequência com que estas devem ser implementadas. Neste seguimento, foi consensual entre os participantes que as intervenções de ER, idealmente, deveriam ser implementadas diariamente e pelo menos duas vezes ao dia, embora estes reconheçam que nos seus contextos nem sempre é possível. Para tal, têm que ser consideradas as necessidades de cada pessoa, bem como a sua tolerância ao exercício. Fazendo a ponte com a bibliografia consultada, Azevedo & Gomes (2015) na sua revisão sistemática acerca dos efeitos da mobilização precoce na reabilitação funcional em clientes críticos, concluem que não existe consenso no que concerne à intensidade, frequência e duração das intervenções, mas há evidência que sugere que programas estruturados e individualizados podem ser facilitadores da recuperação da pessoa em situação crítica.

No sentido de avaliar a qualidade dos cuidados de ER, importa avaliar o processo de reabilitação com base nas intervenções e nos resultados obtidos no cliente (Gomes, Martins, Gonçalves & Fernandes, 2012). Assim, o trabalho que o EEER desenvolve junto dos clientes deverá ser avaliado de modo a permitir o conhecimento e posterior reflexão sobre os eventuais ganhos obtidos em cuidados intensivos. Através do discurso dos participantes, foi-nos possível compreender os métodos de avaliação utilizados, nomeadamente quanto à sua tipologia, componentes e dificuldades.

Na perspetiva dos participantes, as escalas que estão validadas em Portugal e parametrizadas no SClinico<sup>®</sup> não são sensíveis aos objetivos dos cuidados de ER à pessoa em situação crítica, motivo pelo qual, as atividades de avaliação de carácter qualitativo são as mais utilizadas. Assim, ainda que existam formas de avaliação quantitativa, os respondentes referem apresentar dificuldades na aplicação destas, no seu registo e respetivo resultado. Deste modo, mencionam a necessidade de recorrer a outros instrumentos para medir a efetividade das suas intervenções de modo a que fique documentado e que permita dar visibilidade ao trabalho que desenvolvem junto da pessoa em situação crítica.

As componentes que os respondentes referem como importantes avaliar e documentar são relativas ao conhecimento, capacidade, deglutição, equilíbrio, marcha, força muscular, dispneia, dor, agitação-sedação, lesão medular e pico de fluxo de tosse. Assim, consideram urgente que sejam parametrizadas nos sistemas de informação escalas de avaliação sensíveis à pessoa em situação crítica, de modo a permitir demonstrar eventuais ganhos em saúde. De igual modo, Azevedo e Gomes (2015) consideram necessários instrumentos de avaliação passíveis de serem sistematicamente reproduzidos, de modo a produzir indicadores de resultado comparáveis.

Quanto às dificuldades sentidas pelos EEER participantes na avaliação das suas intervenções e dos resultados obtidos, estas relacionam-se com os sistemas de informação, com o imenso tempo despendido com os registos e a pouca sensibilidade dos instrumentos de avaliação.

Através deste estudo foi também nosso propósito identificar quais os fatores (facilitadores e inibidores) que influenciam a tomada de decisão do EEER nas UCI. A identificação sistemática dos presumíveis mecanismos causais e fatores que influenciam a prática clínica poderá facilitar a implementação da reabilitação precoce em UCI, bem como a mudança de comportamento dos profissionais (Foy *et al.*, 2011; Michie, 2008 citados por Goddard *et al.*, 2018).

Com efeito, na perspetiva dos participantes, no processo de tomada de decisão, devem focar-se nos potenciais benefícios da reabilitação precoce, pelo que os dispositivos médicos não são um impedimento, apenas uma condicionante, para iniciar reabilitação fora da cama. Estes achados direcionam-nos para a bibliografia consultada, não corroborando com o estudo desenvolvido por Berney *et al.* (2019) onde a presença de um tubo endotraqueal foi um dos fatores que mais influenciou a decisão de iniciar reabilitação fora da cama, apesar das recomendações de consenso de peritos o contrariarem (Hodgson *et al.*, 2014), havendo por parte dos profissionais, uma maior preocupação com os riscos associados à reabilitação do que com os potenciais benefícios. Porém, corrobora com Perme *et al.* (2013) que mencionam que a presença de cateter femoral não deve limitar a prática por não ser uma contraindicação para a mobilização da pessoa em situação crítica, bem como os estudos de Hodgson *et al.* (2014) e Wang *et al.* (2014) afirmam que a mobilização dos clientes durante a técnica dialítica é segura e viável. De igual modo, corrobora com Ferreira, Marcolino, Macagnan, Plentz e Kessler (2019) que por meio de uma revisão sistemática, verificaram que a reabilitação da pessoa em ECMO, incluindo a mobilização precoce, ortostatismo, deambulação e técnicas respiratórias é viável,

relativamente segura e potencialmente benéfica, independentemente do tipo de canulação utilizada.

Na perspectiva dos participantes, tais avanços devem-se à progressiva mudança de paradigma quanto aos cuidados intensivos, à pessoa em situação crítica e à reabilitação precoce, embora esta não ocorra da mesma forma nas diferentes UCI. Para além disso, poderá estar relacionada com a experiência da equipa multidisciplinar, que pode constituir-se como facilitador ou barreira para o processo de tomada de decisão. De igual modo, Parry *et al.* (2017, citados por McWilliams *et al.*, 2019), incluem fatores como a falta de liderança e cultura de mobilização nas UCI, a falta de comunicação interprofissional, experiência e conhecimento, como barreiras para a implementação de programas de reabilitação precoce.

A documentação do trabalho desenvolvido pelo EEER é importante para os participantes no sentido de demonstrar os resultados das suas intervenções e até mesmo porque isso repercute-se na aceitação por parte dos seus pares e da equipa multidisciplinar, criando uma relação causa-efeito. Neste sentido, também num estudo de cariz qualitativo desenvolvido por Goddard *et al.* (2018) os participantes relataram que a discórdia ou a resistência dos colegas poderia ser uma barreira importante.

Os recursos humanos, bem como os materiais são, de acordo com os respondentes, insuficientes e, portanto, uma barreira para o processo de tomada de decisão. Particularmente a escassez de recursos humanos, cuja resolução não perspetivam num futuro próximo e que lhes provoca constrangimentos na medida em que alguns clientes não são atendidos porque não há EEER em número suficiente. Para além disso, não existe equidade quanto à distribuição de EEER nas diferentes UCI onde os participantes exercem a sua atividade profissional, bem como quanto ao número de dias da semana que contam com a presença destes profissionais.

A condição do cliente, nomeadamente no que concerne à estabilidade hemodinâmica e ventilatória e ainda questões organizacionais das próprias UCI, como agendamentos de exames complementares de diagnóstico, sem conhecimento prévio do EEER, e ainda a rotatividade dos clientes, também influenciam a tomada de decisão dos enfermeiros participantes.

Outro aspeto salientado pelos respondentes foi o défice de formação nesta área específica que poderia ser colmatado ao ser integrada nos cursos de pós-licenciatura ou mestrado em ER, ou talvez ser desenvolvida uma pós-graduação. De igual modo, seria importante investir em formação em serviço para identificar e colmatar lacunas no

conhecimento. Tais achados remetem-nos para a bibliografia consultada onde alguns autores identificaram que lacunas no conhecimento podem constituir-se como barreiras à implementação da reabilitação precoce (Leditschke *et al.*, 2012; Carrothers *et al.*, 2013). Para além disso, Toonstra *et al.* (2017) também referem que as barreiras relacionadas com o conhecimento para implementar com segurança programas de reabilitação precoce em UCI, podem ser ultrapassadas através de formação direcionada.

Para os EEER participantes, a criação e estruturação de um modelo de prática profissional, voltado para a população de cuidados intensivos e baseado na evidência existente, seria útil para orientar e padronizar os cuidados de ER nas UCI. Tal fundamenta-se pelo facto de a atuação dos EEER ser diferente quer nas diversas unidades como até mesmo entre os enfermeiros da mesma unidade. Estes concordaram que quem deveria desenvolver esse modelo seriam os EEER que estão na prática clínica, que conhecem a realidade dos clientes, a par da evidência científica, e que uma reunião de consenso de peritos seria um método ajustado. Assim, tal como refere Ribeiro, Martins e Tronchin (2016), em Portugal não existem estudos realizados sobre os modelos de prática profissional, o que torna pertinente o investimento nesta temática, tanto no contexto teórico, como no contexto da prática clínica.

Durante a sessão de *focus group*, quando foi abordada a questão dos sistemas de informação, os participantes acabaram por debater exaustivamente o assunto. Para alguns autores, a utilização de um sistema de informação em enfermagem poderá reforçar e melhorar o processo de tomada de decisão, permitindo minimizar o erro pela disponibilização de dados que informem o enfermeiro da resposta adequada a um determinado propósito, orientando, instruindo e proporcionando conhecimento, ficando este mais habilitado a desenvolver determinada atividade ou decidir face a um determinado contexto (Marin, 2010; Jesus & Sousa, 2011; Ribeiro da Siva *et al.*, 2016).

Efetivamente, os participantes também consideram os sistemas de informação úteis para a colheita de dados e, deste modo, contribuem para o processo de tomada de decisão do EEER. Porém, estes deveriam ser mais sistematizados, organizados e mais direcionados para a prática clínica. É através dos sistemas de informação que os enfermeiros documentam o trabalho que desenvolvem, mas na perspetiva dos respondentes, estes estão desajustados às necessidades da UCI, obrigam a despende de grande parte do seu horário de trabalho, o que faz com que reste menos tempo para atender os clientes.

A identificação dos referenciais teóricos orientadores da prática dos EEER participantes foi igualmente um objetivo que delineamos para este estudo de investigação.

Para Martins, Ribeiro e Silva (2018), o recurso a teorias funciona como fio condutor para uma atuação sistematizada que se traduz em eficiência e efetividade, procedendo-se à colheita intencional e organização dos dados, à formulação de diagnósticos, ao planeamento e implementação das intervenções, bem como à definição de resultados, tendo por base a mesma orientação.

Os EEER participantes referiram que apresentam dificuldade na escolha de um referencial teórico pelo que recorrem a um conjunto deles, mediante as características e necessidades dos clientes. Alguns autores também defendem que é possível o recurso a mais do que um referencial, desde que adaptados aos contextos (Rocha *et al.*, 2016; Rodrigues *et al.*, 2015).

Por outro lado, mencionam a dificuldade em se distanciarem do modelo biomédico, bem como a necessidade de recorrer a evidência científica produzida por outros profissionais para fundamentar a sua prática de cuidados.

Consideram que os referenciais teóricos de Virgínia Henderson, Katharine Kolcaba, Callista Roy, Dorothea Orem e Afaf Meleis são orientadores da sua prática nas UCI. Porém, com especial destaque para as perspetivas de Callista Roy e Dorothea Orem. Já relativamente à teoria das transições, na sua ótica esta só se aplica a partir do momento em que o cliente está acordado e extubado. À semelhança do descrito pelos participantes, Martins, Ribeiro e Silva (2018), referem que os referenciais teóricos de Dorothea Orem, Callista Roy e Afaf Meleis são dos que vão mais de encontro ao exercício profissional dos EEER.

Por conseguinte, um dos participantes considerou que o padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação é um guia orientador da sua prática, apesar de não ser uma teoria.

De modo a fornecer uma visão mais global dos principais resultados deste estudo apresentamos a figura 16.

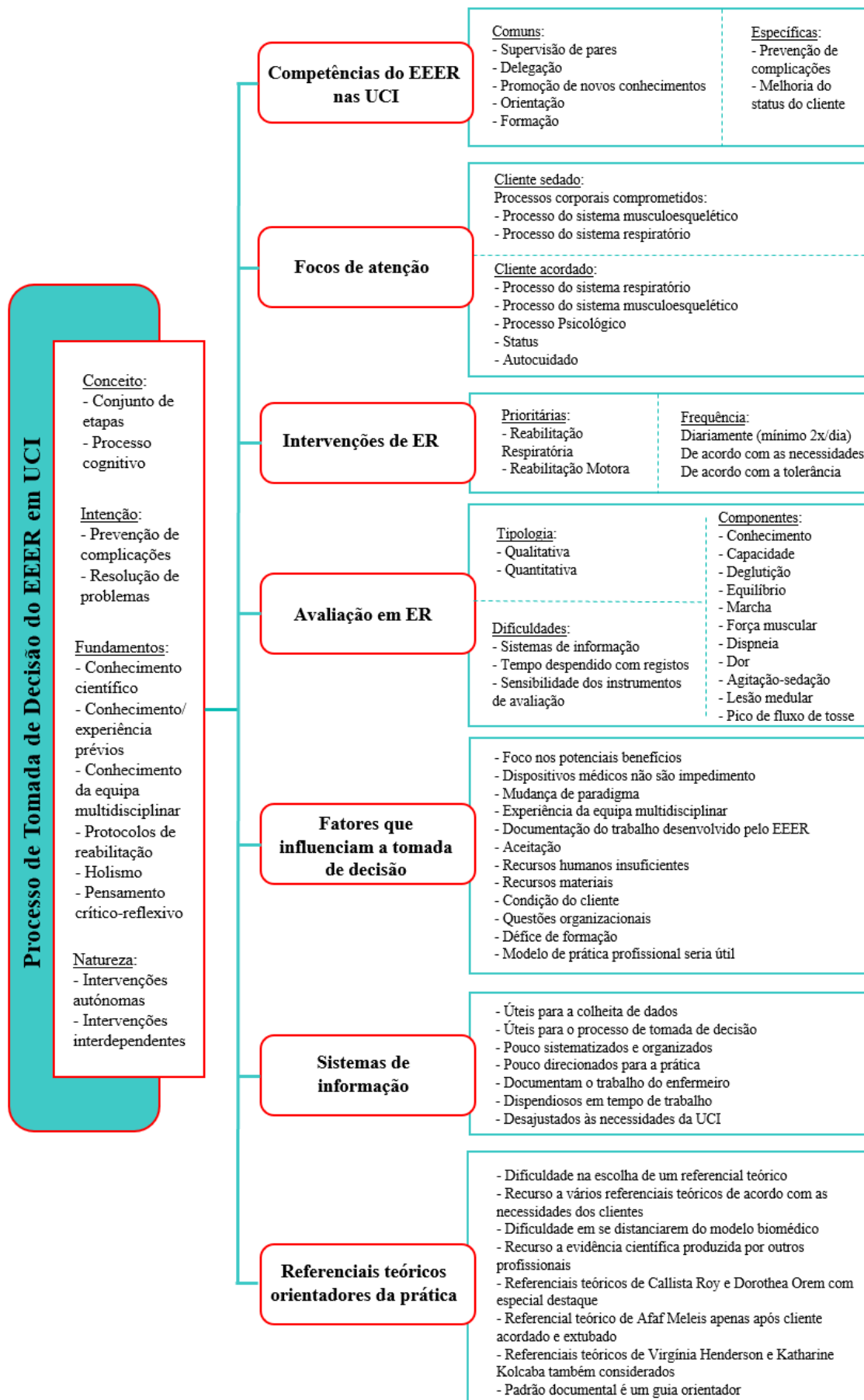


Figura 16. Principais resultados do estudo.

Da escassez de evidência científica na área da reabilitação à pessoa em situação crítica, particularmente a produzida por enfermeiros, e da inexistência de estudos realizados sobre os modelos de prática profissional em Portugal, tal como refere Ribeiro, Martins e Tronchin (2016), urge a necessidade de maior investigação na área com a criação de linhas orientadoras da prática. Adicionalmente, no estudo de carácter qualitativo desenvolvido por Goddard *et al.* (2018), os participantes mencionam que a existência de um protocolo na UCI para orientar a prática clínica constitui-se como um fator facilitador da reabilitação precoce.

Para além do impacte na qualidade dos cuidados prestados, a efetividade da prática de cuidados do EEER pode traduzir-se numa redução do tempo de permanência na UCI, o que acarreta benefícios financeiros significativos, representando uma diminuição de custos para as instituições hospitalares (McWilliams *et al.*, 2015). Por outro lado, pode ter implicações importantes através do aumento da capacidade e disponibilidade de camas para novas admissões (McWilliams *et al.*, 2015), o que corrobora com o projeto de Needham *et al.* (2010) que demonstrou um aumento de 20% nas admissões em UCI comparativamente ao ano anterior.

Face à atual pandemia por COVID-19 que desencadeou preocupação acrescida quanto ao número de vagas em cuidados intensivos, este último aspeto revela-se ainda mais pertinente, pelo que deve ser considerado pelos *stakeholders*.

Assim, tendo em conta a perspetiva dos participantes, propomos linhas orientadoras para uma prática efetiva de ER em cuidados intensivos, que se encontram estruturadas na figura 17.

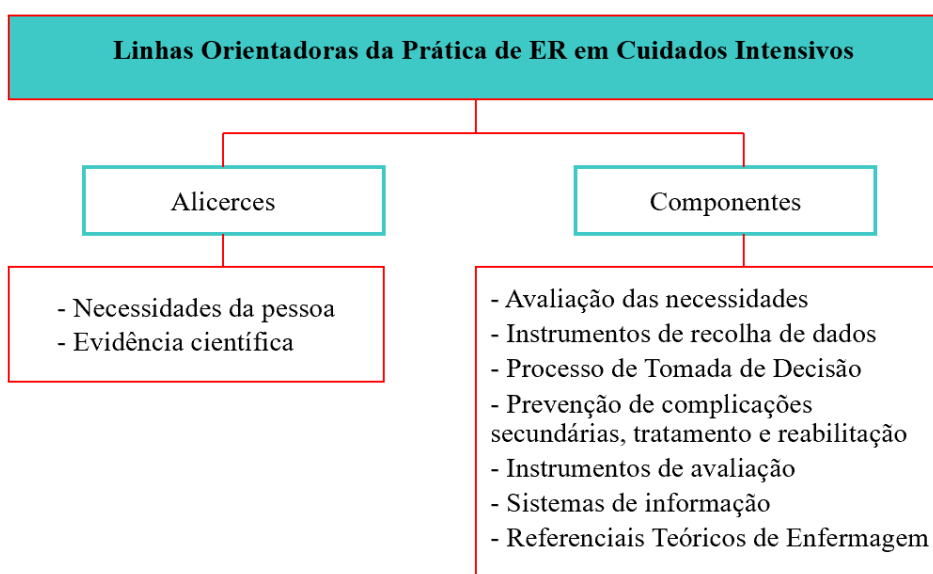


Figura 17. Representação esquemática das Linhas Orientadoras da Prática de ER em Cuidados Intensivos.

Relativamente à nossa opção pela referência à metodologia qualitativa, esta fundamenta-se pelo facto de o objetivo da investigadora ter sido perceber a perspetiva dos EEER, através de uma sessão de *focus group*, visando a compreensão de um fenómeno, tal como este se apresenta. Por outro lado, a escassez de estudos na área da reabilitação em cuidados intensivos, torna-a numa temática emergente. Assim, considerando as propriedades deste tipo de metodologia, o recurso a esta fez-nos sentido, com a finalidade de compreender a perspetiva dos participantes, resultante da sua prática clínica, através da análise do discurso proferido por estes.

Ainda que os dados obtidos não possam ser generalizados, contribuem para esclarecer o processo de tomada de decisão em ER, especificamente voltados para a pessoa em situação crítica, tendo em conta as suas necessidades e prioridades.

Naturalmente, este estudo apresenta limitações, nomeadamente no que concerne ao tamanho da amostra, pelo que consideramos pertinente o desenvolvimento de mais estudos para melhor perceber este fenómeno, investigando a ótica dos EEER de outras UCI a nível nacional.

A inexperiência da investigadora enquanto moderadora da sessão de *focus group* e na sua análise, fez com que este processo se tornasse mais moroso, com avanços e recuos, com vista ao apuramento dos dados fornecidos pelos participantes.

Partindo dos resultados obtidos, sugerimos que se desenvolva mais investigação na área da reabilitação em cuidados intensivos, que enfoque o papel do EEER. Neste contexto, foi salientada pelos participantes a importância de validar escalas sensíveis às necessidades da pessoa em situação crítica, contribuindo para a investigação nesta área.

Adicionalmente, consideramos igualmente importante perceber o papel e envolvimento da família no processo de reabilitação em UCI uma vez que os EEER participantes, ao longo da sessão de *focus group*, não fizeram referência a este aspeto. Todavia, os participantes no estudo de cariz qualitativo de Goddard *et al.* (2018) fizeram referência aos familiares como influenciadores da reabilitação precoce, embora algumas vezes como fator facilitador e outras como barreira. Para além disso, o envolvimento e empoderamento da família (*Family engagement and empowerment*) é parte integrante do feixe de intervenções ABCDEF (Barnes-Daly *et al.*, 2017), concebido para melhorar os *outcomes* em cuidados intensivos.

A importância da realização de formação específica no âmbito da reabilitação da pessoa em situação crítica também emergiu no decorrer da realização desta investigação, uma vez que esta temática não é abordada nos cursos de mestrado nem pós-licenciatura

de especialização. Neste sentido, sugerimos o desenvolvimento de um programa de formação para EEER ou estudantes de especialidade, assente no processo de tomada de decisão, com objetivos bem definidos e direcionados para a população de cuidados intensivos. Assim, pretendemos que este trabalho contribua e seja impulsionador para que as escolas superiores de enfermagem desenvolvam projetos neste sentido.

Como contributos para a prática, salientamos a importância da construção de linhas orientadoras para uma prática efetiva e uniforme de ER nas UCI, enquanto finalidade deste estudo, objetivando a tomada de decisão fundamentada e estruturada. Seria igualmente importante a sua inclusão nos sistemas de informação de modo a torná-los mais ajustados às necessidades da população de cuidados intensivos, permitindo a correta documentação e o registo dos ganhos obtidos. Para além disso, acreditamos que no futuro seria de extrema importância ir mais além, através da estruturação de um modelo de prática profissional nesta área específica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ambrosino, N., Janah, N., & Vaghegini, G. (2011). Physiotherapy in critically ill patients. *Revista portuguesa de pneumologia*, 17(6), 283-288.
- Azevedo, P.M.D.S., Gomes, B.P. (2015). Efeitos da mobilização precoce na reabilitação funcional em doentes críticos: uma revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (5), 129-138.
- Barber, E. A., Everard, T., Holland, A. E., Tipping, C., Bradley, S. J., & Hodgson, C. L. (2015). Barriers and facilitators to early mobilisation in Intensive Care: A qualitative study. *Australian Critical Care*, 28(4), 177–183. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2014.11.001>.
- Bardin, L. (2018). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70. Lda, 5ª edição. ISBN: 978-972-44-1506-2.
- Barnes-Daly, M. A., Phillips, G., Wesley Ely, E., & Ely, E. W. (2017). Improving Hospital Survival and Reducing Brain Dysfunction at Seven California Community Hospitals: Implementing PAD Guidelines Via the ABCDEF Bundle in 6,064 Patients. *Critical Care Medicine*, 45(2), 171–178. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002149>.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park. CA: Addison-Wesley.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., & Tanner, C. (1987). Clinical judgment: how expert nurses use intuition. *The American journal of nursing*, 87(1), 23–31.
- Berney, S. C., Rose, J. W., Denehy, L., Granger, C. L., Ntoumenopoulos, G., Crothers, E., Steel, B., Clarke, S., Skinner, E. H. (2019). Commencing Out-of-Bed Rehabilitation in Critical Care – What Influences Clinical Decision-Making? *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 100(2), 261. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.07.438>.
- Blackwood, B., Alderdice, F., Burns, K., Cardwell, C., Lavery, G., & O'Halloran, P. (2011). Use of weaning protocols for reducing duration of mechanical ventilation in critically ill adult patients: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 342, c7237. <https://doi.org/10.1136/bmj.c7237>
- Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M. & Robson, K. (2001). *Focus groups in social research*. London: Sage.
- Boles, J. M., Bion, J., Connors, A., Herridge, M., Marsh, B., Melot, C., Pearl, R., Silverman, H., Stanchina, M., Vieillard-Baron, A. & Welte, T. (2007). Weaning from mechanical

ventilation. *European Respiratory Journal*, 29(5), 1033-1056.  
DOI: 10.1183/09031936.00010206.

Cameron, S., Ball, I., Cepinskas, G., Choong, K., Doherty, T. J., Ellis, C. G., Martin, C. M., Mele, T. S., Sharpe, M., Shoemaker, J. K., & Fraser, D. D. (2015). Early mobilization in the critical care unit: A review of adult and pediatric literature. *Journal of critical care*, 30(4), 664–672. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.03.032>.

Camevali, D. & Thomas (1993). M. *Diagnostic Reasoning and Treatment Decison making in Nursing*. Philadelphia: Lippincott.

Carrothers, K. M., Barr, J., Spurlock, B., Ridgely, M. S., Damberg, C. L., & Ely, E. W. (2013). Contextual issues influencing implementation and outcomes associated with an integrated approach to managing pain, agitation, and delirium in adult ICUs. *Critical Care Medicine*, S128-35. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182a2c2b1>.

Cerqueira, A.V.B. (2019). *Prevenção das consequências da imobilidade na pessoa em situação crítica*. (Master's thesis, Instituto Politécnico de Setúbal. Setúbal. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28810>.

Cerqueira, A.V.B. & Grilo, E.N. (2019). Prevenção das consequências da imobilidade na pessoa em situação crítica. *Revista Portuguesa de Enfermagem e Reabilitação*. 2(1), 78-89.

Chambers, M. A., Moylan, J. S., & Reid, M. B. (2009). Physical inactivity and muscle weakness in the critically ill. *Critical care medicine*, 37(10 Suppl), S337–S346. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181b6e974>.

Collière, M.F. (1989). *Promover a vida: a prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.

Convertino, V. A. (1997). Cardiovascular consequences of bed rest: effect on maximal oxygen uptake. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 29(2), 191–196.

Convertino, V. A., Bloomfield, S. A., & Greenleaf, J. E. (1997). An overview of the issues: physiological effects of bed rest and restricted physical activity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 29(2), 187–190.

Costa, A.D.C.C.C. (2019). *Os ganhos da intervenção de Enfermagem de Reabilitação às pessoas em cuidados intensivos com necessidade de limpeza das vias aéreas e utilização de insuflador-exsuflador mecânico*. (Master's thesis, Instituto Politécnico de Setúbal). Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/29330>.

Cordeiro, M.C.O., Menoita, E.C.P.C. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Lusociência. ISBN: 9789728930868.

- Decreto lei n.º 161/96 de 4 de Setembro. (1996). *Diário da República n.º 205*, I-A Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- De Jonghe, B., Sharshar, T., Lefaucheur, J. P., Authier, F. J., Durand-Zaleski, I., Boussarsar, M., Cerf, C., Renaud, E., Mesrati, F., Carlet, J., Raphaël, J. C., Outin, H., Bastuji-Garin, S., & Groupe de Réflexion et d'Etude des Neuromyopathies en Réanimation (2002). Paresis acquired in the intensive care unit: a prospective multicenter study. *JAMA*, 288(22), 2859–2867. <https://doi.org/10.1001/jama.288.22.2859>.
- Deodato, S. (2010). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir* (Doctoral dissertation, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4984/3/Tese\\_Dout\\_SD\\_Final\\_23.10.10.paginada.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4984/3/Tese_Dout_SD_Final_23.10.10.paginada.pdf).
- Dias, C.M. & Lopes, M.I. (2010). Raciocínio Clínico em Enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 21, 33-45.
- Direção-Geral da Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa. Retrieved from <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004>.
- Dirkes, S. M., & Kozlowski, C. (2019). Early Mobility in the Intensive Care Unit: Evidence, Barriers, and Future Directions. *Critical Care Nurse*, 39(3), 33–42. <https://doi.org/10.4037/ccn2019654>.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729. Doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.
- Drolet, A., DeJulio, P., Harkless, S., Henricks, S., Kamin, E., Leddy, E. A., Lloyd, J. M., Waters, C., & Williams, S. (2013). Move to Improve: The Feasibility of Using an Early Mobility Protocol to Increase Ambulation in the Intensive and Intermediate Care Settings. *Physical Therapy*, 93(2), 197–207. <https://doi.org/10.2522/ptj.20110400>.
- Dubb, R., Nydahl, P., Hermes, C., Schwabbauer, N., Toonstra, A., Parker, A. M., Kaltwasser, A., & Needham, D. M. (2016). Barriers and Strategies for Early Mobilization of Patients in Intensive Care Units. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(5), 724–730. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201509-586CME>.
- Engel, H. J., Needham, D. M., Morris, P. E., & Gropper, M. A. (2013). ICU early mobilization: from recommendation to implementation at three medical centers. *Critical Care Medicine*, S69-80. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182a240d5>.
- Esteban, A., Anzueto, A., Frutos, F., Alía, I., Brochard, L., Stewart, T. E., Benito, S., Epstein, S. K., Apezteguía, C., Nightingale, P., Arroliga, A. C., Tobin, M. J., & Mechanical

- Ventilation International Study Group (2002). Characteristics and outcomes in adult patients receiving mechanical ventilation: a 28-day international study. *JAMA*, 287(3), 345–355. <https://doi.org/10.1001/jama.287.3.345>.
- Esteban, A., Frutos-Vivar, F., Muriel, A., Ferguson, N. D., Peñuelas, O., Abaira, V., Raymondos, K., Rios, F., Nin, N., Apezteguía, C., Violi, D. A., Thille, A. W., Brochard, L., González, M., Villagomez, A. J., Hurtado, J., Davies, A. R., Du, B., Maggiore, S. M., Pelosi, P., ... Anzueto, A. (2013). Evolution of mortality over time in patients receiving mechanical ventilation. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 188(2), 220–230. <https://doi.org/10.1164/rccm.201212-2169OC>.
- Ferreira, D., Marcolino, M., Macagnan, F. E., Plentz, R., & Kessler, A. (2019). Safety and potential benefits of physical therapy in adult patients on extracorporeal membrane oxygenation support: a systematic review. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 31(2), 227–239. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190017>.
- Fonseca, C. (2006). *A Tomada de Decisão dos Enfermeiros face aos cuidados que prestam no Hospital* (Master's thesis, Universidade Aberta). Retrieved from [https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/722/1/TMCS\\_C%c3%a9sarFonseca.pdf](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/722/1/TMCS_C%c3%a9sarFonseca.pdf).
- França, E. É., Ferrari, F., Fernandes, P., Cavalcanti, R., Duarte, A., Martinez, B. P., Aquim, E. E., & Damasceno, M. C. (2012). Physical therapy in critically ill adult patients: recommendations from the Brazilian Association of Intensive Care Medicine Department of Physical Therapy. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 24(1), 6–22.
- Garzon-Serrano, J., Ryan, C., Waak, K., Hirschberg, R., Tully, S., Bittner, E. A., Chipman, D. W., Schmidt, U., Kasotakis, G., Benjamin, J., Zafonte, R., & Eikermann, M. (2011). Early mobilization in critically ill patients: patients' mobilization level depends on health care provider's profession. *PM & R : the journal of injury, function, and rehabilitation*, 3(4), 307–313. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2010.12.022>.
- Girard, T. D., Alhazzani, W., Kress, J. P., Ouellette, D. R., Schmidt, G. A., Truwit, J. D., Burns, S. M., Epstein, S. K., Esteban, A., Fan, E., Ferrer, M., Fraser, G. L., Gong, M. N., Hough, C. L., Mehta, S., Nanchal, R., Patel, S., Pawlik, A. J., Schweickert, W. D., Sessler, C. N., ... ATS/CHEST Ad Hoc Committee on Liberation from Mechanical Ventilation in Adults (2017). An Official American Thoracic Society/American College of Chest Physicians Clinical Practice Guideline: Liberation from Mechanical Ventilation in Critically Ill Adults. Rehabilitation Protocols, Ventilator Liberation Protocols, and Cuff Leak Tests. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 195(1), 120–133. <https://doi.org/10.1164/rccm.201610-2075ST>.

- Goddard, S.L., Lorencatto, F., Koo, E., Rose, L., Fan, E., Kho, M.E., Needham, D.M., Rubenfeld, G.D., Francis, J.J., Cuthbertson, B.H. (2018). Barriers and facilitators to early mobilization in mechanically ventilated patients – a theory-driven interview study. *Journal of Intensive Care*. 6(4). Doi 10.1186/s40560-018-0273-0.
- Gomes, J. A. P., Silva Martins, M. M. F. P., da Costa Gonçalves, M. N., & da Nova Fernandes, C. S. N. (2012). Enfermagem de reabilitação: percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 29–38.
- Gonçalves, A.C.M. (2017). *Cuidados seguros ao doente crítico: intervenção de Enfermagem de Reabilitação na prevenção do declínio funcional*. (Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20994>.
- Gonçalves, C.J.F. (2016). *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Pessoa em Situação de Atelectasia em Cuidados Intensivos*. (Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17191>.
- Gosselink, R., Bott, J., Johnson, M., Dean, E., Nava, S., Norrenberg, M., Schönhofer, B., Stiller, K., van de Leur, H., & Vincent, J. L. (2008). Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients. *Intensive care medicine*, 34(7), 1188–1199. <https://doi.org/10.1007/s00134-008-1026-7>.
- Gosselink, R., Clerckx, B., Robbeets, C., Vanhullebusch, T., Vanpee, G., & Segers, J. (2011). Physiotherapy in the intensive care unit. *Netherlands Journal of Critical Care*, 15(2), 66–75.
- Griffiths, J., Hatch, R. A., Bishop, J., Morgan, K., Jenkinson, C., Cuthbertson, B. H., & Brett, S. J. (2013). An exploration of social and economic outcome and associated health-related quality of life after critical illness in general intensive care unit survivors: a 12-month follow-up study. *Critical Care*, 17(1), R100. <https://doi.org/10.1186/cc12745>.
- Hammond, K. R. (1996). Upon reflection. *Thinking & Reasoning*, 2(2-3), 239–248.
- Hermans, G., & Van den Berghe, G. (2015). Clinical review: intensive care unit acquired weakness. *Critical care (London, England)*, 19(1), 274. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0993-7>.
- Herridge, M. S., Batt, J., & Santos, C. D. (2014). ICU-acquired Weakness, Morbidity, and Death. *American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine*, 190(4), 360–362. <https://doi.org/10.1164/rccm.201407-1263ED>.

- Herridge, M. S., Tansey, C. M., Matté, A., Tomlinson, G., Diaz-Granados, N., Cooper, A., Guest, C. B., Mazer, C. D., Mehta, S., Stewart, T. E., Kudlow, P., Cook, D., Slutsky, A. S., Cheung, A. M., & Canadian Critical Care Trials Group (2011). Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. *The New England journal of medicine*, 364(14), 1293–1304. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1011802>.
- Hodgson, C., Bellomo, R., Berney, S., Bailey, M., Buhr, H., Denehy, L., Harrold, M., Higgins, A., Presneill, J., Saxena, M., Skinner, E., Young, P., & Webb, S. (2015). Early mobilization and recovery in mechanically ventilated patients in the ICU: a bi-national, multi-centre, prospective cohort study. *Critical Care*, 19(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0765-4>.
- Hodgson, C. L., Stiller, K., Needham, D. M., Tipping, C. J., Harrold, M., Baldwin, C. E., Bradley, S., Berney, S., Caruana, L. R., Elliott, D., Green, M., Haines, K., Higgins, A. M., Kaukonen, K.-M., Leditschke, I. A., Nickels, M. R., Paratz, J., Patman, S., Skinner, E. H., & Young, P. J. (2014). Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. *Critical Care*, 18(5), 658. <https://doi.org/10.1186/s13054-014-0658-y>
- Institute for Helthcare Improvement [Web site]. Retrieved from <http://www.ihl.org/resources/Pages/ImprovementStories/WhatIsaBundle.aspx>.
- International Council of Nurses (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 2015. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses (2019). *ICNP Browser* [Web site]. Retrieved from <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>.
- Jenks J. M. (1993). The pattern of personal knowing in nurse clinical decision making. *The Journal of nursing education*, 32(9), 399–405.
- Jesus, É. (1999). *A decisão Clínica de Enfermagem*. (Master's thesis). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Jesus, É. (2004). *Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem* (Doctoral dissertation, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9768>.
- Jesus, É. & Sousa, P.F. (2011). Sistemas de Informação e profissionais de Saúde – Visão dos enfermeiros. in Pereira, D., Nascimento, J.C., Gomes, R., *Sistema de Informação na Saúde – Perspetivas e Desafios em Portugal* (226-241). Lisboa: Edições Silabo.

- Kayambu, G., Boots, R., & Paratz, J. (2013). Physical Therapy for the Critically Ill in the ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical Care Medicine*, 41(6), 1543–1554. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31827ca637>.
- Kress, J. P., & Hall, J. B. (2014). ICU-acquired weakness and recovery from critical illness. *The New England journal of medicine*, 371(3), 287–288. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1406274>.
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009). *Focus groups: A practical guide for applied research* (4th Ed.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Leditschke, A., Green, M., Irvine, J., Bissett, B., & Mitchell, I. A. (2012). What Are the Barriers to Mobilizing Intensive Care Patients? *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal (American Physical Therapy Association, Cardiopulmonary Section)*, 23(1), 26–29.
- Macedo, A.; Petronilho, F.; & Cainé, J. (2015). *Nursing Information Systems: From Documentation as Evidence to Documentation as a Support to the Clinical Decision Making*. In *Healthcare Administration: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications*, ed. Management Association, pp. 959-977. United States of America: IGI Global. doi: 10.4018/978-1-4666-6339- 8.ch050.
- Malone, D., Ridgeway, K., Nordon-Craft, A., Moss, P., Schenkman, M., & Moss, M. (2015). Physical Therapist Practice in the Intensive Care Unit: Results of a National Survey. *Physical Therapy*, 95(10), 1335–1344. <https://doi.org/10.2522/ptj.20140417>.
- Marin, H.F. (2010). Sistemas de informacao em saude: considerações gerais. *Journal of Health Informatics*, Jan-Mar, 2(1), 20-4. Retrieved from <http://www.jhisbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/4/52>.
- Marra, A., Ely, E. W., Pandharipande, P. P., & Patel, M. B. (2017). The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Critical care clinics*, 33(2), 225–243. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2016.12.005>.
- Marreiros, P.F.V. (2015). *Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na prevenção de complicações respiratórias na pessoa submetida a ventilação invasiva* (Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16463>.
- Martins, M.M., Ribeiro, O., Silva, J.V. (2018). Orientações Conceituais dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação em Hospitais Portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 1(2), 42-48.

- Matias, P.F. (2016). *Enfermagem de Reabilitação à pessoa em situação de imobilidade em cuidados intensivos* (Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16506>.
- McParland, J. L. & Flowers, P. (2012). Nine lessons and recommendations from the conduct of focus group research in chronic pain samples. *British Journal of Health Psychology*, 17, 492-504. doi:10.1111/j.2044-8287.2011.02050.x.
- McPeake, J. (2012). Holistic rehabilitation from intensive care: lessons from America. *International Practice Development Journal*, 2(2), 1-7.
- McWilliams, D., Snelson, C., Goddard, H., & Attwood, B. (2019). Introducing early and structured rehabilitation in critical care: A quality improvement project. *Intensive & Critical Care Nursing*, 53, 79-83. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.04.006>.
- McWilliams, D., Weblin, J., Atkins, G., Bion, J., Williams, J., Elliott, C., Whitehouse, T., Snelson, C. (2015). Enhancing rehabilitation of mechanically ventilated patients in the intensive care unit: A quality improvement project. *Journal of Critical Care*, 30(1), 13-18. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.09.018>.
- Mehlhorn, J., Freytag, A., Schmidt, K., Brunkhorst, F. M., Graf, J., Troitzsch, U., Schlattmann, P., Wensing, M., & Gensichen, J. (2014). Rehabilitation interventions for postintensive care syndrome: a systematic review. *Critical care medicine*, 42(5), 1263-1271. <https://doi.org/10.1097/CCM.000000000000148>.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>.
- Mendes, J. J., Mergulhão, P., Froes, F., Paiva, J. A., & Gouveia, J. (2020). Recommendations from the Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos and Infection & Sepsis Group for intensive care approach to COVID-19. Recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Grupo de Infecção e Sépsis para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 32(1), 2-10. <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20200002>.
- Mendes, R.M.G., Nunes, M.L., Pinho, J.A. & Gonçalves, B.R. (2018). Organização dos cuidados de reabilitação nas unidades de cuidados intensivos portuguesas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 30(1), 57-63. Retrieved from <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v30n1/0103-507X-rbti-30-01-0057.pdf>.

- Mendez-Tellez, P. A., & Needham, D. M. (2012). Early physical rehabilitation in the ICU and ventilator liberation. *Respiratory care*, 57(10), 1663–1669. <https://doi.org/10.4187/respcare.01931>.
- Ministério da Saúde - Direção de Serviços de planeamento. (2003). *Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Medicina Intensiva*. República Portuguesa. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>.
- Morais, M.J.S. (2015). *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em contexto de cuidados intensivos à pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica submetida a Ventilação Não Invasiva* (Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16418>.
- Morgan, D. L. (1996). Focus group. *Annual Review Sociology*, 22, 129-152.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus group as qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Morgan, D. L. (1998). *Planning focus group*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Morris, P. E., Goad, A., Thompson, C., Taylor, K., Harry, B., Passmore, L., Ross, A., Anderson, L., Baker, S., Sanchez, M., Penley, L., Howard, A., Dixon, L., Leach, S., Small, R., Hite, R. D., & Haponik, E. (2008). Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. *Critical care medicine*, 36(8), 2238–2243. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318180b90e>.
- Morris, P. E., Griffin, L., Berry, M., Thompson, C., Hite, R. D., Winkelman, C., Hopkins, R. O., Ross, A., Dixon, L., Leach, S., & Haponik, E. (2011). Receiving early mobility during an intensive care unit admission is a predictor of improved outcomes in acute respiratory failure. *The American journal of the medical sciences*, 341(5), 373–377. <https://doi.org/10.1097/MAJ.0b013e31820ab4f6>.
- National Institutes of Health Osteoporosis and Related Bone Diseases (2018). Bed Rest and Immobilization: Risk Factors for Bone Loss. Retrieved from <https://www.bones.nih.gov/sites/bones/files/pdfs/bedrestimmobilizationriskfactors-508-11-18.pdf>.
- Needham, D. M., Korupolu, R., Zanni, J. M., Pradhan, P., Colantuoni, E., Palmer, J. B., Brower, R. G., & Fan, E. (2010). Early physical medicine and rehabilitation for patients with acute respiratory failure: a quality improvement project. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 91(4), 536–542. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.01.002>.

- Neves, M. (2002). A tomada de decisão em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 6 (2), 25-35.
- Neves, M. (2005). Intervenções de Enfermagem – razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras. *Pensar Enfermagem*, 9(2), 2-13.
- Ntoumenopoulos G. (2015). Rehabilitation during mechanical ventilation: Review of the recent literature. *Intensive & critical care nursing*, 31(3), 125–132. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.02.001>.
- Nydahl, P., Sricharoenchai, T., Chandra, S., Kundt, F. S., Minxuan Huang, Fischill, M., Needham, D. M., & Huang, M. (2017). Safety of Patient Mobilization and Rehabilitation in the Intensive Care Unit. Systematic Review with Meta-Analysis. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(5), 766–777. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201611-843SR>.
- Nunes, F. M. (2007). Tomada de decisão de enfermagem em emergência. *Revista Nursing Portuguesa*, 17(219), 7-11.
- Oliveira, R. S., Almeida, E. C., Azevedo, N. M., Almeida, M. A., & Oliveira, J. G. (2015). Reflexões sobre as bases científicas e fundamentação legal para aplicação da sistematização do cuidado de enfermagem. *Revista Uniabeu*, 8(20), 350-362. Retrieved from [http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/1912/pdf\\_298](http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/1912/pdf_298)
- Omura, K., Komine, A., Yanagigawa, M., Chiba, N., & Osada, M. (2019). Frequency and outcome of post-extubation dysphagia using nurse-performed swallowing screening protocol. *Nursing in Critical Care*, 24(2), 70–75. <https://doi.org/10.1111/nicc.12359>.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros. *Investigação em Enfermagem. Tomada de posição*. Lisboa. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Retrieved from

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP\\_Mobilidade\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2015). Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Areas\\_Investigacao\\_Prioritarias\\_para\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código Deontológico*. (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2016). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDados/DocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDados/DocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória*. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp\\_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria\\_mceer\\_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf).

Organização Mundial de Saúde (2004). Regional Office for the Western Pacific. *Developing health management information systems: a practical guide for developing countries*. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/207050>.

Outeiro, R.M. (2019). *A intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação no desmame ventilatório numa unidade de cuidados intensivos* (Master's thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Retrieved from <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/2212>.

- Parry, S. M., & Puthuchery, Z. A. (2015). The impact of extended bed rest on the musculoskeletal system in the critical care environment. *Extreme physiology & medicine*, 4, 16. <https://doi.org/10.1186/s13728-015-0036-7>.
- Parry, S., Knight, L., Connolly, B., Baldwin, C., Puthuchery, Z., Morris, P., Mortimore, J., Hart, N., Denehy, L., Granger, C., Parry, S. M., Knight, L. D., & Granger, C. L. (2017). Factors influencing physical activity and rehabilitation in survivors of critical illness: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *Intensive Care Medicine*, 43(4), 531–542. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4685-4>.
- Pereira, J.A. (2012). *Competências do enfermeiro de reabilitação com doentes dependentes no autocuidado em cuidados intensivos* (Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9340/1/Compet%20c3%aancias%20do%20enf%20ermeiro%20de%20reabilita%20c3%a7%20c3%a3o%20com%20doentes%20dependentes%20no%20autocuidado%20em%20cuidados%20int.pdf>.
- Perme, C., Nalty, T., Winkelman, C., Kenji Nawa, R., & Masud, F. (2013). Safety and Efficacy of Mobility Interventions in Patients with Femoral Catheters in the ICU: A Prospective Observational Study. *Cardiopulmonary physical therapy journal*, 24(2), 12–17.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed Editora, 7ª edição. ISBN: 9788536325453.
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-7307-984-3.
- Presto, B. & Damázio, L. (2009). *Fisioterapia Respiratória*. (4ª Ed). Rio de Janeiro: Elsevier, ISBN: 978-85-352-3060-4.
- Puthuchery, Z. A., Rawal, J., McPhail, M., Connolly, B., Ratnayake, G., Chan, P., Hopkinson, N. S., Padhke, R., Dew, T., Sidhu, P. S., Velloso, C., Seymour, J., Agle, C. C., Selby, A., Limb, M., Edwards, L. M., Smith, K., Rowleron, A., Rennie, M. J., & Moxham, J. (2013). Acute skeletal muscle wasting in critical illness. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 310(15), 1591–1600.
- Regulamento n.º 124/11 de 18 de Fevereiro. (2011). *Diário da República n.º 3*, II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 140/19 de 6 de Fevereiro. (2019). *Diário da República n.º 26*, II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

- Regulamento n.º 392/19 de 3 de Maio. (2019). *Diário da República n.º 85*, II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Ribeiro da Silva, A., Medeiros de Oliveira, T., Francisca de Lima, C., Barbosa Rodrigues, L., Neres Bellucci, J., & Gomes Oliveira Carvalho, M. (2016). Sistemas De Informação Como Instrumento Para Tomada De Decisão Em Saúde: Revisão Integrativa. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 10(9), 3455–3462. <https://doi.org/10.5205/reuol.9571-83638-1-SM1009201634>
- Ribeiro, O.M.P.L., Martins, M.M.F.P.S., & Tronchin, D.M.R. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), 125–133. <https://doi.org/10.12707/RIV16008>.
- Ribeiro, O., Martins, M.M.F.P.S., Tronchin, D.M.R. & Silva, J.M.A.V. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19), 39- 48. <https://doi.org/10.12707/RIV18040>.
- Ribeiro, O.M.P.L. (2018). *Conceções e Práticas dos Enfermeiros – Olhares sobre um percurso em hospitais portugueses*. 1ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-84-0.
- Romão, C. (2015). *Contributos da Enfermagem de Reabilitação no incremento da autonomia em cuidados intensivos* (Master's thesis, Instituto Politécnico de Portalegre). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/14753>.
- Rodrigues, V. S., Piecyk, M., Potter, A., McKinnon, A., Naim, M. & Edwards, J. (2007). Assessing the application of focus group as a method for collecting data in logistics. *International Journal of Logistics Research and Applications*, 13(1), 75-94.
- Sagoe, D. (2012). Precincts and Prospects in the Use of Focus Groups in Social and Behavioral Science Research. *The Qualitative Report*, 17(15), 1-16. Retrieved from <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol17/iss15/1>.
- Santos, A. Oliveira, I., Silveira, T. (2010). Mobilização precoce em UCI. *Salutis Scientia*, 2, 20-24.
- Santos, J. (2017) in Prefácio. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta.
- Schefold, J. C., Berger, D., Zürcher, P., Lensch, M., Perren, A., Jakob, S. M., Parviainen, I., & Takala, J. (2017). Dysphagia in Mechanically Ventilated ICU Patients (DYnAMICS): A Prospective Observational Trial. *Critical Care Medicine*, 45(12), 2061–2069. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002765>.

- Schoeller, S.D., Martins, M.M., Ribeiro, I., Lima, D.K.S., Padilha, M.I. & Gomes, B.P. (2018). Breve Panorama Mundial da Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 6-12. Retrieved from <https://www.aper.pt/ficheiros/revista/rperv1n1.pdf>.
- Schweickert, W. D., Pohlman, M. C., Pohlman, A. S., Nigos, C., Pawlik, A. J., Esbrook, C. L., Spears, L., Miller, M., Franczyk, M., Deprizio, D., Schmidt, G. A., Bowman, A., Barr, R., McCallister, K. E., Hall, J. B., & Kress, J. P. (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomized controlled trial. *Lancet (London, England)*, 373(9678), 1874–1882. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60658-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60658-9).
- Sequeira, M. (2009). Fisioterapia em Cuidados Intensivos. *EssFisiOnline*. 5 (1). 54- 73.
- Siebens, H., Aronow, H., Edwards, D., & Ghasemi, Z. (2000). A randomized controlled trial of exercise to improve outcomes of acute hospitalization in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1545–1552. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2000.tb03862.x>.
- Silva, M.A.T.C.P. (2011). *Intenções Dominantes nas Concepções de Enfermagem* (Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8685>.
- Simões, J. (2016). *Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva* (Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16505/1/Mestrado%20em%20Enfermagem%20%20Intervencao%20EER%20a%20pessoa%20submetida%20a%20VMI.pdf>.
- Sommers, J., Engelbert, R. H. H., Dettling-Ihnenfeldt, D., Gosselink, R., Spronk, P. E., Nollet, F., & van der Schaaf, M. (2015). Physiotherapy in the intensive care unit: an evidence-based, expert driven, practical statement and rehabilitation recommendations. *Clinical Rehabilitation*, 29(11), 1051–1063. <https://doi.org/10.1177/0269215514567156>.
- Sousa, L., Duque, H. & Ferreira, C. (2012). Reabilitação respiratória na pessoa submetida a ventilação invasiva. In Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas* (p. 21-56). Lusociência.
- Stewart, D. W., Shamdasani, P. N. & Rook, D. W. (2007). *Focus groups: Theory and practice* (2nd ed.). Thousand Oaks, California: Sage.
- St-Germain, D. (2014). The rehabilitation nurse then and now: From technical support to human potential catalyst by Caring-Disability Creation Process Model in an interprofessional

- team. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(7), 54-61. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.925.2525&rep=rep1&type=pdf>.
- Streubert, H.L. & Carpenter, D.R. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusodidacta, 5ª edição. ISBN: 978-989-8075-34-5.
- Stiller, K., & Phillips, A. (2003). Safety aspects of mobilizing acutely ill inpatients. *Physiotherapy Theory & Practice*, 19(4), 239–257. <https://doi.org/10.1080/716100582>.
- Stiller, K. (2007). Safety issues that should be considered when mobilizing critically ill patients. *Critical Care Clinics*, 23(1), 35–53.
- Stiller, K. (2013). Physiotherapy in intensive care: an updated systematic review. *Chest*, 144(3), 825–847. <https://doi.org/10.1378/chest.12-2930>.
- Testas, J. & Testas, J. (2008). Enfermagem de Reabilitação no doente respiratório in Marcelino, P. (2008). *Manual de Ventilação Mecânica No Adulto: Abordagem ao doente crítico* (1ª Edição). Loures: Lusociência, 2008. ISBN: 978-972-8930-42.
- Tipping, C. J., Harrold, M., Holland, A., Romero, L., Nisbet, T., & Hodgson, C. L. (2017). The effects of active mobilisation and rehabilitation in ICU on mortality and function: a systematic review. *Intensive Care Medicine*, 43(2), 171–183. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4612-0>
- Thompson C. (1999). A conceptual treadmill: the need for 'middle ground' in clinical decision making theory in nursing. *Journal of advanced nursing*, 30(5), 1222–1229. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01186.x>.
- Toonstra, A. L., Nelliott, A., Aronson Friedman, L., Zanni, J. M., Hodgson, C., & Needham, D. M. (2017). An evaluation of learning clinical decision-making for early rehabilitation in the ICU via interactive education with audience response system. *Disability & Rehabilitation*, 39(11), 1143–1145. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1186751>.
- Varela, M.M. (2019). *Mobilização precoce da pessoa em situação crítica: um passo para a independência* (Master's thesis, Instituto Politécnico de Setúbal). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/29285>.
- Vaz, I. M., Maia, M., Castro E Melo, A. M., & Rocha, A. (2011). Desmame ventilatório difícil: o papel da medicina física e de reabilitação [Ventilatory weaning: rehabilitation strategies in intensive care setting]. *Acta medica portuguesa*, 24(2), 299–308.
- Wang, Y. T., Haines, T. P., Ritchie, P., Walker, C., Ansell, T. A., Ryan, D. T., Lim, P. S., Vij, S., Acs, R., Fealy, N., & Skinner, E. H. (2014). Early mobilization on continuous renal

replacement therapy is safe and may improve filter life. *Critical care (London, England)*, 18(4), R161. <https://doi.org/10.1186/cc14001>.

Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., Zhang, J., Wang, B., Xiang, H., Cheng, Z., Xiong, Y., Zhao, Y., Li, Y., Wang, X., & Peng, Z. (2020). Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*, 323(11), 1061–1069. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585>.

World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report*[Web site]. Retrieved from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situationreports>.

Zomorodi, M., Topley, D., & McAnaw, M. (2012). Developing a mobility protocol for early mobilization of patients in a surgical/trauma ICU. *Critical care research and practice*, 2012, 964547. <https://doi.org/10.1155/2012/964547>

Zuercher, P., Moret, C. S., Dziewas, R., & Schefold, J. C. (2019). Dysphagia in the intensive care unit: epidemiology, mechanisms, and clinical management. *Critical care (London, England)*, 23(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2400-2>.

## **ANEXOS**

**ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da ESSM**



PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

PCE

Número de registo da Comissão de Ética

Data de receção da documentação

Existência de entradas anteriores  Sim  Não

Título do estudo de investigação

Processo de tomada de decisão em Unidades de Cuidados Intensivos: perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Investigador principal

Virgínia Maria Pereira Prazeres

Data de início  Data de conclusão [prevista]

Resumo do estudo de investigação

Objetivo(s)

Nada a referir.

Tipo de estudo de investigação

Nada a referir.

População-alvo, amostra e respetivos critérios de seleção

Nada a referir.

Considerações éticas

Nada a referir.

Instrumentos de recolha de dados

Nada a referir.

Procedimentos de recolha de dados e/ ou experimentais

Nada a referir.

Riscos inerentes ao estudo de investigação

Nada a referir.

Cronograma

Nada a referir.

Documentação anexa

Nada a referir.

Apreciação da Comissão de Ética

Nada a referir.

Revisão	Data	Elaborado:	Aprovado:	Homologação:	
1	novembro 2019	Comissão de Ética	Conselho de Direção	Conselho de Direção	Pág. 1 de 2

	<b>PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA</b>	<b>PCE</b>
---	-------------------------------------	------------

Parecer da Comissão de Ética

Parecer favorável à realização do estudo de investigação.

Parecer emitido em reunião ordinária de 20 de janeiro de 2020.

30/01/2020  
Data

O Presidente da Comissão de Ética,



Assinatura

Revisão 1	Data novembro 2019	Elaborado: Comissão de Ética	Aprovado: Conselho de Direção	Homologação: Conselho de Direção	Pág. 2 de 2
--------------	-----------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	-------------

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I – Guião orientador do *focus group***

## GUIÃO ORIENTADOR DO *FOCUS GROUP*

<b>Temas</b>	<b>Aspetos a abordar</b>
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação do investigador;</li><li>- Definição do propósito do focus group (tema, objetivos e finalidade da investigação);</li><li>- Pedido de autorização para a participação no estudo de investigação e para a gravação da sessão, esclarecendo sobre as questões da confidencialidade e necessidade de registo de todos os procedimentos;</li><li>- Pedido de preenchimento de documentos para caracterização e dados sociodemográficos dos participantes.</li></ul>
Perceber o conceito de tomada de decisão em enfermagem.	<p>O que é o processo de tomada de decisão em enfermagem?</p> <p>Na realidade da UCI onde exercem funções, consideram ter autonomia na tomada de decisão para iniciar cuidados de reabilitação?</p> <p>Existem situações em que iniciam ou interrompem os cuidados de reabilitação por indicação de outro profissional (médico)?</p>
Compreender quais as necessidades de cuidados de reabilitação da pessoa em situação crítica internada em UCI.	Quais as necessidades de cuidados de reabilitação que identificam na pessoa em situação crítica internada em UCI?
Identificar quais os focos de atenção em enfermagem de reabilitação, na pessoa em situação crítica.	<p>Quais os focos de atenção em enfermagem que consideram quando prestam cuidados especializados em enfermagem de reabilitação?</p> <p>Tendo em conta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, como acha que as necessidades da pessoa internada em UCI são satisfeitas?</p>

<p>Conhecer quais as intervenções em enfermagem de reabilitação, na pessoa internada em UCI.</p>	<p>Quais as intervenções de enfermagem de reabilitação que executam na UCI? Existem outras que considerem importantes? Quais?</p> <p>Com que frequência pensam que devam ser executadas?</p> <p>Como avaliam as intervenções que executam?</p>
<p>Conhecer quais os fatores que influenciam a tomada de decisão para iniciar cuidados de reabilitação à pessoa internada em UCI.</p>	<p>Quando se iniciam cuidados de reabilitação à pessoa internada em UCI, dada a sua condição clínica e presença de dispositivos médicos, existe o risco de ocorrerem eventos adversos. Consideram que exista uma maior preocupação com os riscos da reabilitação ou com os seus potenciais benefícios?</p> <p>Quais são os fatores que influenciam a tomada de decisão de iniciar reabilitação à pessoa internada em UCI?</p>
<p>Conhecer quais as dificuldades sentidas no processo de tomada de decisão.</p>	<p>Na tomada de decisão em iniciar reabilitação à pessoa internada em UCI, quais são as dificuldades que sentem?</p> <p>Consideram que os Sistemas de Informação em Enfermagem melhoram e reforçam o processo de tomada de decisão? De que forma?</p>
<p>Perceber a necessidade de formação específica na área da reabilitação da pessoa em situação crítica.</p>	<p>Em que contextos adquiriram formação específica na área de reabilitação da pessoa em situação crítica?</p> <p>Identificam a necessidade de mais formação específica nesta área (curso de mestrado/pós-licenciatura em enfermagem de reabilitação, pós-graduação, formação em serviço,...)?</p>
<p>Identificar quais os referenciais teóricos de enfermagem que fundamentam a prática de enfermagem de reabilitação à pessoa internada em UCI.</p>	<p>Qual ou quais os referenciais teóricos de enfermagem que consideram sustentar e fundamentar a prática de cuidados de reabilitação à pessoa internada em UCI?</p>

<p>Entender a importância da existência de um modelo de intervenção em enfermagem de reabilitação, em cuidados intensivos, orientador da prática de cuidados.</p>	<p>O que pensam sobre um modelo orientador da prática de enfermagem de reabilitação na área de cuidados intensivos?</p> <p>Como pensam que esse modelo deveria ser desenvolvido?</p>
<p>Término do <i>focus group</i></p>	<p>Informar os participante que será realizada à posteriori a legitimação da sessão.</p> <p>Agradecer a colaboração no estudo.</p>
<p>Tempo previsto do <i>focus group</i>: 120 minutos</p>	

## **APÊNDICE II – Informação sobre o estudo aos participantes**

## INFORMAÇÃO SOBRE O ESTUDO AOS PARTICIPANTES

Previamente à decisão de participar ou não no estudo em questão, deve compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios da sua colaboração. Peço que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

O meu nome é Virgínia Maria Pereira Prazeres e encontro-me a frequentar o curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Saúde de Santa Maria. Neste momento, estou a desenvolver um estudo na área da Enfermagem de Reabilitação em Cuidados Intensivos sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Goreti Marques e coorientação da Prof.<sup>a</sup> Catarina Ribeiro.

O estudo que se intitula “Processo de tomada de decisão em Unidades de Cuidados Intensivos: perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”, tem por objetivo perceber, sob o ponto de vista dos enfermeiros especialistas que trabalham diariamente em contexto de cuidados intensivos, quais as necessidades explícitas de cuidados de reabilitação da pessoa em situação crítica e, face a isso, como se processa a tomada de decisão.

Esta investigação demonstra-se de particular importância pelo facto de a identificação das necessidades de reabilitação da pessoa em situação crítica se apresentar como um desafio para os profissionais de saúde. As necessidades da pessoa em situação crítica são frequentemente observadas, dado que a população está cada vez mais envelhecida, vão surgindo novos tratamentos, há mais pessoas a sobreviver às doenças, crescendo também o número de internamentos em Unidades de Cuidados Intensivos. Contudo, o internamento em cuidados intensivos, pode provocar efeitos deletérios resultando em situações de incapacidade funcional, que persistem por tempo prolongado, podendo refletir-se na limitação das capacidades para o desempenho das atividades básicas de vida diária e resultar em condições de elevada dependência. Abrem-se, portanto, mais possibilidades no campo da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, dado que a reabilitação precoce pode prevenir ou limitar essas situações. Neste contexto, o mapeamento dos cuidados necessários a estas pessoas é indispensável quer para a formação neste campo, quer para o desenvolvimento das competências profissionais, tendo este estudo como finalidade refletir sobre o processo de tomada de decisão no sentido de propor linhas orientadoras para uma prática efetiva de enfermagem de reabilitação em cuidados intensivos.

Para a recolha da informação utilizaremos o *focus group* para o qual solicitamos a sua autorização para gravar. A sessão será gravada em sistema áudio, de modo a garantir que todo o conteúdo das suas respostas possa ser analisado e compreendido. A data e o horário serão combinados de acordo com a disponibilidade dos participantes e a sessão terá uma duração prevista de 120 minutos. Após a gravação, esta será transcrita e os registos áudio serão destruídos.

A sua participação no estudo é voluntária, tendo tempo para refletir sobre o pedido de participação, inclusive poder ouvir opinião de outros. Se decidir participar, poderá sempre deixar

de o fazer a qualquer momento. A realização do estudo poderá ser útil para uma maior e melhor adequação dos cuidados às necessidades da pessoa.

Comprometo-me a respeitar a confidencialidade, a prestar todas as informações que entenda necessárias, a disponibilizar os resultados do estudo no final do mesmo, desde que o requeiram. Em qualquer momento da sua participação pode terminar a sua colaboração, devendo para tal contactar-me através do contacto eletrónico: [virginia\\_prazeres@hotmail.com](mailto:virginia_prazeres@hotmail.com).

**APÊNDICE III – Consentimento informado, livre e esclarecido**

	<b>Declaração de consentimento informado</b>	<b>DCI</b>
---	--	------------

**ORIGINAL**

## Declaração de consentimento informado

Conforme a lei 67/98 de 26 de Outubro e a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000; Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008, Fortaleza 2013) – quando se aplicar.

Processo de tomada de decisão em Unidades de Cuidados Intensivos: perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Título do estudo de investigação

Eu, abaixo-assinado \_\_\_\_\_

Fui informado de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a perceber e descrever o processo de tomada de decisão do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos, tendo como finalidade propor linhas orientadoras para uma prática efetiva de Enfermagem de Reabilitação em Cuidados Intensivos.

Sei que neste estudo está prevista a realização de um *focus group* tendo-me sido explicado em que consiste.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes do estudo são confidenciais.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de efetuar perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Autorizo, também, a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo a confidencialidade.

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura

O Investigador Principal: Virgínia Maria Pereira Prazeres, 917536323

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Revisão	Data	Elaborado: Comissão de Ética e Núcleo de Investigação da ESSSM	Aprovado: Conselho de Direção	Homologação: Conselho de Direção	Pág. 1 de 2
0	20/12/2018				

	<b>Declaração de consentimento informado</b>	<b>DCI</b>
---	--	------------

**DUPLICADO**

### Declaração de consentimento informado

Conforme a lei 67/98 de 26 de Outubro e a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000; Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008, Fortaleza 2013) – quando se aplicar.

Processo de tomada de decisão em Unidades de Cuidados Intensivos: perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Título do estudo de investigação

Eu, abaixo-assinado \_\_\_\_\_  
Fui informado de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a perceber e descrever o processo de tomada de decisão do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos, tendo como finalidade propor linhas orientadoras para uma prática efetiva de Enfermagem de Reabilitação em Cuidados Intensivos.  
Sei que neste estudo está prevista a realização de um *focus group* tendo-me sido explicado em que consiste.  
Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes do estudo são confidenciais.  
Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.  
Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de efetuar perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.  
Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.  
Autorizo, também, a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo a confidencialidade.

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura

O Investigador Principal: Virgínia Maria Pereira Prazeres, 917536323

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Revisão	Data	Elaborado: Comissão de Ética e Núcleo de Investigação da ESSSM	Aprovado: Conselho de Direção	Homologação: Conselho de Direção	Pág. 2 de 2
0	20/12/2018				