



Universidade Politécnica
de Viana do Castelo

Projeto de Implementação da melhor evidência disponível na Terapia Inalatória com Nebulizador, em Contexto de Internamento Hospitalar

Pedro da Silva Barros

Setembro, 2026

Escola Superior de Saúde



Universidade Politécnica
de Viana do Castelo

Pedro da Silva Barros

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**Projeto de Implementação da melhor evidência disponível na
Terapia Inalatória com Nebulizador, em Contexto de
Internamento Hospitalar**

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora Doutora Andreia Lima

Setembro, 2026

AGRADECIMENTOS

A realização deste relatório representa o culminar de um percurso académico exigente e desafiante, que só foi possível com o contributo e apoio de várias pessoas e instituições, às quais manifesto o meu sincero agradecimento.

À minha orientadora, pela disponibilidade, orientação e partilha de conhecimento ao longo de todo o processo, fundamentais para a concretização deste relatório.

À equipa de enfermagem do serviço onde o estudo foi desenvolvido, pela colaboração, disponibilidade e envolvimento demonstrados, que tornaram possível a realização deste projeto.

Ao enfermeiro gestor do serviço, pela abertura, apoio e reconhecimento da relevância do projeto, permitindo a sua implementação em contexto real de cuidados.

À instituição onde o estudo foi realizado, pela autorização e condições proporcionadas para o desenvolvimento deste trabalho.

À minha família, pelo apoio incondicional, compreensão e incentivo ao longo de todo este percurso académico.

A todos os que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a concretização deste relatório, o meu profundo agradecimento.

DEDICATÓRIA

À minha família, pelo amor, apoio constante e por acreditarem sempre em mim.

PENSAMENTO

“Evidence does not implement itself.” (Grol & Grimshaw)

RESUMO

Enquadramento: O Estágio de Natureza Profissional II, integrado no VIII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, constituiu uma etapa fundamental no desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, dando continuidade às aprendizagens e competências desenvolvidas no Estágio de Natureza Profissional I, realizado em contexto hospitalar e comunitário e centrado na intervenção à pessoa com alterações cardiorrespiratórias. O Estágio de Natureza Profissional II decorreu igualmente em contextos hospitalar e comunitário, permitindo a consolidação e aprofundamento de conhecimentos e competências na intervenção à pessoa com alterações neurológicas e ortotraumatológicas.

Objetivo: Descrever e refletir criticamente sobre o percurso de desenvolvimento de competências realizado ao longo do estágio e apresentar o projeto de implementação da melhor evidência disponível na terapia inalatória com nebulizador, em contexto de internamento hospitalar.

Métodos: O estágio decorreu em diferentes contextos clínicos, nomeadamente numa Unidade de Acidente Vascular Cerebral, numa Unidade de Traumatismo Crânio-Encefálico, num Serviço de Ortopedia e numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados. O desenvolvimento de competências foi sustentado pela prática clínica supervisionada, reflexão crítica e integração da evidência científica. Paralelamente, foi desenvolvido um projeto de implementação da melhor evidência disponível na terapia inalatória com nebulizador, em contexto de internamento hospitalar utilizando a metodologia Evidence Implementation do Joanna Briggs Institute, que contempla a identificação de áreas de melhoria, o envolvimento dos agentes da mudança, a avaliação do contexto e dos fatores condicionantes da implementação da evidência, a realização de auditoria clínica de base, a definição e implementação de estratégias de melhoria através da metodologia Getting Research into Practice, a auditoria clínica de reavaliação e a promoção da sustentabilidade das boas práticas.

Resultados: O percurso desenvolvido permitiu consolidar e aprofundar competências iniciadas no Estágio de Natureza Profissional I, particularmente nos domínios da avaliação funcional, planeamento e implementação de programas de enfermagem de reabilitação, capacitação da pessoa e do cuidador, promoção da autonomia, funcionalidade e qualidade de vida. A diversidade dos contextos clínicos favoreceu uma compreensão abrangente do continuum de cuidados e do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Relativamente ao projeto de implementação da melhor evidência disponível, verificaram-se melhorias em vários indicadores relacionados com a segurança do paciente e com a técnica da terapia inalatória com nebulizador,

evidenciando o contributo da auditoria clínica, do feedback aos profissionais, da divulgação da evidência científica e da utilização de estratégias estruturadas de implementação da evidência.

Conclusão: O estágio constituiu uma oportunidade privilegiada para a consolidação progressiva das competências desenvolvidas ao longo do percurso formativo, reforçando a importância da prática baseada na evidência, da reflexão crítica e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. O projeto desenvolvido demonstrou o potencial da implementação da melhor evidência disponível na promoção de práticas mais seguras, uniformizadas e alinhadas com as recomendações científicas disponíveis, contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Competência Clínica; Prática Baseada na Evidência; Auditoria de Enfermagem; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Background: Professional Practice Internship II, integrated into the 8th Master's Degree Programme in Rehabilitation Nursing at the School of Health of the Polytechnic Institute of Viana do Castelo, represented a fundamental stage in the development of the common and specific competencies of the Rehabilitation Nurse Specialist. It provided continuity to the learning experiences and competencies developed during Professional Practice Internship I, which took place in both hospital and community settings and focused on the care of individuals with cardiorespiratory disorders. Professional Practice Internship II was also undertaken in hospital and community settings, enabling the consolidation and further development of knowledge and competencies related to the care of individuals with neurological and orthopaedic conditions.

Objective: To describe and critically reflect on the competency development process undertaken throughout the internship and to present an evidence implementation project on nebulized inhalation therapy in a hospital inpatient setting.

Methods: The internship took place in different clinical settings, namely a Stroke Unit, a Traumatic Brain Injury Unit, an Orthopaedic Department and an Integrated Continuing Care Team. Competency development was supported through supervised clinical practice, critical reflection and the integration of scientific evidence. In parallel, an evidence implementation project on nebulized inhalation therapy in a hospital inpatient setting was developed using the Joanna Briggs Institute Evidence Implementation methodology. This methodology includes the identification of areas for improvement, engagement of change agents, assessment of context and factors influencing evidence implementation, baseline clinical audit, development and implementation of improvement strategies through the Getting Research into Practice methodology, follow-up clinical audit and promotion of the sustainability of best practices.

Results: The internship enabled the consolidation and further development of competencies initiated during Professional Practice Internship I, particularly in the areas of functional assessment, planning and implementation of rehabilitation nursing programmes, patient and caregiver empowerment, promotion of autonomy, functioning and quality of life. The diversity of clinical settings contributed to a comprehensive understanding of the continuum of care and of the role of the Rehabilitation Nurse Specialist. Regarding the evidence implementation project, improvements were observed in several indicators related to patient safety and nebulized inhalation therapy technique, highlighting the contribution of clinical audit, feedback to professionals, dissemination of scientific evidence and the use of structured evidence implementation strategies.

Conclusion: The internship provided a valuable opportunity for the progressive consolidation of competencies developed throughout the educational programme, reinforcing the importance of evidence-based practice, critical reflection and continuous quality improvement in healthcare. The project demonstrated the potential of evidence implementation to promote safer, more standardized practices aligned with current scientific recommendations, thereby contributing to the improvement of the quality and safety of nursing care.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Clinical Competence; Evidence-Based Practice; Nursing Audit; Patient Safety.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção Geral da Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EC CI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ENP I	Estágio de Natureza Profissional I
ENP II	Estágio de Natureza Profissional II
EPI	Equipamento de Proteção Individual
GCS	Glasgow Coma Scale
GRiP	Getting Research into Practice
ICN	International Council of Nurses
JB I	Joanna Briggs Institute
MIF	Medida de Independência Funcional
MRC	Medical Research Council
MMSE	Mini-Mental State Examination
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBE	Prática Baseada na Evidência
SCLínico	Sistema de Informação Clínico
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	III
DEDICATÓRIA	IV
PENSAMENTO	V
RESUMO	VI
ABSTRACT	VIII
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	X
SUMÁRIO	XI
ÍNDICE DE QUADROS	XVI
INTRODUÇÃO	17
Parte I – Desenvolvimento de competências comuns e específicas no âmbito da Enfermagem de Reabilitação: reflexão sobre o percurso realizado	19
1. ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO.....	20
2. OBJETIVOS PESSOAIS E FORMATIVOS.....	23
2.1 OBJETIVOS GERAIS.....	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
2.3 REFLEXÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS OBJETIVOS NO PERCURSO DE ESTÁGIO	25
3. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO.....	26
3.1 UNIDADE DE AVC DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE DE PORTUGAL	26
3.2 UNIDADE DE TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE DE PORTUGAL.....	27
3.3 SERVIÇO DE ORTOPEDIA DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE DE PORTUGAL	28
3.4 UCC/ECCI DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE DE PORTUGAL	29
3.5 SÍNTESE REFLEXIVA SOBRE OS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	30
4. DESCRIÇÃO E REFLEXÃO CRÍTICA DAS INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS À LUZ DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	31
4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	31
4.1.1 Responsabilidade profissional, ética e legal.....	31
4.1.2 Melhoria contínua da qualidade	33

4.1.3 Gestão dos cuidados	35
4.1.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	37
4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	39
4.2.1 Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida	39
4.2.2 Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação.....	41
4.2.3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	43
5. SÍNTESE REFLEXIVA DE EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS SIGNIFICATIVAS AO LONGO DO PERCURSO DE APRENDIZAGEM	45
6. SÍNTESE GLOBAL DO PERCURSO DE APRENDIZAGEM EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	47
PARTE II - PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DA MELHOR EVIDÊNCIA DISPONÍVEL NA TERAPIA INALATÓRIA COM NEBULIZADOR, EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR.	50
1. PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DA MELHOR EVIDÊNCIA DISPONÍVEL NA TERAPIA INALATÓRIA COM NEBULIZADOR, EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR	51
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	53
2.1 DOENÇAS RESPIRATÓRIAS E IMPACTO EM SAÚDE	53
2.2 TERAPIA INALATÓRIA: PRINCÍPIOS E RELEVÂNCIA CLÍNICA	53
2.3 DISPOSITIVOS DE TERAPIA INALATÓRIA E A SUA UTILIZAÇÃO EM MEIO HOSPITALAR	53
2.3.1 Terapia Inalatória com Nebulizador em Contexto Hospitalar.....	54
2.4 PAPEL DO ENFERMEIRO NA TERAPIA INALATÓRIA	55
2.7 PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA E JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI).....	57
2.8 SÍNTESE INTEGRADORA DO ENQUADRAMENTO TEÓRICO	58
3. METODOLOGIA E IMPLEMENTAÇÃO DA EVIDÊNCIA (JBI)	60
3.1 TIPO DE ESTUDO	60
3.2 OBJETIVOS DO ESTUDO	60
3.2.1 Objetivo Geral	60

3.2.2 Objetivos Específicos.....	60
3.3 CONTEXTO DO ESTUDO	61
3.4 POPULAÇÃO-ALVO.....	61
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	61
3.6 REFERENCIAL METODOLÓGICO: JOANNA BRIGGS INSTITUTE	61
3.7 FASES DE IMPLEMENTAÇÃO DA EVIDÊNCIA.....	62
3.8 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	64
3.9 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	65
3.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	66
4. RESULTADOS.....	67
4.1 AUDITORIA CLÍNICA DE BASE.....	67
4.1.1 Enquadramento e caracterização	67
4.1.2 Resultados da auditoria clínica de base	67
4.1.2.1 Critério 1 – Segurança do paciente	67
4.1.2.2 Critério 2 – Técnica da terapia inalatória com nebulizador	68
4.1.2.3 Critério 3 – Continuidade de cuidados	69
4.1.2.4 Síntese global dos resultados da auditoria clínica de base	69
4.2 Diagnóstico do Contexto: Barreiras, Constrangimentos, Recursos e Fatores Facilitadores	70
4.2.1 Fatores Barreira.....	70
4.2.1.1 Estratégias associadas aos fatores barreira	71
4.2.2 Fatores de constrangimento organizacional.....	71
4.2.2.1 Estratégias face aos constrangimentos organizacionais	71
4.2.3 Fatores relacionados com recursos.....	72
4.2.3.1 Estratégias para melhoria dos recursos	72
4.2.4 Fatores facilitadores.....	72
4.2.4.1 Estratégias para reforço dos fatores facilitadores.....	72

4.2.5 Síntese global do diagnóstico do contexto	73
4.3 ESTRATÉGIAS DELINEADAS NO ÂMBITO DO <i>GRiP</i>	73
4.3.1 Estratégias de capacitação e formação da equipa	74
4.3.2 Estratégias de padronização da prática clínica	74
4.3.3 Estratégias de melhoria da organização dos cuidados	74
4.3.4 Estratégias de otimização de recursos materiais	75
4.3.5 Estratégias centradas no paciente	75
4.3.6 Envolvimento da equipa e promoção da mudança	75
4.4 AUDITORIA CLÍNICA DE REAVALIAÇÃO	76
4.4.1 Enquadramento e caracterização	76
4.4.2 Resultados da auditoria clínica de reavaliação	76
4.4.2.1 Critério 1 – Segurança do paciente	76
4.4.2.2 Critério 2 – Técnica da terapia inalatória com nebulizador	77
4.4.2.3 Critério 3 – Continuidade de cuidados	78
4.4.2.4 Síntese global dos resultados da auditoria clínica de reavaliação	78
4.4.2.5 Comparação global entre a auditoria clínica de base e a auditoria clínica de reavaliação.....	79
5. DISCUSSÃO	82
5.1 SEGURANÇA DO PACIENTE	82
5.2 TÉCNICA DA TERAPIA INALATÓRIA COM NEBULIZADOR.....	84
5.3 CONTINUIDADE DE CUIDADOS	86
5.4 SÍNTESE CRÍTICA DO IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DA EVIDÊNCIA	87
6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	90
7. CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92
ANEXOS.....	94
ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde.....	95
ANEXO II – Deliberação do Conselho de Administração	96

APÊNDICES	97
APÊNDICE I – <i>Cheklis</i> t de Auditoria	98
APÊNDICE II – Grelha estruturada para identificação dos principais fatores barreira, constrangimentos organizacionais, limitações de recursos e fatores facilitadores, bem como das estratégias sugeridas para a melhoria da prática clínica.	99

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	Resultados da auditoria clínica de base relativos ao Critério 1: Segurança do paciente (n=30)
Quadro 2	Resultados da auditoria clínica de base relativos ao Critério 2: Técnica da terapia inalatória, por nebulizador (n=30)
Quadro 3	Resultados da auditoria clínica de base relativos ao Critério 3: Continuidade de cuidados (n=30)
Quadro 4	Resultados da auditoria clínica de reavaliação relativos ao Critério 1: Segurança do paciente (n=30)
Quadro 5	Resultados da auditoria clínica de reavaliação relativos ao Critério 2: Técnica da terapia inalatória com nebulizador (n=30)
Quadro 6	Resultados da auditoria clínica de reavaliação relativos ao Critério 3: Continuidade de cuidados (n=30)
Quadro 7	Comparação dos níveis de conformidade entre a auditoria clínica de base e a auditoria clínica de reavaliação

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional II (ENP II), integrada no VIII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, constituindo um elemento fundamental do percurso formativo conducente à aquisição de competências especializadas em Enfermagem de Reabilitação.

Este percurso formativo iniciou-se com o Estágio de Natureza Profissional I (ENP I), realizado em contextos da prática clínica definidos pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente em contexto hospitalar num Serviço de Medicina e em contexto comunitário, numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados. As experiências adquiridas durante esta Unidade Curricular permitiram desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), no domínio da área de intervenção à pessoa com alterações cardiorrespiratórias. Estas aprendizagens profissionais revelaram-se particularmente importantes no ENP II, ao permitirem uma abordagem mais integrada e holística da pessoa, articulando diferentes dimensões da funcionalidade e da reabilitação. Paralelamente, foi no âmbito do ENP I que se procedeu à conceção do projeto de investigação posteriormente desenvolvido durante o ENP II, reforçando a articulação entre prática clínica, investigação e melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A realização do ENP II, centrado no domínio da área de intervenção à pessoa com alterações neurológicas e ortotraumatológicas, permitiu o desenvolvimento e consolidação de competências comuns e específicas do EEER através da integração de conhecimentos científicos, técnicos, éticos e relacionais em diferentes contextos de prática clínica. Ao longo deste percurso formativo, foi possível aprofundar uma prática centrada na pessoa, orientada para a promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida, sustentada numa abordagem crítica e baseada na evidência científica.

O ENP II decorreu em diferentes contextos da prática clínica definidos pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente em contexto hospitalar numa Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC), numa Unidade de Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) e num Serviço de Ortopedia e em contexto comunitário, numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Esta diversidade de experiências permitiu compreender a complexidade da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao longo do continuum de cuidados, desde a fase aguda da doença até à reabilitação, reintegração funcional e participação da pessoa na comunidade.

Paralelamente ao desenvolvimento das competências clínicas, o estágio integrou uma componente de investigação aplicada à prática clínica, orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e para a implementação da melhor evidência disponível. Neste âmbito, foi desenvolvido um projeto de implementação da melhor evidência disponível centrado na terapia inalatória com nebulizador em contexto de internamento hospitalar, recorrendo à metodologia de implementação da evidência do Joanna Briggs Institute (JBI) (Aromataris & Munn, 2020), com o objetivo de promover a uniformização de práticas e reforçar a segurança do paciente.

A terapia inalatória assume um papel central no tratamento das doenças respiratórias, particularmente em contexto hospitalar, sendo a sua administração uma intervenção habitualmente realizada pelos enfermeiros. Contudo, a literatura evidencia variabilidade na prática clínica relativamente à administração da terapia inalatória com nebulizador, reforçando a necessidade de implementação de estratégias baseadas na evidência científica que promovam cuidados mais seguros, eficazes e de maior qualidade (JBI, 2024).

O presente relatório encontra-se organizado em duas partes complementares. A Parte I corresponde à descrição e reflexão crítica do percurso desenvolvido ao longo do estágio, evidenciando o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER nos diferentes contextos clínicos. A Parte II apresenta o projeto de implementação da melhor evidência disponível na terapia inalatória com nebulizador em contexto de internamento hospitalar, incluindo o enquadramento teórico, metodologia, resultados e discussão dos resultados obtidos.

Por fim, este relatório constitui um documento de análise crítica do percurso formativo desenvolvido ao longo do ENP II, evidenciando a importância da prática baseada na evidência, da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da intervenção especializada em Enfermagem de Reabilitação na promoção de ganhos em saúde e na maximização da funcionalidade das pessoas cuidadas.

**PARTE I – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS NO ÂMBITO DA
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO REALIZADO**

1. ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO

O presente capítulo tem como objetivo enquadrar o ENP II, integrado no Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, no âmbito do percurso formativo conducente à aquisição de competências especializadas.

O ENP II desenvolveu-se na sequência do ENP I, integrando um percurso formativo orientado para o desenvolvimento progressivo de competências comuns e específicas do EEER. Durante o ENP I foram desenvolvidas competências no domínio da reabilitação cardiorrespiratória, em contexto hospitalar e comunitário, que contribuíram para a consolidação de conhecimentos científicos e competências clínicas fundamentais à construção de uma abordagem integrada da pessoa em processo de reabilitação.

A articulação entre as duas unidades curriculares permitiu aprofundar capacidades de avaliação, planeamento, implementação e monitorização de intervenções especializadas em enfermagem de reabilitação, favorecendo uma compreensão mais abrangente das diferentes dimensões da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da pessoa. Paralelamente, o projeto de investigação iniciado no ENP I teve continuidade no ENP II, reforçando a integração entre prática clínica, investigação e melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Ao longo deste percurso, foi possível reconhecer que a intervenção do EEER se centra na identificação das necessidades e potencialidades da pessoa e da família, em articulação com a equipa de saúde, procurando definir estratégias que favoreçam a capacitação, a autonomia e a melhoria da qualidade de vida. Neste sentido, a prática especializada assume-se como um contributo relevante para ganhos em saúde, não apenas ao nível individual, mas também familiar e social (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Neste enquadramento, o ENP II integrado no plano curricular do curso e correspondente a 30 ECTS, constituiu uma etapa determinante do percurso formativo. Este estágio correspondeu a uma carga horária total de 810 horas, incluindo 450 horas de contacto direto, distribuídas por 400 horas de estágio e 50 horas de seminário, e 360 horas de trabalho autónomo, das quais 200 horas foram destinadas à elaboração do presente Relatório de Estágio. Este percurso representou uma oportunidade privilegiada para consolidar conhecimentos previamente adquiridos e, simultaneamente, desenvolver competências específicas de enfermagem de reabilitação, sustentadas num raciocínio clínico fundamentado e numa prática baseada na evidência científica (Melnik & Fineout-Overholt, 2023).

A finalidade principal do ENP II consistiu no desenvolvimento de competências no domínio da intervenção especializada à pessoa com alterações do foro neurológico e ortotraumatológico. Neste contexto, procurou-se identificar e intervir nos focos de atenção próprios da enfermagem de reabilitação, bem como conceber e implementar planos de cuidados e programas orientados para a promoção da saúde, prevenção de complicações e maximização da funcionalidade. Paralelamente, este estágio permitiu aprofundar a consciência profissional relativamente ao papel do EEER, não apenas no âmbito da prestação de cuidados, mas também ao nível da gestão, supervisão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

O estágio decorreu em dois períodos distintos, integrando os contextos de prática clínica considerados obrigatórios. O primeiro período realizou-se em contexto hospitalar, entre 29 de setembro de 2025 e 16 de janeiro de 2026, contemplando o processo neurológico e o processo de ortotraumatologia e reumatologia. No processo neurológico, foi desenvolvida atividade formativa no âmbito do processo vascular e degenerativo e do processo neurotraumatológico. Posteriormente, no processo de ortotraumatologia e reumatologia, foi possível intervir em situações clínicas associadas a alterações do sistema músculo-esquelético, reforçando as competências de avaliação funcional e de planeamento de intervenções específicas.

O segundo período de estágio decorreu entre 26 de janeiro e 20 de março de 2026, em contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)/ECCI. Este contexto permitiu aprofundar a intervenção em enfermagem de reabilitação numa lógica de continuidade de cuidados, com especial foco na reintegração funcional e social da pessoa, no apoio à família e na articulação com recursos comunitários, promovendo a autonomia no domicílio e a adaptação às limitações decorrentes da doença ou lesão.

Ao longo de todo o percurso, a prática foi orientada por uma abordagem centrada na pessoa, valorizando a individualidade, a participação ativa no processo de reabilitação e a definição de objetivos realistas e mensuráveis. A utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) revelou-se fundamental para estruturar o processo de enfermagem, contribuindo para uma prática mais sistematizada e coerente, desde a avaliação inicial até à implementação e avaliação dos resultados obtidos (International Council of Nurses [ICN], 2021).

O presente Relatório de ENP II pretende descrever e analisar criticamente as experiências vivenciadas ao longo deste percurso formativo, evidenciando o desenvolvimento de competências específicas no âmbito da Enfermagem de Reabilitação. Pretende-se igualmente demonstrar de que forma as intervenções realizadas contribuíram para a melhoria da funcionalidade e qualidade de vida das pessoas cuidadas, sustentando a prática em princípios éticos, científicos e metodológicos.

Por fim, este relatório constitui também uma oportunidade de análise crítica do percurso de desenvolvimento pessoal e profissional realizado ao longo do estágio, evidenciando aprendizagens, desafios e oportunidades de melhoria essenciais ao exercício de uma prática clínica avançada.

2. OBJETIVOS PESSOAIS E FORMATIVOS

O ENP II constituiu uma etapa fundamental do percurso académico e profissional desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Ao integrar diferentes contextos de prática clínica, nomeadamente o contexto hospitalar e o contexto comunitário, tornou-se evidente a importância da definição de objetivos claros e orientadores, capazes de estruturar a intervenção, promover a aprendizagem contínua e consolidar competências específicas enquanto futuro enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

A definição de objetivos pessoais e formativos revelou-se essencial para orientar a prática de forma intencional e reflexiva, garantindo que as experiências vivenciadas em estágio se traduzissem num processo de desenvolvimento progressivo. Os objetivos delineados procuraram alinhar-se com as finalidades e competências preconizadas para esta unidade curricular, bem como com as exigências do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019a) e do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), assumindo-se uma postura ativa na construção do percurso formativo.

Os objetivos definidos para o ENP II surgem na continuidade do percurso iniciado no ENP I, permitindo aprofundar competências previamente desenvolvidas na área da reabilitação cardiorrespiratória e alargar a intervenção a novos contextos clínicos e áreas de especialização.

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Durante o ENP II, foi definido como objetivo geral desenvolver competências especializadas no cuidado à pessoa com alterações neurológicas e ortotraumatológicas, dando continuidade ao percurso de desenvolvimento de competências iniciado no ENP I no domínio da intervenção à pessoa com alterações cardiorrespiratórias, integrando conhecimentos técnico-científicos e promovendo intervenções de enfermagem de reabilitação centradas na pessoa e orientadas para a maximização da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida.

Paralelamente e à semelhança do ENP I foi estabelecido como objetivo global aprofundar a capacidade de tomada de decisão clínica, sustentada na evidência científica e no raciocínio crítico, procurando contribuir para a melhoria contínua dos cuidados prestados nos contextos de prática clínica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

De forma a operacionalizar o objetivo geral delineado, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos para o percurso de ENP II. Estes objetivos surgem em continuidade com os definidos no ENP I, mantendo a mesma lógica de desenvolvimento progressivo de competências especializadas em Enfermagem de Reabilitação, mas ajustados às especificidades do domínio da intervenção à pessoa com alterações neurológicas e ortopédicas:

- Desenvolver competências de avaliação sistemática da pessoa com alterações neurológicas e ortopédicas, identificando limitações funcionais, fatores de risco e potencialidades, com vista ao planeamento de intervenções individualizadas;
- Conceber, implementar e avaliar planos de cuidados e programas de enfermagem de reabilitação dirigidos à promoção da independência funcional, prevenção de complicações e otimização da capacidade de adaptação da pessoa e da família;
- Aprofundar competências técnicas específicas no âmbito da enfermagem de reabilitação, nomeadamente no treino de mobilidade, equilíbrio, marcha, posicionamentos terapêuticos, prevenção de úlceras por pressão e educação para a autogestão da doença;
- Desenvolver competências relacionais e comunicacionais, promovendo uma abordagem centrada na pessoa e garantindo a sua participação ativa no processo de reabilitação, respeitando a sua individualidade, valores e expectativas;
- Consolidar a utilização da CIPE como instrumento estruturante do processo de enfermagem, assegurando uma prática sistematizada e coerente, desde o diagnóstico de enfermagem até à avaliação dos resultados;
- Desenvolver competências de educação para a saúde e capacitação da pessoa e família, particularmente no planeamento da alta hospitalar e na transição para o domicílio, promovendo a continuidade de cuidados e a reintegração comunitária;
- Desenvolver uma maior consciência profissional e crítica relativamente ao papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, reconhecendo a sua intervenção como elemento diferenciador na equipa multidisciplinar;
- Promover o desenvolvimento de competências no âmbito da gestão e supervisão de cuidados, participando em dinâmicas de equipa, discussão de casos clínicos e planeamento de intervenções integradas;

- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, através de uma prática reflexiva e sustentada na evidência, identificando oportunidades de melhoria e adotando estratégias que promovam a segurança e a eficácia das intervenções;
- Dar continuidade ao projeto de investigação delineado na Unidade Curricular ENP I, integrando-o no contexto de estágio e procurando articular a prática clínica com a investigação aplicada.

2.3 REFLEXÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS OBJETIVOS NO PERCURSO DE ESTÁGIO

A definição destes objetivos permitiu orientar o percurso de estágio de forma mais estruturada e intencional, promovendo um maior sentido de responsabilidade e compromisso com a aprendizagem. Ao longo do estágio, tornou-se evidente que os objetivos não constituem apenas um elemento formal do planeamento, mas antes um instrumento orientador que facilita a monitorização do progresso e a identificação de necessidades de desenvolvimento.

O cumprimento destes objetivos exigiu capacidade de adaptação, autonomia progressiva e reflexão crítica contínua sobre a prática desenvolvida. As diferentes realidades vivenciadas, tanto em contexto hospitalar como comunitário, permitiram ampliar a compreensão sobre a enfermagem de reabilitação e reforçaram a importância de uma intervenção integrada, contínua e centrada na funcionalidade da pessoa.

Assim, considera-se que os objetivos pessoais e formativos delineados constituíram a base estruturante do percurso realizado no ENP II e ENP I, contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento das competências necessárias ao exercício especializado da enfermagem de reabilitação.

3. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

O ENP II, integrado no VIII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, permitiu o desenvolvimento e consolidação de competências comuns e específicas do EEER em diferentes contextos clínicos, contemplando os domínios neurológico e ortotraumatológico, em conformidade com as orientações da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Ao longo do percurso formativo, foi possível desenvolver atividade em contexto hospitalar e comunitário, possibilitando uma visão abrangente da continuidade de cuidados em enfermagem de reabilitação, desde a fase aguda até ao acompanhamento da pessoa no domicílio.

Os contextos de estágio foram selecionados de forma a garantir experiências diversificadas e representativas das áreas de intervenção do EEER, permitindo o contacto com diferentes realidades organizacionais, dinâmicas de equipa e necessidades clínicas.

Os contextos desenvolvidos no ENP II complementaram as experiências previamente adquiridas no ENP I, realizado num Serviço de Medicina e numa UCC/ECCI de uma Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal. A articulação entre os dois estágios permitiu consolidar conhecimentos previamente adquiridos e ampliar a compreensão das diferentes áreas de intervenção da enfermagem de reabilitação, favorecendo uma visão mais integrada da pessoa em processo de reabilitação.

3.1 UNIDADE DE AVC DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE DE PORTUGAL

No âmbito do primeiro período do ENP II, foi realizado estágio numa Unidade de AVC integrada numa Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal. Este contexto correspondeu ao processo neurológico vascular e degenerativo, constituindo uma das áreas de prática clínica obrigatórias no percurso formativo do EEER.

O estágio decorreu entre 29 de setembro e 14 de novembro de 2025, num total de 105 horas de contacto. Durante este período, foi possível desenvolver intervenções dirigidas à pessoa com défice neurológico, frequentemente em fase aguda, contexto em que a precocidade das intervenções de reabilitação assume particular relevância na prevenção de complicações e na maximização do potencial funcional.

A equipa de enfermagem do serviço onde a unidade está integrada era constituída por vinte e seis enfermeiros, incluindo uma enfermeira gestora, dez enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e catorze enfermeiros

de cuidados gerais. Para além da equipa de enfermagem, a unidade contava ainda com equipa médica, assistentes operacionais e outros profissionais de saúde, contribuindo para a prestação de cuidados diferenciados e para o funcionamento de uma equipa multidisciplinar.

A Unidade de AVC apresentava uma lotação de oito camas, sendo os cuidados de reabilitação prestados aos pacientes internados assegurados de forma diferenciada pelos EEER. Este aspeto revelou-se particularmente relevante para o desenvolvimento e consolidação de competências, uma vez que permitiu observar e integrar a prática especializada em contexto de internamento, reconhecendo a importância da intervenção precoce, sistematizada e orientada para objetivos funcionais.

3.2 UNIDADE DE TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE DE PORTUGAL

Posteriormente, no âmbito do mesmo período de estágio em contexto hospitalar, foi realizado estágio numa Unidade de TCE de uma Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal. Este contexto correspondeu ao processo neurotraumatológico, constituindo igualmente uma área obrigatória de formação prática no âmbito do ENP II.

O estágio decorreu entre 16 de novembro e 12 de dezembro de 2025, num total de 45 horas de contacto. Esta experiência permitiu o contacto com pacientes em situação clínica complexa, frequentemente associada a alterações neurológicas graves, com necessidade de vigilância contínua e de intervenções de reabilitação adaptadas ao nível de consciência, mobilidade e capacidade funcional.

A equipa de enfermagem da unidade era constituída por vinte enfermeiros, incluindo uma enfermeira gestora, uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e dezoito enfermeiros de cuidados gerais. A unidade contava ainda com equipa médica, assistentes operacionais e outros profissionais de saúde, assegurando uma resposta integrada às necessidades dos pacientes internados.

A Unidade de TCE possuía uma lotação máxima de onze camas, sendo os cuidados especializados de enfermagem de reabilitação assegurados pela EEER, de segunda a sexta-feira, no turno da manhã. Este modelo organizacional revelou-se particularmente relevante para a compreensão do contributo do EEER na dinâmica assistencial e no planeamento terapêutico, sobretudo em pessoas com elevado risco de dependência funcional e de complicações secundárias.

A experiência desenvolvida neste contexto permitiu ainda reconhecer a importância da intervenção especializada em situações de elevada complexidade clínica, reforçando a necessidade de uma abordagem interdisciplinar e de uma atuação precoce orientada para a prevenção de complicações, promoção da funcionalidade e maximização do potencial de recuperação da pessoa.

3.3 SERVIÇO DE ORTOPEDIA DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE DE PORTUGAL

Ainda em contexto hospitalar, foi realizado estágio num Serviço de Ortopedia de uma Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal. Este estágio correspondeu ao processo ortotraumatológico e reumatológico, constituindo igualmente um contexto obrigatório para o desenvolvimento de competências do EEER.

O estágio decorreu entre 15 de dezembro de 2025 e 16 de janeiro de 2026, num total de 90 horas de contacto. Durante este período, foi possível acompanhar pacientes submetidos a intervenções cirúrgicas ortopédicas, bem como situações clínicas associadas a patologia traumática e degenerativa do sistema músculo-esquelético. Este contexto permitiu desenvolver competências específicas relacionadas com o treino de mobilidade, reeducação funcional, prevenção de complicações pós-operatórias e promoção da autonomia na realização das atividades de vida diária.

A equipa de enfermagem do serviço era constituída por 24 enfermeiros, incluindo uma enfermeira gestora, quatro enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação e dezanove enfermeiros de cuidados gerais. Para além da equipa de enfermagem, o serviço contava com uma equipa médica, assistentes operacionais, assistente social e outros profissionais que contribuíam para a abordagem multidisciplinar dos pacientes.

O serviço apresentava uma lotação de vinte e sete camas, sendo os cuidados de enfermagem assegurados pelos enfermeiros do serviço. Este contexto revelou-se particularmente relevante para aprofundar a compreensão da reabilitação funcional em situações de limitação músculo-esquelética, reforçando a importância da intervenção precoce na prevenção da perda funcional, na promoção da recuperação pós-operatória e na facilitação do processo de reintegração funcional dos pacientes.

A experiência desenvolvida permitiu ainda consolidar conhecimentos relacionados com a avaliação funcional, a prescrição e progressão de exercícios terapêuticos e a capacitação dos pacientes para a gestão do processo de recuperação, evidenciando o contributo da enfermagem de reabilitação para a promoção da independência funcional e da qualidade de vida.

3.4 UCC/ECCI DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE DE PORTUGAL

No âmbito do 2.º período do ENP II, foi realizado estágio numa UCC, especificamente na ECCI de uma Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal. Este contexto correspondeu ao processo neurológico e ortotraumatológico em ambiente comunitário, permitindo desenvolver competências no âmbito da continuidade de cuidados e reintegração funcional no domicílio.

O estágio decorreu entre 26 de janeiro de 2026 e 20 de março de 2026, num total de 160 horas de contacto. Este período permitiu compreender de forma mais aprofundada a realidade dos cuidados domiciliários, evidenciando a importância da intervenção de enfermagem de reabilitação junto da pessoa e da família, num ambiente onde os recursos disponíveis são diferentes do contexto hospitalar, exigindo maior adaptação e criatividade clínica.

A UCC é uma unidade funcional que integra a ECCI, cuja missão consiste na prestação de cuidados multidisciplinares de proximidade a pessoas e famílias em situação de dependência transitória ou crónica, articulando-se com os recursos comunitários e promovendo uma abordagem integrada.

A UCC dispunha de uma equipa multidisciplinar, coordenada por uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Era constituída por cinco enfermeiros a tempo integral, dos quais dois enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, dois enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, um enfermeiro de cuidados gerais, um assistente técnico, e por cinco profissionais de saúde a tempo parcial, nomeadamente dois médicos, um assistente social, um nutricionista, um fisioterapeuta e um psicólogo. Especificamente alocados à ECCI encontravam-se dois enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

A prestação de cuidados em contexto domiciliário, no âmbito das ECCI, integra intervenções preventivas, curativas, reabilitadoras e paliativas, orientadas pelas necessidades identificadas pela equipa multiprofissional (Portaria n.º 156/2025/1, 2025). A enfermagem de reabilitação assume, neste contexto, um papel determinante na promoção da autonomia e funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através de programas individualizados e ajustados ao ambiente domiciliário (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

A experiência desenvolvida neste período permitiu reforçar competências no planeamento e execução de intervenções de reabilitação, valorizando a capacitação da pessoa e da família, a educação para a saúde e a articulação com os recursos disponíveis na comunidade.

3.5 SÍNTESE REFLEXIVA SOBRE OS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

A realização do ENP II em diferentes contextos permitiu o contacto com realidades clínicas e organizacionais distintas, evidenciando que a enfermagem de reabilitação deve adaptar-se às necessidades específicas do paciente e às características de cada contexto assistencial. A experiência desenvolvida em contexto hospitalar possibilitou consolidar intervenções dirigidas a pacientes em fases agudas e pós-agudas da doença, enquanto o estágio em contexto comunitário contribuiu para uma compreensão mais aprofundada da continuidade de cuidados e da importância da reabilitação no domicílio.

A diversidade de experiências proporcionadas pelo ENP II complementou as aprendizagens adquiridas no ENP I, contribuindo para o aprofundamento de conhecimentos e para a consolidação de competências clínicas e relacionais essenciais ao exercício especializado da enfermagem de reabilitação. A articulação entre os diferentes contextos de estágio favoreceu uma visão mais abrangente do percurso dos pacientes ao longo do continuum de cuidados, desde o internamento hospitalar até ao regresso à comunidade.

Considera-se que esta diversidade de experiências foi determinante para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de reabilitação, permitindo integrar conhecimentos, consolidar aprendizagens e reforçar competências fundamentais para uma prática clínica sustentada na evidência científica e centrada na funcionalidade, autonomia e qualidade de vida dos pacientes.

4. DESCRIÇÃO E REFLEXÃO CRÍTICA DAS INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS À LUZ DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A organização da presente reflexão segundo as competências comuns e específicas do EEER permitiu sistematizar de forma integrada o percurso desenvolvido ao longo do Estágio de Natureza Profissional II, evidenciando os contributos dos diferentes contextos clínicos, Unidade de AVC, Unidade de TCE, Serviço de Ortopedia e ECCI para a consolidação de uma prática avançada, reflexiva e baseada na evidência.

Este enquadramento possibilita não apenas descrever as intervenções realizadas, mas sobretudo refletir criticamente sobre o desenvolvimento de competências, a evolução do raciocínio clínico e a construção progressiva da identidade profissional enquanto futuro EEER. Simultaneamente, permite reconhecer a continuidade do percurso formativo iniciado no ENP I e aprofundado no ENP II, evidenciando uma progressão gradual das competências clínicas, científicas e relacionais inerentes ao exercício especializado.

4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Neste ponto do relatório pretende-se refletir de forma integrada sobre as experiências vivenciadas ao longo dos diferentes contextos do ENP II, organizando a análise segundo as competências comuns do Enfermeiro Especialista definidas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Esta opção permite atribuir significado ao percurso realizado, articulando as diversas intervenções clínicas com o desenvolvimento progressivo das competências profissionais e da identidade especializada.

Ao longo desta reflexão, não se pretende apenas descrever atividades desenvolvidas, mas sobretudo analisar criticamente o impacto que estas tiveram no desenvolvimento profissional e pessoal. Neste sentido, a organização por competências facilita uma leitura mais estruturada da prática desenvolvida, permitindo evidenciar a evolução do pensamento crítico, da capacidade de tomada de decisão e da consolidação de uma prática cada vez mais fundamentada, segura e centrada na pessoa.

4.1.1 Responsabilidade profissional, ética e legal

A competência de responsabilidade profissional, ética e legal constituiu uma dimensão estruturante de todo o percurso de estágio, assumindo-se como um referencial constante na tomada de decisão clínica e na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação (Ordem dos

Enfermeiros, 2019a). Ao longo dos diferentes contextos de estágio foi possível consolidar progressivamente a compreensão de que o exercício profissional em enfermagem de reabilitação exige não apenas competência técnica, mas também uma atuação rigorosamente sustentada em princípios éticos, legais e de responsabilidade profissional.

Neste percurso, surgiram situações clínicas de elevada complexidade e vulnerabilidade, nas quais a tomada de decisão exigiu uma avaliação criteriosa entre benefícios terapêuticos, riscos associados e respeito pela dignidade da pessoa. Na Unidade de AVC, por exemplo, a realização de intervenções precoces de mobilização, treino funcional e avaliação da deglutição exigiu uma vigilância permanente sobre a segurança do paciente, nomeadamente na prevenção de aspiração, quedas e agravamento do défice neurológico. De forma semelhante, na Unidade de TCE, a intervenção em pessoas com alteração do estado de consciência implicou uma atuação altamente estruturada, em que o posicionamento terapêutico, a mobilização e a prevenção de complicações secundárias tiveram de ser cuidadosamente ajustados à condição clínica e à resposta neurológica.

No contexto ortotraumatológico, a responsabilidade profissional manifestou-se de forma particularmente evidente na gestão do risco associado à mobilização precoce após cirurgia, nomeadamente em pessoas submetidas a artroplastias. A execução de técnicas como o ortostatismo, treino de transferências e marcha assistida exigiu uma avaliação contínua da estabilidade clínica, da dor e da capacidade funcional, de modo a garantir intervenções seguras e progressivas. Esta necessidade de constante ponderação clínica reforçou a importância de uma prática baseada na avaliação sistemática e na tomada de decisão informada.

No contexto da ECCI, esta competência assumiu uma dimensão adicionalmente complexa, uma vez que os cuidados foram desenvolvidos no ambiente domiciliário, onde fatores como a estrutura física da habitação, os recursos disponíveis e a dinâmica familiar influenciaram diretamente a segurança das intervenções. Neste contexto, a avaliação das condições do domicílio e a adaptação das estratégias de reabilitação foram fundamentais para garantir cuidados eticamente seguros e centrados na pessoa, respeitando simultaneamente a sua autonomia e o seu contexto de vida.

Um aspeto particularmente relevante no desenvolvimento desta competência relacionou-se com a evolução da qualidade dos registos clínicos. Inicialmente, verificaram-se dificuldades na sistematização da informação, especialmente na utilização do sistema informático SClínico, o que condicionava a clareza e a estruturação dos registos relativos às intervenções de enfermagem de reabilitação. Com o decorrer do estágio e através da supervisão clínica, foi sendo desenvolvida uma maior capacidade de registo estruturado, mais orientado para a evidência da tomada de decisão clínica, para os focos de atenção identificados e para os resultados sensíveis às intervenções

realizadas. Esta evolução revelou-se fundamental para assegurar a continuidade dos cuidados, a comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar e a visibilidade do contributo específico da enfermagem de reabilitação (ICN, 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Importa ainda salientar que a responsabilidade ética se traduziu também na forma como foram reconhecidas limitações inerentes ao processo de formação especializada. As dificuldades iniciais na utilização de sistemas de informação, a necessidade de aprofundar conhecimentos em determinados contextos clínicos e a limitação na participação em processos formais de transição de cuidados foram encaradas como oportunidades de aprendizagem, promovendo uma postura de humildade profissional, reflexão crítica e procura ativa de conhecimento.

Em síntese, considera-se que esta competência evoluiu de uma abordagem inicialmente mais dependente e orientada pela supervisão para uma prática progressivamente mais autónoma, consciente e fundamentada. A articulação entre a reflexão ética, a responsabilidade profissional e a tomada de decisão clínica permitiram consolidar uma prática mais segura, consistente e alinhada com os princípios da enfermagem de reabilitação, reforçando o compromisso com a qualidade e a dignidade dos cuidados prestados.

4.1.2 Melhoria contínua da qualidade

A competência relacionada com a melhoria contínua da qualidade e com a prática baseada na evidência constituiu um eixo central ao longo de todo o percurso de estágio, sendo progressivamente consolidada através da análise crítica da prática clínica, da integração de conhecimento científico atualizado e da reflexão sistemática sobre as intervenções realizadas (Melnyk & Fineout-Overholt, 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Neste âmbito, foi sendo desenvolvida uma consciência mais clara de que a qualidade dos cuidados em enfermagem de reabilitação não depende apenas da execução técnica das intervenções, mas sobretudo da sua fundamentação, adequação ao contexto e capacidade de produzir ganhos em saúde mensuráveis.

Nos diferentes contextos clínicos onde decorreu o estágio, procurou-se integrar a evidência científica disponível na tomada de decisão clínica. Na Unidade de AVC e na Unidade de TCE, esta competência foi particularmente evidente na utilização de escalas validadas como a Medical Research Council (MRC), Medida de Independência Funcional (MIF), Glasgow Coma Scale (GCS) e Mini-Mental State Examination (MMSE), que permitiram estruturar a avaliação funcional e neurológica de forma sistemática e comparável. A aplicação destas ferramentas não se limitou a uma componente descritiva, mas sustentou a definição de diagnósticos de enfermagem e a

formulação de planos de reabilitação individualizados, orientados para objetivos funcionais específicos.

No contexto ortotraumatológico, a necessidade de atualização constante foi evidente na abordagem a pessoas submetidas a artroplastias e outras cirurgias ortopédicas, sustentando uma prática baseada na evidência, na qual a compreensão dos protocolos de reabilitação pós-operatória e da biomecânica articular foi essencial para ajustar o momento e a intensidade das intervenções. A pesquisa autónoma de evidência científica revelou-se determinante para consolidar intervenções como o treino de marcha precoce, o treino de transferências e o controlo postural, assegurando uma prática segura e eficaz.

No contexto da ECCL, a melhoria contínua da qualidade assumiu uma dimensão particularmente relevante pela complexidade do ambiente domiciliário, onde a variabilidade das condições habitacionais e dos recursos disponíveis exigiu uma adaptação constante das intervenções. A necessidade de adequar estratégias de reabilitação ao contexto real de vida da pessoa conduziu ao aprofundamento da reflexão sobre a aplicabilidade das intervenções e sobre a importância da individualização dos cuidados. Neste contexto, a elaboração e utilização de materiais educativos, como folhetos informativos e orientações estruturadas para cuidadores, constituiu uma estratégia de melhoria da qualidade dos cuidados, promovendo uma maior continuidade terapêutica no domicílio.

De forma transversal a todos os contextos, foi identificada a importância da educação terapêutica como componente fundamental da melhoria da qualidade dos cuidados, em linha com os princípios da promoção da autonomia e da capacitação. A capacitação da pessoa e dos cuidadores, particularmente na ECCL, mas também nos momentos de preparação para a alta nas unidades hospitalares, revelou-se essencial para garantir a continuidade dos cuidados e reduzir o risco de complicações. Este processo exigiu não apenas a transmissão de informação, mas também a adaptação da linguagem, a validação da compreensão e o reforço da autonomia progressiva.

Ao longo do estágio, procurou-se igualmente desenvolver uma postura crítica face às intervenções realizadas, questionando a sua eficácia, pertinência e impacto funcional. Esta reflexão foi particularmente evidente em situações em que foi necessário ajustar planos de cuidados em função da evolução clínica da pessoa, nomeadamente na reavaliação contínua de objetivos terapêuticos na reabilitação neurológica e ortotraumatológica.

Paralelamente, o desenvolvimento do projeto de implementação da melhor evidência disponível na administração da terapia inalatória com nebulizador em contexto de internamento hospitalar

constituiu uma oportunidade privilegiada para operacionalizar esta competência. Através da metodologia de implementação da evidência do JBI foi possível identificar áreas de melhoria, o envolvimento dos agentes da mudança, a avaliação do contexto e preparação para a mudança, as auditorias da prática clínica (linha de base), a implementação da mudança, nomeadamente através da metodologia *Getting Research into Practice (GRiP)*, a reavaliação da prática clínica e a sustentabilidade da prática. Este processo permitiu compreender de forma mais aprofundada a importância da auditoria clínica, da monitorização de indicadores e da utilização da evidência científica como instrumentos promotores da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Em termos globais, considera-se que esta competência permitiu uma evolução de uma prática predominantemente orientada pela execução para uma prática mais analítica, fundamentada e orientada para resultados. A integração da evidência científica, aliada à reflexão crítica sobre a prática, contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento de uma atitude profissional mais rigorosa, autónoma e orientada para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem de reabilitação (Melnik & Fineout-Overholt, 2023).

4.1.3 Gestão dos cuidados

A competência de gestão dos cuidados constituiu uma dimensão progressivamente consolidada ao longo do percurso de estágio, alinhada com a necessidade de organização, priorização e continuidade dos cuidados, permitindo desenvolver uma visão mais integrada, estruturada e crítica do processo de enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Ao longo dos diferentes contextos clínicos, foi possível compreender que a gestão dos cuidados em reabilitação não se limita à organização de intervenções, mas implica a capacidade de priorizar necessidades, articular recursos, integrar informação clínica e garantir a continuidade e coerência do plano terapêutico.

Nos contextos hospitalares, nomeadamente na Unidade de AVC e na Unidade de TCE, a participação nas passagens de turno e na discussão de situações clínicas revelou-se fundamental para o desenvolvimento da capacidade de organização e análise da informação relevante. Estes momentos permitiram identificar prioridades de intervenção com base na evolução neurológica, no grau de dependência funcional e nos riscos associados, como aspiração, alterações do nível de consciência ou perda de funcionalidade motora. Progressivamente, foi sendo desenvolvida uma maior capacidade para estruturar o raciocínio clínico de forma sistemática, integrando dados de avaliação funcional com os objetivos terapêuticos definidos pela equipa.

No Serviço de Ortopedia, a gestão dos cuidados assumiu uma componente particularmente relevante na articulação entre o estado pós-operatório, os protocolos de reabilitação e a resposta funcional da pessoa. A necessidade de ajustar intervenções como treino de marcha, transferências e ortostatismo em função da dor, estabilidade articular e segurança global exigiu uma monitorização contínua e uma tomada de decisão dinâmica. Neste contexto, a gestão dos cuidados esteve fortemente associada à capacidade de ajustar o plano de reabilitação em tempo útil, garantindo simultaneamente progressão funcional e segurança clínica.

No contexto da ECCL, a gestão dos cuidados adquiriu uma complexidade acrescida, implicando articulação entre diferentes níveis de cuidados de saúde e recursos comunitários, em consonância com os princípios da continuidade de cuidados. A organização das visitas domiciliárias exigiu planeamento, priorização de necessidades e adaptação das intervenções ao contexto real de vida da pessoa. Para além disso, a gestão da informação clínica através de sistemas como o SClínico dos Cuidados de Saúde Primários e das plataformas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados revelou-se essencial para assegurar a continuidade dos cuidados e a articulação com outras unidades, nomeadamente Unidades de Saúde Familiar e outros níveis de resposta da rede.

Um aspeto particularmente relevante no desenvolvimento desta competência foi a crescente capacidade de integrar informação proveniente de diferentes fontes, avaliação direta da pessoa, registos clínicos, comunicação com a equipa multidisciplinar e observação do contexto domiciliário para sustentar decisões clínicas fundamentadas. Este processo exigiu o desenvolvimento de competências de análise crítica, síntese de informação e priorização de intervenções, fundamentais para a prática especializada em enfermagem de reabilitação.

A articulação interdisciplinar constituiu igualmente um elemento central na gestão dos cuidados (ICN, 2021). Em todos os contextos, procurou-se manter uma comunicação ativa com a equipa multidisciplinar, nomeadamente com médicos, terapeutas da fala, fisioterapeutas e outros profissionais, de forma a garantir uma abordagem coerente e integrada. Esta colaboração foi particularmente relevante na definição de objetivos terapêuticos comuns e na adaptação dos planos de reabilitação às necessidades emergentes da pessoa.

Ao longo do estágio, foi também identificada a importância da gestão dos cuidados na preparação para a alta e na transição entre contextos assistenciais, ainda que a participação em processos formais de continuidade de cuidados tenha sido mais limitada. Esta limitação, sobretudo no contexto hospitalar, permitiu refletir sobre a importância desta dimensão na prática da

enfermagem de reabilitação, reconhecendo que a gestão eficaz da alta e da continuidade dos cuidados é determinante para a manutenção dos ganhos funcionais e para a prevenção de reinternamentos.

Em termos globais, considera-se que esta competência evoluiu de uma abordagem inicialmente mais operacional para uma compreensão mais estratégica e integrada da gestão dos cuidados. Foi desenvolvida progressivamente uma maior capacidade de organização, priorização e articulação de informação, bem como uma visão mais clara do papel do EEER enquanto elemento central na coordenação do processo terapêutico. Esta evolução contribuiu para reforçar a autonomia, o pensamento crítico e a capacidade de tomada de decisão clínica em contextos de elevada complexidade.

4.1.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais constituiu um processo contínuo, transversal e progressivo ao longo de todo o percurso de estágio (Ordem dos Enfermeiros, 2019a), assumindo-se como um elemento estruturante da consolidação das competências enquanto futuro EEER. Este desenvolvimento resultou da articulação entre a prática clínica em diferentes contextos, a reflexão sistemática sobre as intervenções realizadas, a supervisão clínica e a pesquisa autónoma de conhecimento científico.

Ao longo dos quatro contextos de estágio foi possível contactar com realidades clínicas distintas, mas igualmente exigentes, o que contribuiu de forma significativa para a ampliação e consolidação do conhecimento especializado. Na fase inicial do percurso, foram identificadas limitações sobretudo ao nível da integração de conhecimentos teóricos em situações clínicas complexas, particularmente em patologias neurológicas menos frequentes ou em contextos de elevada instabilidade funcional. Esta consciência das limitações constituiu um ponto de partida essencial para a definição de estratégias de aprendizagem mais dirigidas e intencionais.

Na Unidade de AVC e na Unidade de TCE, o contacto com situações de compromisso neurológico agudo e grave permitiu desenvolver competências ao nível da avaliação neurológica, interpretação de sinais clínicos e planeamento de intervenções de reabilitação precoce. Progressivamente, foi sendo consolidado o raciocínio clínico, sobretudo através da repetição estruturada de avaliações funcionais e da análise da evolução dos pacientes. A supervisão clínica revelou-se determinante neste processo, na medida em que promoveu momentos de questionamento clínico e de reflexão crítica sobre as decisões tomadas.

No contexto ortotraumatológico, o desenvolvimento profissional foi particularmente marcado pela necessidade de aprofundar conhecimentos relacionados com biomecânica, protocolos de reabilitação pós-cirúrgica e prevenção de complicações associadas à imobilidade. O contacto com pessoas submetidas a artroplastias e outras intervenções cirúrgicas permitiu consolidar competências técnicas, mas também desenvolver uma maior consciência da importância da progressão funcional estruturada e segura.

No contexto da ECCL, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais assumiu uma dimensão mais complexa e autónoma, uma vez que a prática decorreu no ambiente domiciliário, exigindo uma adaptação constante das intervenções à realidade de vida da pessoa. Este contexto permitiu desenvolver uma visão mais global e integrada do processo de reabilitação, compreendendo de forma mais clara a influência dos fatores ambientais, sociais e familiares na funcionalidade e autonomia da pessoa. Paralelamente, reforçou a capacidade de tomada de decisão autónoma, particularmente na adaptação de intervenções em tempo real, em função da resposta da pessoa e das condições do contexto.

De forma transversal a todos os contextos, destaca-se o papel central da pesquisa autónoma de evidência científica como estratégia de desenvolvimento profissional, alinhada com os princípios da prática baseada na evidência (Melnik & Fineout-Overholt, 2023). A necessidade de responder a situações clínicas específicas conduziu ao aprofundamento de conhecimentos em áreas como neurofisiologia, anatomofisiologia, reabilitação funcional e utilização de tecnologias de apoio. Esta procura ativa de conhecimento contribuiu para uma prática mais informada, crítica e fundamentada, reforçando a importância da aprendizagem ao longo da vida no exercício da enfermagem de reabilitação.

Importa ainda referir que o processo de supervisão clínica desempenhou um papel determinante neste desenvolvimento. O feedback recebido permitiu identificar áreas de melhoria, reformular estratégias de intervenção e desenvolver maior segurança na tomada de decisão clínica. Este acompanhamento contínuo favoreceu a evolução da autonomia profissional, permitindo uma transição gradual de uma prática mais dependente para uma atuação progressivamente mais independente e reflexiva.

Em termos globais, considera-se que este percurso de estágio foi determinante para a consolidação da identidade profissional enquanto futuro EEER. O contacto com diferentes realidades clínicas, a reflexão crítica sobre a prática e o investimento contínuo na aprendizagem permitiram desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais essenciais ao exercício especializado. Reconhece-se, contudo, que este desenvolvimento constitui um processo contínuo, mantendo-se a

necessidade de aprofundamento permanente de conhecimentos e de aperfeiçoamento da prática clínica, em consonância com os princípios da melhoria contínua da qualidade e da prática baseada na evidência.

4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

As competências específicas traduzem o núcleo da prática clínica do EEER, sustentadas na promoção da funcionalidade e da autonomia da pessoa ao longo do ciclo de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Ao refletir sobre estas competências, pretende-se dar visibilidade ao percurso desenvolvido na avaliação, intervenção e capacitação da pessoa com alterações da funcionalidade, bem como na promoção da sua autonomia e qualidade de vida. Esta análise permitiu compreender de forma mais clara a complexidade e exigência da enfermagem de reabilitação, enquanto área que exige integração constante entre conhecimento científico, experiência clínica e sensibilidade humana.

Mais do que um exercício descritivo, esta reflexão representa um momento de consolidação do desenvolvimento profissional, no qual são reconhecidas aprendizagens, dificuldades e progressos, procurando compreender de que forma cada experiência contribuiu para a construção da identidade profissional enquanto futuro EEER.

4.2.1 Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida

No âmbito desta competência específica do EEER, considera-se ter sido desenvolvida uma prática progressivamente mais consistente, integrada e fundamentada, centrada na avaliação e intervenção junto de pessoas com alterações neurológicas e ortotraumatológicas ao longo do ciclo de vida. A experiência nos diferentes contextos clínicos, Unidade de AVC, Unidade de TCE, Serviço de Ortopedia e ECCI permitiu compreender a complexidade das necessidades destas pessoas, bem como a importância de uma abordagem sistemática, individualizada e orientada para a funcionalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Na Unidade de AVC e na Unidade de TCE, foi possível acompanhar pessoas com comprometimentos neurológicos de natureza aguda e frequentemente com elevada gravidade funcional, incluindo alterações motoras, sensoriais, cognitivas e comunicacionais. Nestes contextos, a avaliação neurológica e funcional constituiu a base da intervenção, recorrendo a instrumentos como a GCS, a MRC e a MIF, ferramentas validadas que permitiram estruturar o raciocínio clínico e definir prioridades de reabilitação. A observação sistemática de alterações do estado de consciência,

défices motores e limitações na participação permitiu desenvolver uma maior capacidade de interpretação clínica e de adaptação das intervenções ao estado evolutivo da pessoa.

No contexto ortotraumatológico, o contacto com pessoas submetidas a artroplastias e outras intervenções cirúrgicas, bem como com situações de politraumatismo e compromisso funcional significativo, permitiu consolidar competências no âmbito da reabilitação musculoesquelética. A realização de intervenções como treino de transferências, ortostatismo, treino de marcha e controlo postural exigiu uma avaliação contínua da dor, estabilidade e capacidade funcional, de forma a garantir intervenções seguras e progressivas. Neste contexto, a compreensão da biomecânica do movimento e das limitações impostas pela cirurgia foi essencial para adequar o plano de cuidados às diferentes fases do processo de recuperação.

Na ECCI, esta competência adquiriu uma dimensão particularmente relevante, uma vez que a intervenção ocorreu no contexto real de vida da pessoa, permitindo uma visão mais global e integrada das suas necessidades. O acompanhamento domiciliário de pessoas com patologias neurológicas degenerativas, doenças crónicas e sequelas ortotraumatológicas permitiu compreender o impacto prolongado da incapacidade na funcionalidade e na participação social (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2001). Neste contexto, a avaliação incluiu não apenas a dimensão clínica, mas também fatores ambientais, sociais e familiares, fundamentais para a definição de intervenções exequíveis e sustentáveis no domicílio. A diversidade de situações acompanhadas, incluindo pessoas com doença de Parkinson, demência, esclerose lateral amiotrófica e outras patologias neurológicas complexas, exigiu uma constante adaptação das intervenções e um esforço acrescido de atualização de conhecimentos.

De forma transversal a todos os contextos, a realização de avaliações neurológicas, motoras, sensoriais e funcionais permitiu estruturar intervenções orientadas para a funcionalidade e para a prevenção de complicações associadas à imobilidade e ao défice neurológico. A implementação de intervenções como mobilização precoce, treino de equilíbrio, reeducação funcional, treino de marcha e estratégias de posicionamento terapêutico contribuiu para a promoção da autonomia e para a maximização das capacidades remanescentes da pessoa.

Paralelamente, reconhece-se que o desenvolvimento desta competência foi fortemente sustentado pela necessidade de aprendizagem contínua e pesquisa autónoma, particularmente em situações clínicas menos frequentes ou de maior complexidade. Esta componente revelou-se essencial para ajustar as intervenções às especificidades de cada pessoa, reforçando a importância da prática baseada na evidência e da atualização permanente de conhecimentos no exercício da enfermagem de reabilitação (Melnyk & Fineout-Overholt, 2023).

Em síntese, considera-se que esta competência evoluiu de uma abordagem inicialmente mais descritiva e orientada pela execução de técnicas para uma prática progressivamente mais analítica, estruturada e centrada na funcionalidade da pessoa. Este percurso permitiu consolidar a compreensão de que cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida implica uma intervenção contínua, adaptativa e integrada, que articula avaliação rigorosa, tomada de decisão clínica e intervenção especializada orientada para a maximização da autonomia e da qualidade de vida.

4.2.2 Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação

No âmbito desta competência específica do EEER, foi desenvolvida progressivamente uma prática centrada na capacitação do paciente e do cuidador informal, entendida como um processo contínuo de promoção da autonomia, da participação ativa e da autogestão da condição de saúde (ICN, 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Ao longo dos diferentes contextos de estágio, foi sendo consolidada a percepção de que a capacitação não se limita à transmissão de informação, mas implica um processo estruturado de educação terapêutica, adaptação às capacidades da pessoa e reforço da sua participação no processo de reabilitação.

Nos contextos hospitalares, nomeadamente na Unidade de AVC e na Unidade de TCE, a capacitação do paciente assumiu particular relevância nos momentos de transição entre dependência e recuperação funcional. Nestes contextos, procurou-se envolver progressivamente o paciente nas atividades de autocuidado, promovendo a sua participação ativa em tarefas como mobilizações no leito, transferências, treino de equilíbrio e realização de atividades de vida diária, sempre ajustadas ao seu nível de consciência e capacidade funcional. Paralelamente, revelou-se fundamental o envolvimento da família, nomeadamente através da instrução sobre estratégias de posicionamento, prevenção de complicações e incentivo à participação segura no processo de reabilitação, reconhecendo o papel central do cuidador no apoio à recuperação funcional.

No Serviço de Ortopedia, a capacitação do paciente foi particularmente evidente no contexto do pós-operatório de artroplastias e outras cirurgias ortopédicas, onde a educação terapêutica assumiu um papel estruturante. Procurou-se capacitar os pacientes relativamente às precauções específicas de cada procedimento cirúrgico, como limitações de movimento, estratégias seguras de mobilização e utilização de ajudas técnicas. A instrução sobre o uso adequado de auxiliares de marcha, bem como sobre estratégias de prevenção de quedas e gestão da dor no domicílio, constituiu uma componente essencial da intervenção, promovendo uma transição segura para o autocuidado.

Na ECCI, esta competência assumiu a sua expressão mais complexa e abrangente, uma vez que a capacitação ocorreu no contexto real de vida da pessoa, envolvendo diretamente o cuidador informal como elemento central do processo de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Neste contexto, foram desenvolvidas intervenções educativas dirigidas tanto ao paciente como ao cuidador, focadas em áreas como posicionamento terapêutico, mobilização segura, prevenção de úlceras por pressão, gestão da imobilidade, utilização de ajudas técnicas e estratégias de adaptação ao domicílio. Em algumas situações, foi também possível capacitar cuidadores para a realização de procedimentos específicos, como a aspiração de secreções, garantindo a compreensão dos princípios de segurança associados e a identificação de sinais de alerta.

De forma transversal, procurou-se adaptar a linguagem e a complexidade da informação transmitida às capacidades cognitivas, emocionais e contextuais de cada paciente, assegurando a compreensão efetiva das orientações fornecidas. Este processo implicou não apenas a transmissão de conhecimentos, mas também a validação da aprendizagem, o reforço da autonomia progressiva e a promoção da confiança do paciente e do cuidador na gestão da sua condição de saúde.

Um aspeto particularmente relevante no desenvolvimento desta competência foi a utilização de recursos educativos disponíveis nos serviços, como folhetos informativos e materiais de apoio estruturados, que funcionaram como suporte à educação terapêutica e facilitaram a continuidade das orientações no domicílio. Estes recursos revelaram-se especialmente úteis na ECCI e no contexto ortotraumatológico, contribuindo para a uniformização da informação e para a consolidação das aprendizagens realizadas durante as intervenções.

Ao longo do estágio, foi progressivamente reconhecido que a capacitação constitui um processo dinâmico e contínuo, diretamente relacionado com a evolução funcional do paciente e com a sua capacidade de adaptação à nova realidade. Neste sentido, a intervenção evoluiu de uma abordagem mais centrada na instrução para uma prática mais centrada na parceria terapêutica, promovendo a participação ativa do paciente e do cuidador na definição e concretização dos objetivos de reabilitação (ICN, 2021).

Em síntese, considera-se que esta competência se consolidou através da integração de intervenções educativas estruturadas, da adaptação da comunicação ao contexto do paciente e do reforço da autonomia funcional. Este percurso permitiu compreender que capacitar a pessoa com deficiência ou limitação da atividade implica não apenas ensinar, mas sobretudo promover autonomia, decisão partilhada e confiança na gestão da sua condição de saúde, com impacto direto na sua participação e qualidade de vida.

4.2.3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

No âmbito desta competência específica do EEER, foi progressivamente desenvolvida uma prática orientada para a maximização da funcionalidade da pessoa, através da identificação, desenvolvimento e otimização das suas capacidades remanescentes (Hoeman, 2008; 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Ao longo dos diferentes contextos de estágio, foi sendo consolidada a compreensão de que a maximização da funcionalidade não se limita à recuperação de capacidades perdidas, mas envolve igualmente a prevenção de complicações, a adaptação às limitações e a promoção ativa da autonomia e da participação.

Na Unidade de AVC e na Unidade de TCE, esta competência foi particularmente evidente na implementação de intervenções dirigidas à recuperação neuromotora e funcional, tendo como base uma avaliação contínua da evolução clínica e funcional da pessoa. Intervenções como o treino de controlo postural, equilíbrio, mobilizações no leito, treino de transferências e estimulação da marcha foram ajustadas de forma progressiva ao estado neurológico e à capacidade de participação da pessoa. Nestes contextos, a maximização da funcionalidade esteve fortemente associada à intervenção precoce, com o objetivo de prevenir complicações como rigidez articular, úlceras por pressão e perda de autonomia funcional, promovendo simultaneamente a ativação das capacidades motoras e cognitivas remanescentes.

No Serviço de Ortopedia, a maximização da funcionalidade assumiu uma abordagem mais estruturada e progressiva, particularmente em pessoas submetidas a artroplastias da anca, joelho e ombro. A implementação de programas de reabilitação funcional incluiu treino de marcha com e sem auxiliares, treino de transferências, ortostatismo e reeducação da mobilidade articular, sempre ajustados às restrições pós-cirúrgicas e à tolerância da pessoa. Neste contexto, a monitorização contínua da dor, da fadiga e da resposta funcional foi essencial para ajustar o nível de exigência das intervenções, assegurando um equilíbrio entre progressão funcional e segurança clínica. A compreensão da biomecânica do movimento e dos protocolos de reabilitação pós-operatória foi determinante para sustentar uma intervenção eficaz e orientada para resultados funcionais.

Na ECCI, esta competência adquiriu uma dimensão particularmente relevante, uma vez que a intervenção ocorreu no ambiente real de vida da pessoa, onde a funcionalidade se traduz diretamente na capacidade de realizar atividades de vida diária de forma autónoma e segura (OMS, 2001). Neste contexto, a maximização da funcionalidade foi orientada para a adaptação às condições do domicílio, integração de estratégias compensatórias e utilização de ajudas técnicas adequadas. Intervenções como treino de mobilidade no domicílio, otimização das transferências

cama-cadeira, adaptação do posicionamento e reorganização do espaço físico foram fundamentais para promover a autonomia e reduzir o risco de dependência acrescida.

De forma transversal a todos os contextos, procurou-se definir objetivos terapêuticos individualizados, realistas e mensuráveis, ajustados ao potencial de recuperação de cada pessoa. A monitorização sistemática da evolução funcional permitiu reajustar continuamente os planos de cuidados, garantindo uma intervenção dinâmica e centrada na resposta da pessoa. Este processo revelou-se particularmente importante em situações de patologia neurológica progressiva ou de incapacidade funcional instalada, nas quais a maximização da funcionalidade se centrou sobretudo na manutenção das capacidades existentes e na prevenção de declínio funcional.

Um aspeto central no desenvolvimento desta competência foi a integração de tecnologias de apoio e estratégias de compensação funcional. A utilização de auxiliares de marcha, dispositivos de apoio à mobilidade e estratégias de adaptação do ambiente contribuiu de forma significativa para aumentar a autonomia da pessoa e melhorar a sua participação nas atividades de vida diária. Paralelamente, a educação da pessoa e do cuidador relativamente à utilização adequada destes recursos foi essencial para garantir a sua eficácia e segurança.

Ao longo do estágio, foi progressivamente desenvolvida uma visão mais integrada da funcionalidade, compreendendo-a não apenas como capacidade motora, mas como um conceito multidimensional que inclui aspetos físicos, cognitivos, emocionais e sociais (OMS, 2001). Esta compreensão foi particularmente relevante na ECCI, onde a funcionalidade está diretamente relacionada com a participação da pessoa no seu contexto de vida e com a sua capacidade de adaptação ao ambiente.

Em síntese, considera-se que esta competência evoluiu de uma abordagem inicialmente mais centrada na execução de técnicas para uma prática mais analítica, estruturada e orientada para objetivos funcionais concretos. Este percurso permitiu consolidar a importância de uma intervenção sistemática, individualizada e baseada na evidência, centrada na maximização das capacidades da pessoa, com impacto direto na sua autonomia, participação e qualidade de vida.

5. SÍNTESE REFLEXIVA DE EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS SIGNIFICATIVAS AO LONGO DO PERCURSO DE APRENDIZAGEM

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, foram vivenciadas situações clínicas que, pela sua complexidade, diversidade ou impacto formativo, assumiram particular relevância no processo de aprendizagem em Enfermagem de Reabilitação. Estas experiências permitiram consolidar competências técnicas, desenvolver o raciocínio clínico e, simultaneamente, aprofundar uma visão mais global e centrada no paciente.

No contexto da Unidade de AVC, destaca-se a importância de um ambiente altamente orientado para a reabilitação neurológica, no qual a intervenção da equipa de enfermagem se encontrava particularmente direccionada para a maximização da funcionalidade. Esta realidade permitiu compreender, de forma muito concreta, a multiplicidade de estratégias que podem ser mobilizadas no processo de reabilitação. Neste âmbito, recorda-se a situação de um paciente com défices neurológicos significativos que apresentava baixa adesão ao plano terapêutico. Através da exploração dos seus interesses pessoais e da adaptação dos exercícios de reabilitação aos seus hobbies e preferências, foi possível observar um aumento progressivo da motivação e da participação ativa, com repercussões positivas na evolução funcional. Esta experiência reforçou a importância da individualização das intervenções e da centralidade do paciente no processo de reabilitação.

Na Unidade de TCE, salienta-se a especificidade e complexidade das situações clínicas acompanhadas, frequentemente associadas a patologias menos prevalentes e que exigem um aprofundamento contínuo do conhecimento científico. Embora o estágio tenha sido relativamente curto, foi possível contactar com instrumentos de avaliação específicos e com uma abordagem mais diferenciada da reabilitação neurológica, particularmente no que respeita à dimensão cognitiva. Este contexto evidenciou ainda a importância da atualização permanente de conhecimentos e da integração de novas tecnologias e metodologias terapêuticas como recursos potenciadores da eficácia dos cuidados de reabilitação.

No Serviço de Ortopedia, destaca-se a diversidade de situações ortotraumatológicas acompanhadas, desde artroplastias até situações de trauma complexo. Neste contexto, assume particular relevância o acompanhamento de um paciente com traumatismo vértebro-medular, que permitiu uma abordagem integrada das dimensões ortopédica, neurológica e respiratória, em linha com uma visão funcional da incapacidade. A possibilidade de acompanhar a evolução clínica desde uma fase inicial de grande dependência até uma recuperação funcional progressiva contribuiu de

forma significativa para a consolidação do pensamento clínico em reabilitação, bem como para a compreensão da importância da intervenção precoce, sistemática e adaptada à evolução do paciente.

No contexto da ECCI, na comunidade, destaca-se a elevada diversidade de situações clínicas e a necessidade de uma abordagem centrada no paciente no seu ambiente real de vida, em articulação com os princípios da continuidade de cuidados. Este estágio permitiu consolidar uma visão mais holística da pessoa em situação de dependência, reforçando a importância da articulação entre a reabilitação e o contexto familiar e social. Destaca-se ainda o contacto com situações clínicas raras em idade pediátrica, nomeadamente a disartria muscular congénita e a doença mitocondrial associada ao gene RRM2B, que inicialmente constituíram um desafio acrescido do ponto de vista comunicacional e relacional. Esta experiência conduziu ao desenvolvimento de estratégias de adaptação na abordagem à criança e à família, com o apoio da equipa, contribuindo para o crescimento pessoal e profissional.

De forma transversal, todas estas experiências permitiram uma evolução na forma de observar, interpretar e intervir junto do paciente em processo de reabilitação, promovendo uma visão mais integrada, centrada na funcionalidade e orientada para a capacitação. Progressivamente, foi sendo desenvolvida uma maior segurança na abordagem clínica e uma maior capacidade de adaptação das intervenções às necessidades específicas de cada paciente, aspetos considerados fundamentais no desenvolvimento da identidade profissional enquanto futuro EEER.

6. SÍNTESE GLOBAL DO PERCURSO DE APRENDIZAGEM EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A análise global do percurso de estágio realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação permitiu evidenciar um processo de desenvolvimento progressivo, estruturado e integrador de competências clínicas, éticas e reflexivas, fundamentais ao exercício profissional avançado do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, 2019b). A diversidade de contextos clínicos, Unidade de AVC, Unidade de TCE, Serviço de Ortopedia e ECCL, constituiu um elemento determinante para a consolidação de uma visão alargada, articulada e crítica da intervenção em reabilitação, permitindo a integração entre diferentes níveis de cuidados e diferentes fases do processo de doença e recuperação.

Importa ainda salientar que o percurso desenvolvido no ENP I constituiu uma base fundamental para as aprendizagens profissionais consolidadas no ENP II, permitindo uma progressão gradual das competências especializadas em enfermagem de reabilitação e uma compreensão mais integrada dos diferentes contextos de cuidados. A articulação entre ambas as unidades curriculares favoreceu a consolidação de conhecimentos científicos, competências clínicas e capacidades reflexivas essenciais ao exercício especializado.

De forma global, considera-se que o percurso realizado permitiu uma evolução de uma prática inicialmente mais dependente de supervisão e orientação para uma atuação progressivamente mais autónoma, fundamentada e reflexiva. Esta evolução foi sustentada pela articulação entre a prática clínica, a supervisão dos enfermeiros especialistas, a pesquisa autónoma de evidência científica e a reflexão sistemática sobre as intervenções realizadas (Melnyk & Fineout-Overholt, 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Neste sentido, a aprendizagem não se limitou à aquisição de competências técnicas, mas envolveu igualmente o desenvolvimento do raciocínio clínico, da capacidade de tomada de decisão e da consciência crítica sobre o impacto das intervenções na funcionalidade e qualidade de vida da pessoa.

A análise das competências comuns do Enfermeiro Especialista permitiu reconhecer a importância da responsabilidade profissional, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais como pilares estruturantes da prática especializada. Em particular, a responsabilidade ética e legal revelou-se transversal a todos os contextos, exigindo uma prática centrada na segurança, na dignidade da pessoa e na tomada de decisão informada. Paralelamente, a melhoria contínua da qualidade foi sustentada pela integração

progressiva da evidência científica na prática clínica, bem como pela capacidade de refletir criticamente sobre a adequação e eficácia das intervenções realizadas.

No que respeita às competências específicas em Enfermagem de Reabilitação, o percurso realizado permitiu consolidar uma compreensão mais aprofundada do papel do Enfermeiro Especialista na promoção da funcionalidade, na capacitação da pessoa e na maximização das suas capacidades ao longo do ciclo de vida. A intervenção em diferentes contextos clínicos evidenciou a necessidade de uma abordagem individualizada, adaptativa e centrada na pessoa, considerando não apenas a condição clínica, mas também os fatores ambientais, sociais e familiares que influenciam o processo de reabilitação.

A articulação entre contextos hospitalares e comunitários revelou-se particularmente relevante para a compreensão da continuidade dos cuidados em reabilitação. Enquanto os contextos hospitalares permitiram um enfoque mais intensivo na reabilitação precoce e na recuperação funcional, o contexto da ECCL possibilitou uma visão mais alargada da funcionalidade no ambiente real de vida da pessoa, evidenciando a importância da adaptação das intervenções ao contexto domiciliário e da capacitação do cuidador informal como elemento central do processo terapêutico.

Um aspeto central desta reflexão global prendeu-se com a consolidação da importância da avaliação contínua e sistemática como base da intervenção em enfermagem de reabilitação, em consonância com os princípios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2001). A utilização de instrumentos de avaliação funcional, neurológica e motora permitiu sustentar decisões clínicas mais fundamentadas e orientar intervenções mais ajustadas às necessidades reais da pessoa. Esta prática reforçou a importância de uma abordagem estruturada, baseada em dados objetivos, mas complementada por uma leitura clínica interpretativa e contextualizada.

Simultaneamente, o desenvolvimento da capacidade de capacitação da pessoa e do cuidador revelou-se uma dimensão essencial do processo de reabilitação, particularmente no contexto comunitário, em alinhamento com os princípios da promoção da autonomia, participação ativa e autogestão da condição de saúde (Hoeman, 2008; Ordem dos Enfermeiros, 2019b). A educação terapêutica, a adaptação da linguagem e a utilização de estratégias educativas estruturadas contribuíram para promover a autonomia, a segurança e a continuidade dos cuidados, reforçando o papel do Enfermeiro Especialista enquanto facilitador do processo de adaptação à condição de saúde.

Apesar da evolução significativa verificada ao longo do estágio, reconhece-se que este percurso também evidenciou áreas de desenvolvimento contínuo, nomeadamente no aprofundamento do conhecimento em patologias neurológicas raras e complexas, na consolidação da utilização de sistemas de informação em saúde e na experiência em processos formais de transição de cuidados. Estas limitações, longe de representarem fragilidades, constituíram oportunidades de aprendizagem e de definição de objetivos futuros de desenvolvimento profissional.

Em termos globais, considera-se que este percurso formativo contribuiu de forma determinante para a construção da identidade profissional enquanto futuro EEER. A experiência adquirida permitiu desenvolver uma prática mais consciente, crítica e fundamentada, centrada na funcionalidade, na autonomia e na qualidade de vida da pessoa. Mais do que a consolidação de competências técnicas, este percurso representou um processo de transformação profissional, sustentado na integração entre conhecimento, reflexão e prática clínica.

Assim, considera-se que a Enfermagem de Reabilitação se afirma como uma área de intervenção profundamente complexa e exigente, mas simultaneamente essencial na promoção da autonomia, funcionalidade e participação da pessoa ao longo do ciclo de vida, sustentada numa prática baseada na evidência e centrada na pessoa. O desenvolvimento destas competências reforça o compromisso com uma prática cientificamente fundamentada, orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e para a obtenção de ganhos em saúde sensíveis à intervenção da enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2019a; Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

**PARTE II - PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DA MELHOR EVIDÊNCIA DISPONÍVEL NA TERAPIA
INALATÓRIA COM NEBULIZADOR, EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR.**

1. PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DA MELHOR EVIDÊNCIA DISPONÍVEL NA TERAPIA INALATÓRIA COM NEBULIZADOR, EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

O presente capítulo tem como objetivo enquadrar o estudo, evidenciando a relevância das doenças respiratórias e da terapia inalatória em contexto hospitalar, bem como a necessidade de implementação de práticas baseadas na evidência científica.

As doenças do aparelho respiratório constituem uma das principais causas de morbilidade, mortalidade e incapacidade em Portugal, representando um importante problema de saúde pública. De acordo com a Direção-Geral da Saúde ([DGS], 2022), estas patologias, com especial destaque para as doenças respiratórias crónicas como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e as pneumonias, assumem uma elevada carga assistencial no Sistema Nacional de Saúde, tanto em contexto de internamento como em cuidados continuados.

Os dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (2023) evidenciam esta realidade, tendo-se registado 13.110 óbitos por doenças do aparelho respiratório em Portugal no ano de 2023, correspondendo a um aumento de 8,2% relativamente ao ano anterior. Paralelamente, observa-se um impacto significativo na utilização de recursos hospitalares, com cerca de 80.000 internamentos anuais por doença respiratória sem ventilação mecânica e aproximadamente 37.000 com necessidade de suporte ventilatório (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2023).

Neste contexto, a terapia inalatória assume um papel central no tratamento das doenças respiratórias, sendo considerada a via de administração preferencial devido à sua ação direta no sistema respiratório, permitindo uma resposta terapêutica mais rápida e com menores doses de fármaco, reduzindo simultaneamente os efeitos adversos sistémicos (DGS, 2013).

Em contexto hospitalar, os sistemas de nebulização são amplamente utilizados, particularmente em pacientes com compromisso respiratório agudo ou incapacidade de coordenação da técnica inalatória. A sua utilização permite a administração eficaz de fármacos em situações clínicas complexas, sendo frequentemente integrados em dispositivos de suporte ventilatório e adaptados a diferentes níveis de gravidade clínica (Ari, 2015; JBI, 2024).

Contudo, a eficácia da terapia inalatória depende não apenas do dispositivo utilizado, mas também da correta execução da técnica e da adesão às melhores práticas baseadas na evidência científica. Neste âmbito, o papel dos enfermeiros é determinante, uma vez que são os principais responsáveis pela preparação, administração, monitorização e educação do paciente no que respeita à terapia inalatória (ICN, 2021; Melnyk & Fineout-Overholt, 2023).

Apesar da sua relevância clínica, a literatura evidencia variabilidade na prática de enfermagem relativamente à administração de terapia inalatória com nebulizador, o que pode comprometer a eficácia terapêutica e a segurança do paciente (JBI, 2024). Assim, torna-se essencial promover a uniformização de práticas através da implementação de recomendações baseadas na evidência científica.

O JBI, enquanto organização internacional de referência na síntese de evidência e implementação de boas práticas, disponibiliza orientações que visam apoiar a tomada de decisão clínica e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A sua aplicação em contexto clínico permite reduzir a variabilidade de práticas, aumentar a segurança do paciente e melhorar os resultados em saúde (Aromataris & Munn, 2020; JBI, 2024).

Deste modo, a implementação de práticas baseadas na evidência na administração de terapia inalatória com nebulizador em contexto de internamento hospitalar assume-se como uma estratégia fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, promovendo a segurança do paciente, a eficácia terapêutica e a eficiência dos serviços de saúde (Aromataris & Munn, 2020; Melnyk & Fineout-Overholt, 2023).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 DOENÇAS RESPIRATÓRIAS E IMPACTO EM SAÚDE

As doenças respiratórias representam um dos principais desafios de saúde pública a nível nacional e internacional, devido à sua elevada prevalência, impacto na qualidade de vida e consumo de recursos de saúde. Em Portugal, estas patologias constituem uma das principais causas de internamento hospitalar e mortalidade, com particular destaque para as doenças respiratórias crónicas, como a DPOC, e para as infeções respiratórias agudas, nomeadamente as pneumonias (DGS, 2022; OMS, 2021).

A elevada carga destas doenças traduz-se não apenas em indicadores de mortalidade, mas também em anos potenciais de vida perdidos e incapacidade funcional significativa, com impacto direto na autonomia dos indivíduos e na sustentabilidade do sistema de saúde (Instituto Nacional de Estatística, 2023).

2.2 TERAPIA INALATÓRIA: PRINCÍPIOS E RELEVÂNCIA CLÍNICA

A terapia inalatória constitui a via preferencial para a administração de fármacos no tratamento das doenças respiratórias, devido à sua capacidade de atuar diretamente no local de ação, o sistema respiratório. Esta via permite uma deposição mais eficaz do fármaco no pulmão, proporcionando um início de ação mais rápido, maior eficácia terapêutica e redução da dose necessária em comparação com a administração sistémica (DGS, 2013; Lavorini et al., 2014; JBI, 2024).

Entre os principais benefícios da terapia inalatória destacam-se a redução dos efeitos secundários sistémicos, a possibilidade de administração de diferentes classes terapêuticas e a adaptação a diferentes dispositivos consoante as características clínicas e cognitivas do paciente (JBI, 2024; Lavorini et al., 2014).

2.3 DISPOSITIVOS DE TERAPIA INALATÓRIA E A SUA UTILIZAÇÃO EM MEIO HOSPITALAR

Atualmente, encontram-se disponíveis vários dispositivos para administração de terapia inalatória, nomeadamente os inaladores pressurizados doseáveis (*Pressurized Metered Dose Inhaler* - pMDI), os inaladores de pó seco (*Dry Powder Inhaler* - DPI), os inaladores de névoa suave (*Soft Mist Inhaler* - SMI) e os sistemas de nebulização (DGS, 2017).

A escolha do dispositivo deve ser baseada em critérios clínicos, funcionais e contextuais, considerando o estado clínico do paciente, a idade, a capacidade de cooperação, a coordenação

motora, o fluxo inspiratório, a técnica inalatória e o objetivo terapêutico. Assim, a seleção adequada do dispositivo constitui um elemento essencial para garantir a eficácia da terapêutica e a segurança do paciente (JBI, 2024; Lavorini et al., 2014).

Apesar dos avanços tecnológicos associados aos inaladores portáteis, os sistemas de nebulização continuam a assumir particular relevância em contexto hospitalar, sobretudo em situações de agudização respiratória, paciente crítico, incapacidade de coordenação da técnica inalatória ou necessidade de administração de terapia em pacientes pouco colaborantes (Ari, 2015; JBI, 2024). A sua principal vantagem reside na possibilidade de administrar o fármaco sob a forma de aerossol sem exigir cooperação ativa significativa por parte do paciente, permitindo a sua utilização em diferentes contextos clínicos, incluindo pacientes com suporte ventilatório (Ari, 2015; JBI, 2024).

Contudo, a utilização de sistemas de nebulização não é isenta de limitações. A eficácia da terapêutica pode ser influenciada por fatores como o tipo de nebulizador utilizado, o fluxo aplicado, a duração do procedimento, a correta adaptação da máscara, a técnica de administração e a manutenção adequada do equipamento (JBI, 2024; Lavorini et al., 2014;). Além disso, a variabilidade na deposição pulmonar do fármaco, a possibilidade de contaminação dos dispositivos e a necessidade de higienização rigorosa reforçam a importância da adoção de práticas padronizadas e baseadas na evidência (DGS, 2017).

2.3.1 Terapia Inalatória com Nebulizador em Contexto Hospitalar

A terapia inalatória com recurso a sistemas de nebulização constitui uma intervenção amplamente utilizada em contexto de internamento hospitalar, particularmente em serviços que prestam cuidados a pacientes com patologia respiratória aguda ou crónica. A sua utilização permite a administração de fármacos sob a forma de aerossol diretamente no trato respiratório, favorecendo a eficácia terapêutica e a rápida ação dos medicamentos administrados (DGS, 2013; JBI, 2024; Lavorini et al., 2014).

Embora a nebulização apresente reconhecidas vantagens clínicas, a sua eficácia depende da correta execução do procedimento e da adoção de práticas seguras por parte dos profissionais de saúde. Aspetos como a preparação da medicação, a seleção e montagem do dispositivo, a adaptação da interface ao paciente e a monitorização da resposta terapêutica influenciam diretamente a deposição pulmonar do fármaco e os resultados obtidos (JBI, 2024; Lavorini et al., 2014).

Paralelamente, a manutenção e higienização adequadas dos dispositivos assumem particular relevância na prevenção de contaminação microbiológica e infeções associadas aos cuidados de

saúde, reforçando a necessidade de cumprimento de procedimentos padronizados e baseados na evidência científica (DGS, 2017; O'Malley, 2015).

Neste contexto, os enfermeiros desempenham um papel central na preparação, administração e monitorização da terapia inalatória, bem como na vigilância da eficácia e segurança do procedimento. A sua intervenção constitui um elemento determinante para a qualidade dos cuidados prestados e para a implementação consistente das melhores práticas clínicas (Melnyk & Fineout-Overholt, 2023).

2.4 PAPEL DO ENFERMEIRO NA TERAPIA INALATÓRIA

Os enfermeiros desempenham um papel central na gestão da terapia inalatória em contexto hospitalar, assumindo responsabilidade direta na preparação, administração, monitorização e avaliação da resposta terapêutica do paciente (ICN, 2021; Melnyk & Fineout-Overholt, 2023). Neste contexto, a sua intervenção é determinante para garantir a eficácia do tratamento, a segurança do paciente e a correta utilização dos dispositivos inalatórios (DGS, 2017; JBI, 2024; Lavorini et al., 2014).

No âmbito da administração de terapia inalatória com nebulizador, compete ao enfermeiro assegurar a correta preparação da medicação, incluindo a verificação da prescrição, a validação da dose e da diluição, bem como a seleção e preparação adequada do dispositivo. A execução técnica do procedimento exige ainda a garantia de parâmetros fundamentais, como o fluxo de oxigénio, o tempo de nebulização e a correta adaptação da máscara ao paciente (DGS, 2013; JBI, 2024).

Para além da componente técnica, o enfermeiro assume um papel fundamental na monitorização da resposta clínica, avaliando a eficácia da terapêutica, a presença de efeitos adversos e a evolução do estado respiratório do paciente. Esta avaliação contínua permite a tomada de decisão clínica informada e a adequação das intervenções às necessidades individuais, constituindo um elemento central da prática baseada na evidência e da prestação de cuidados seguros e centrados no paciente (ICN, 2021; JBI, 2024; Melnyk & Fineout-Overholt, 2023).

A dimensão educativa constitui igualmente uma componente essencial da intervenção de enfermagem, nomeadamente através da promoção da literacia em saúde e da capacitação do paciente para a correta utilização dos dispositivos inalatórios. A educação para a saúde contribui para a melhoria da adesão terapêutica, particularmente relevante na transição para o domicílio e na continuidade de cuidados (ICN, 2021; Lavorini et al., 2014).

A atuação do enfermeiro na terapia inalatória está ainda diretamente relacionada com a promoção da segurança do paciente, assegurando o cumprimento de práticas seguras na administração da terapêutica (DGS, 2017; ICN, 2021; JBI, 2024). Neste contexto, diversos fatores podem comprometer a segurança e a eficácia da terapêutica, nomeadamente erros na preparação da medicação, utilização inadequada do dispositivo, falhas na higienização do equipamento e ausência de monitorização adequada da resposta terapêutica. Estas situações podem comprometer a eficácia do tratamento e aumentar o risco de eventos adversos, reforçando a importância da adoção de procedimentos padronizados e sustentados na melhor evidência disponível (JBI, 2024; O'Malley, 2015).

A higienização e manutenção adequadas dos dispositivos de nebulização assumem particular relevância, uma vez que a sua utilização repetida sem limpeza apropriada pode favorecer a contaminação microbológica e aumentar o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde (O'Malley, 2015). Do mesmo modo, a correta verificação da validade dos medicamentos e o cumprimento das recomendações relativas à preparação e administração da terapêutica constituem medidas fundamentais para garantir a eficácia do tratamento e prevenir eventos adversos (DGS, 2013; JBI, 2024).

A segurança do paciente na administração da terapia inalatória envolve igualmente o cumprimento dos princípios gerais de segurança medicamentosa. Neste âmbito, a correta identificação do paciente, a conferência da prescrição terapêutica, a verificação da validade dos medicamentos e o cumprimento das recomendações relativas à preparação e administração da terapêutica constituem etapas fundamentais para prevenir erros de medicação e garantir a eficácia do tratamento (JBI, 2024; OMS, 2021).

A identificação adequada dos medicamentos preparados e o respeito pela sequência de administração prescrita assumem particular relevância quando são administrados múltiplos fármacos por nebulização. A literatura refere que a ordem de administração pode influenciar a eficácia terapêutica, sendo geralmente recomendado que os broncodilatadores sejam administrados antes de outros medicamentos inalados, de forma a promover a dilatação das vias aéreas e otimizar a deposição pulmonar dos fármacos administrados posteriormente, nomeadamente mucolíticos quando prescritos e corticosteroides inalados ou outros fármacos específicos (JBI, 2024; Lavorini et al., 2014).

Paralelamente, a higiene das mãos antes da preparação e após a administração da terapêutica constitui uma medida essencial na prevenção da transmissão de microrganismos e das infeções

associadas aos cuidados de saúde, sendo considerada uma das intervenções mais eficazes na promoção da segurança do paciente (OMS, 2009; OMS, 2021).

Adicionalmente, a utilização de oxigénio durante o processo de nebulização exige a adoção de medidas específicas de segurança, nomeadamente a prevenção de riscos de incêndio e a sensibilização para a utilização de equipamentos elétricos no ambiente envolvente. Embora estes riscos sejam pouco frequentes, a sua prevenção integra as boas práticas recomendadas para a administração segura da terapêutica inalatória (DGS, 2013; JBI, 2024).

A segurança do paciente está igualmente relacionada com a componente educativa, sendo fundamental garantir que o paciente compreende o procedimento e colabora de forma adequada sempre que possível. A explicação do procedimento, a promoção da adesão terapêutica e a monitorização contínua da resposta clínica constituem intervenções fundamentais para a obtenção de ganhos em saúde e para a redução do risco de complicações associadas à terapêutica (JBI, 2024; Lavorini et al., 2014).

Neste contexto, a prática de enfermagem deve ser sustentada nos princípios da prática baseada na evidência, integrando as melhores recomendações disponíveis com a experiência clínica e as características do paciente. A adoção de protocolos e normas orientadoras contribui para a redução da variabilidade da prática, promovendo cuidados mais seguros, eficazes e de maior qualidade (Melnyk & Fineout-Overholt, 2023).

Assim, o enfermeiro assume um papel determinante na promoção da qualidade dos cuidados em terapia inalatória, sendo um agente central na implementação de boas práticas e na melhoria contínua dos resultados em saúde (Melnyk & Fineout-Overholt, 2023; ICN, 2021).

2.7 PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA E JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI)

A prática baseada na evidência (PBE) constitui um modelo fundamental na prestação de cuidados de saúde, integrando a melhor evidência científica disponível, a experiência clínica dos profissionais e as preferências e necessidades do paciente. Este modelo tem como objetivo garantir cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa, promovendo melhores resultados em saúde (Melnyk & Fineout-Overholt, 2023).

No entanto, a existência de evidência científica não garante, por si só, a sua aplicação na prática clínica. Diversos estudos evidenciam a existência de uma lacuna entre o conhecimento produzido e a sua implementação nos contextos assistenciais, o que pode resultar em variabilidade de práticas

e comprometer a qualidade dos cuidados (Aromataris & Munn, 2020; Melnyk & Fineout-Overholt, 2023).

Neste contexto, o JBI assume um papel de destaque enquanto organização internacional dedicada à produção, síntese e implementação de evidência em saúde. Para além da elaboração de sumários de evidência, o JBI desenvolveu um modelo estruturado de implementação que visa facilitar a tradução do conhecimento científico para a prática clínica (Aromataris & Munn, 2020).

O modelo de implementação do JBI baseia-se numa abordagem sistemática que inclui a identificação de áreas de melhoria, o envolvimento dos agentes da mudança, a avaliação do contexto e preparação para a mudança, as auditorias da prática clínica (linha de base), a implementação da mudança, nomeadamente através da metodologia *Getting Research into Practice (GRiP)*, a reavaliação da prática clínica e a sustentabilidade da prática. Este ciclo permite não só identificar lacunas entre a prática e a evidência, mas também implementar intervenções dirigidas e avaliar o seu impacto ao longo do tempo (Munn et al., 2018).

A utilização de auditorias clínicas constitui um elemento central deste modelo, permitindo a monitorização objetiva da prática e a identificação de não conformidades. A associação entre auditoria, feedback estruturado e envolvimento dos profissionais facilita a adoção de mudanças sustentadas e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Munn et al., 2018).

Neste âmbito, a aplicação do modelo JBI em contexto clínico real revela-se particularmente importante, uma vez que promove a participação ativa dos profissionais de saúde, valoriza o contexto organizacional e potencia a implementação de estratégias adaptadas à realidade local (Aromataris & Munn, 2020).

Assim, a prática baseada na evidência, suportada por modelos estruturados como o do JBI, constitui uma ferramenta essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, permitindo reduzir a variabilidade da prática, aumentar a segurança do paciente e promover a excelência clínica (Aromataris & Munn, 2020; Melnyk & Fineout-Overholt, 2023).

2.8 SÍNTESE INTEGRADORA DO ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A análise da literatura evidencia que as doenças respiratórias representam uma elevada carga para os sistemas de saúde, exigindo intervenções terapêuticas eficazes e seguras (DGS, 2022; OMS, 2021). Neste contexto, a terapia inalatória assume um papel central no tratamento destas patologias, sendo a via de administração preferencial, particularmente em contexto hospitalar (DGS, 2013).

Os sistemas de nebulização, amplamente utilizados em pacientes com compromisso respiratório ou incapacidade de utilização de dispositivos portáteis, apresentam vantagens clínicas relevantes. Contudo, a sua eficácia depende da correta execução técnica, da adequada manutenção dos dispositivos e da adesão a boas práticas baseadas na evidência (JBI, 2024; Lavorini et al., 2014).

O enfermeiro assume um papel determinante neste processo, sendo responsável pela preparação, administração, monitorização e educação do paciente, influenciando diretamente a eficácia terapêutica e a segurança dos cuidados. A variabilidade da prática clínica, evidenciada na literatura, reforça a necessidade de implementação de estratégias que promovam a uniformização dos cuidados (JBI, 2024).

Neste âmbito, a PBE, sustentada por modelos estruturados como o do JBI, constitui uma abordagem fundamental para reduzir a lacuna entre evidência e prática clínica. A utilização de auditorias clínicas, associada à implementação de estratégias de melhoria e reavaliação dos resultados, permite promover mudanças sustentadas e melhorar a qualidade dos cuidados (Aromataris & Munn, 2020; Munn et al., 2018).

Assim, a implementação de boas práticas na administração de terapia inalatória com nebulizador em contexto hospitalar emerge como uma necessidade clínica e organizacional, justificando o desenvolvimento do presente projeto de implementação de evidência.

3. METODOLOGIA E IMPLEMENTAÇÃO DA EVIDÊNCIA (JBI)

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente trabalho corresponde a um projeto de implementação de boas práticas em enfermagem, sustentado na abordagem metodológica do JBI orientada para a tradução da evidência científica para a prática clínica (Aromataris & Munn, 2020; Munn et al., 2018).

Este tipo de estudo enquadrou-se na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, recorrendo à identificação de áreas de melhoria, ao envolvimento dos agentes da mudança, à avaliação do contexto e preparação para a mudança, às auditorias da prática clínica (linha de base), à implementação da mudança, nomeadamente através da metodologia *GRiP*, à reavaliação da prática clínica e à sustentabilidade da prática.

A opção por esta metodologia justificou-se pela sua aplicabilidade em contexto real de cuidados, permitindo avaliar a prática existente, implementar mudanças, se necessário e sustentar essas mudanças baseadas na melhor evidência disponível.

3.2 OBJETIVOS DO ESTUDO

3.2.1 Objetivo Geral

Promover a prática da administração de terapia inalatória com nebulizador, em contexto de internamento hospitalar, com base nos sumários de evidência do JBI.

3.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o nível atual de cuidados de administração de terapia inalatória com nebulizador, num serviço de internamento hospitalar;
- Aumentar a consciencialização e o conhecimento da equipa de enfermagem sobre os melhores cuidados de administração de terapia inalatória com nebulizador;
- Aumentar a adesão às melhores práticas relacionadas com a administração de terapia inalatória com nebulizador;
- Aumentar a segurança dos pacientes com terapia inalatória com nebulizador.

3.3 CONTEXTO DO ESTUDO

O projeto foi desenvolvido num serviço de internamento de uma unidade local de saúde do Norte de Portugal, um contexto de internamento hospitalar com elevada prevalência de patologia respiratória aguda e crónica.

Este serviço constituiu um cenário particularmente relevante para a implementação de boas práticas na terapia inalatória com nebulizador, dado o elevado número de pacientes com necessidade de suporte respiratório e administração de terapia inalatória.

3.4 POPULAÇÃO-ALVO

A população-alvo do estudo foi constituída pelos enfermeiros em exercício de funções no referido serviço de internamento.

No âmbito das auditorias clínicas, a avaliação da prática profissional foi realizada através da observação direta de procedimentos de administração de terapia inalatória com nebulizador. Foram efetuadas 30 observações na auditoria clínica de base e 30 observações na auditoria clínica de reavaliação, correspondendo cada observação a um procedimento realizado por um enfermeiro do serviço. A seleção das observações foi efetuada de acordo com as oportunidades de observação existentes durante os períodos definidos para a recolha de dados.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram definidos os seguintes critérios:

Critérios de inclusão:

- Todos os enfermeiros em exercício de funções no referido serviço.

Critérios de exclusão:

- Enfermeiros em regime de prestação pontual de cuidados ou partilha de serviço (turnos ocasionais), uma vez que não asseguravam continuidade suficiente de prática para avaliação consistente.

3.6 REFERENCIAL METODOLÓGICO: JOANNA BRIGGS INSTITUTE

A implementação do projeto seguiu o modelo do JBI para implementação de evidência, estruturado em sete fases sequenciais, que permitiram a identificação de problemas na prática clínica, a implementação de melhorias e a avaliação do impacto das mudanças introduzidas.

Este modelo é amplamente utilizado em contexto de melhoria da qualidade em saúde, sendo particularmente eficaz na redução da lacuna entre a evidência científica e a prática clínica (Aromataris & Munn, 2020; Munn et al., 2018).

3.7 FASES DE IMPLEMENTAÇÃO DA EVIDÊNCIA

Fase 1: Identificação da área de melhoria

A necessidade de intervenção emergiu da prática clínica em contexto hospitalar, no âmbito da formação académica do investigador principal no Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

A utilização da terapia inalatória com nebulizador revelou variabilidade na prática de enfermagem, nomeadamente na preparação, administração e manutenção dos dispositivos, justificando a necessidade de uniformização baseada em evidência científica.

Após identificação da problemática, foi contactado o enfermeiro gestor do serviço, que reconheceu a pertinência do projeto e autorizou a sua implementação.

Fase 2: Envolvimento dos agentes de mudança

A equipa do projeto foi constituída pela Orientadora da Instituição de Ensino, pelo Mestrando (Investigador Principal), pelo Gestor do Serviço e por dois profissionais do serviço com responsabilidade na melhoria da qualidade dos cuidados.

A sua participação assegurou a implementação colaborativa das mudanças e a sustentabilidade das práticas introduzidas.

Fase 3: Avaliação do contexto e preparação para a mudança

Nesta fase foi realizada uma análise do contexto organizacional, com o objetivo de avaliar a disponibilidade da equipa de enfermagem para a mudança, bem como identificar potenciais barreiras e facilitadores à implementação das boas práticas.

Fase 4: Auditoria da prática clínica (linha de base)

Foi realizada uma auditoria clínica inicial com base em critérios derivados da evidência científica, com o objetivo de avaliar a prática atual relativamente à administração da terapia inalatória com nebulizador.

A recolha de dados foi realizada entre 24 de novembro de 2025 e 13 de janeiro de 2026 através de observação direta da prática clínica, com um total de 30 observações.

Os resultados permitiram identificar o grau de conformidade com as boas práticas recomendadas pela evidência.

Fase 5: Implementação da mudança: *Getting Research into Practice (GRiP)*

Com base nos resultados da auditoria clínica de base, foi desenvolvido um processo de implementação da evidência orientado pela metodologia *GRiP* (Munn et al., 2018). Esta fase incluiu a apresentação dos resultados à equipa de enfermagem, a divulgação e discussão das recomendações constantes do Sumário de Evidência do JBI e a identificação participada de fatores que poderiam influenciar a implementação das boas práticas.

Este processo integrou:

- Feedback estruturado à equipa de enfermagem sobre os resultados da auditoria clínica de base;
- Divulgação e discussão das recomendações baseadas na evidência relativas à administração de terapia inalatória com nebulizador;
- Identificação, pelos enfermeiros do serviço, de fatores de barreira, constrangimentos organizacionais, recursos necessários e fatores facilitadores da implementação da evidência;
- Definição conjunta de estratégias de melhoria orientadas para a consolidação das boas práticas.

O objetivo desta fase consistiu em promover a consciencialização dos profissionais, estimular a reflexão crítica sobre a prática clínica e criar condições facilitadoras para a implementação e sustentabilidade da prática baseada na evidência.

Fase 6: Reavaliação da prática clínica

Decorridos dois meses após a auditoria clínica de base e após o desenvolvimento das atividades de feedback, sensibilização e reflexão sobre a prática clínica, foi realizada uma segunda auditoria clínica que decorreu entre 13 de abril e 31 de maio de 2026, utilizando metodologia idêntica à da auditoria inicial e envolvendo igualmente 30 observações.

Esta reavaliação permitiu comparar os níveis de conformidade observados nos dois momentos de auditoria e avaliar a evolução da prática clínica relativamente às recomendações baseadas na evidência.

Fase 7: Sustentabilidade da prática

Com base nos resultados da auditoria clínica de reavaliação, foi identificada a necessidade de assegurar a sustentabilidade das melhorias observadas, promovendo a sua integração na prática clínica diária e prevenindo o retorno a padrões de prática menos consistentes com a evidência disponível.

Neste sentido, durante a análise dos resultados realizada com o enfermeiro gestor e com a enfermeira responsável pela formação em serviço, foi reconhecida a importância de dar continuidade às estratégias de melhoria iniciadas no âmbito do projeto. Entre as medidas consideradas prioritárias destacam-se a elaboração e divulgação de documentação orientadora relativa à administração da terapêutica inalatória com nebulizador, a integração desta temática no plano de formação em serviço e a realização de auditorias periódicas que permitam monitorizar a manutenção dos níveis de conformidade alcançados.

Foi igualmente reconhecida a importância da monitorização contínua dos indicadores de qualidade relacionados com a segurança do paciente, a técnica da terapia inalatória e a componente educativa do procedimento, permitindo identificar precocemente eventuais desvios às boas práticas e implementar medidas corretivas sempre que necessário.

Estas estratégias foram entendidas como medidas potenciadoras da consolidação e sustentabilidade das boas práticas, contribuindo para a manutenção de uma cultura de qualidade e de prática baseada na evidência no contexto do serviço.

3.8 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi realizada através de uma *checklist* de auditoria clínica construída com base em recomendações da evidência científica e dos sumários de evidência do JBI (JBI, 2024). A *checklist* avaliou critérios organizados em três dimensões:

Segurança do Paciente

- Confere a prescrição terapêutica;
- Verifica a data de validade do(s) medicamento(s);
- Reúne material necessário (nebulizador, EPI, etc.);
- Lava as mãos antes de preparar a medicação;
- Prepara a medicação, garantindo a diluição recomendada;
- Identifica o(s) medicamento(s) com o nome do paciente;

- Identifica o(s) medicamento(s) por ordem de administração;
- Confere a identificação do paciente;
- Explica o procedimento ao paciente;
- Posiciona o paciente sentado ou em posição confortável;
- Garante a limpeza e higienização correta do nebulizador após o uso;
- Garante o armazenamento adequado dos componentes do nebulizador;
- Adverte para o uso de aparelhos elétricos próximos;
- Avalia risco de incêndio em ambiente com O₂ elevado.

Técnica da terapia inalatória, por nebulizador

- Prepara o nebulizador e garante fluxo recomendado de O₂ (6 a 8 l/min);
- Confirma a emissão de névoa pela máscara;
- Coloca a máscara no paciente;
- Ensina o paciente sobre respiração adequada durante a nebulização;
- Cumpre com o tempo recomendado de nebulização (5 a 10 min);
- Cumpre com a ordem correta de administração dos medicamentos prescritos;
- Retira máscara e desliga fluxo de O₂, quando aplicável;
- Lava as mãos no final do procedimento;

Continuidade de Cuidados

- Regista no processo clínico a terapêutica administrada;
- Regista no processo clínico a adesão do paciente à terapia inalatória;
- Regista no processo clínico efeitos secundários observados.

A *checklist* foi aplicada através de observação direta da prática clínica, nos momentos de auditoria e reauditoria, permitindo uma avaliação objetiva do grau de conformidade com as recomendações baseadas na evidência.

3.9 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados recolhidos foram tratados de forma quantitativa, através da análise da percentagem de conformidade com os critérios definidos na *checklist* de auditoria. Para o tratamento e organização dos dados foi utilizado o software Microsoft Excel®, permitindo o cálculo das frequências absolutas e relativas e a apresentação dos resultados sob a forma de quadros e gráficos.

Foram comparados os resultados da auditoria inicial e da auditoria de reavaliação, permitindo avaliar o impacto das intervenções implementadas.

3.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi conduzido respeitando os princípios éticos da investigação em saúde, nomeadamente o respeito pela confidencialidade, anonimização dos dados e transparência com a equipa de enfermagem.

O projeto obteve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da instituição onde foi desenvolvido (Parecer n.º 34/2025), bem como autorização do respetivo Conselho de Administração para a sua realização (Deliberação tomada na ata nº 765 de 13 de novembro de 2025).

Não foram recolhidos dados pessoais identificáveis dos profissionais garantindo-se a irreversível anonimização da informação.

Tratando-se de um projeto de implementação de boas práticas, baseado na observação da prática clínica habitual e sem intervenção direta sobre os participantes, não foi considerado necessário o consentimento informado individual, assegurando-se, contudo, a informação prévia e o conhecimento da equipa de enfermagem relativamente aos objetivos e procedimentos do estudo.

4. RESULTADOS

4.1 AUDITORIA CLÍNICA DE BASE

4.1.1 Enquadramento e caracterização

A auditoria clínica de base foi realizada com o objetivo de caracterizar a prática atual da equipa de enfermagem relativamente à administração de terapia inalatória com nebulizador, em contexto de internamento hospitalar, antes da implementação de estratégias de melhoria baseadas na evidência.

A recolha de dados decorreu entre 24 de novembro de 2025 e 13 de janeiro de 2026, através de observação direta da prática clínica, utilizando uma *checklist* de auditoria previamente elaborada com base nos critérios de evidência definidos pelo JBI (JBI, 2024).

Foram efetuadas 30 observações, correspondendo cada observação a um procedimento de administração de terapia inalatória com nebulizador. Os critérios avaliados foram organizados em três dimensões fundamentais: Segurança do paciente, Técnica da terapia inalatória com nebulizador e Continuidade de cuidados, permitindo uma avaliação sistemática da conformidade da prática clínica face às recomendações baseadas na evidência.

Os resultados foram registados de acordo com as categorias “Sim”, “Não”, “Não aplicável (N/A)” e “Sem registo (S/R)”, sendo posteriormente analisados em termos de frequência absoluta (n) e percentagem (%), de forma a determinar o grau de conformidade da prática de enfermagem relativamente a cada critério avaliado.

4.1.2 Resultados da auditoria clínica de base

Os resultados da auditoria clínica de base, relativos à avaliação da prática de enfermagem na administração de terapia inalatória com nebulizador, são apresentados de seguida, organizados de acordo com os três critérios definidos: Segurança do paciente, Técnica da terapia inalatória e Continuidade de cuidados.

4.1.2.1 Critério 1 – Segurança do paciente

De forma global, observaram-se elevadas taxas de conformidade em vários indicadores críticos de segurança, nomeadamente na conferência da prescrição terapêutica, na preparação da medicação com diluição adequada e na avaliação do risco de incêndio em ambiente com oxigénio elevado, todos com uma taxa de conformidade de 100%.

Adicionalmente, observou-se elevada adesão na reunião do material necessário (97%), na advertência para o uso de aparelhos elétricos próximos (97%), bem como na posição adequada do paciente durante o procedimento (90%).

Os indicadores com menores taxas de conformidade foram a verificação da validade dos medicamentos (57%), a higienização do nebulizador após utilização (67%) e o armazenamento adequado dos seus componentes (73%). A higienização das mãos antes da preparação da medicação apresentou uma conformidade de 73%.

A explicação do procedimento ao paciente apresentou uma conformidade de 77%, enquanto a identificação dos medicamentos com o nome do paciente atingiu 87%.

Os resultados relativos ao critério “Segurança do paciente” encontram-se apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Resultados da auditoria de base relativos ao Critério 1: Segurança do paciente (n=30)

Critério 1 - Segurança do Paciente	Sim		Não		N/A		S/R	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Confere a prescrição terapêutica	30	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Verifica a data de validade do(s) medicamento(s)	17	57%	13	43%	0	0%	0	0%
Reúne material necessário (nebulizador, EPI, etc)	29	97%	1	3%	0	0%	0	0%
Lava as mãos antes de preparar a medicação	22	73%	8	27%	0	0%	0	0%
Prepara a medicação, garantindo a diluição recomendada	30	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Identifica o(s) medicamento(s) com o nome do paciente	26	87%	4	13%	0	0%	0	0%
Identifica o(s) medicamento(s) por ordem de administração	25	83%	3	10%	2	7%	0	0%
Confere a identificação do paciente	26	87%	4	13%	0	0%	0	0%
Explica o procedimento ao paciente	23	77%	7	23%	0	0%	0	0%
Posiciona o paciente sentado ou em posição confortável	27	90%	3	10%	0	0%	0	0%
Garante a limpeza e higienização correta do nebulizador após o uso	20	67%	10	33%	0	0%	0	0%
Garante o armazenamento adequado dos componentes do nebulizador	22	73%	8	27%	0	0%	0	0%
Adverte para o uso de aparelhos elétricos próximos	29	97%	1	3%	0	0%	0	0%
Avalia risco de incêndio em ambiente com O2 elevado	30	100%	0	0%	0	0%	0	0%

4.1.2.2 Critério 2 – Técnica da terapia inalatória com nebulizador

Os indicadores relacionados com a execução técnica do procedimento apresentaram conformidades de 100% na confirmação da emissão de névoa pela máscara e na colocação da máscara no paciente, e de 97% na preparação do nebulizador com fluxo de oxigénio adequado.

Também se observaram níveis elevados de conformidade no cumprimento do tempo recomendado de nebulização (87%), na ordem correta de administração dos medicamentos (90%) e na remoção da máscara com interrupção do fluxo de oxigénio (93%), quando aplicável.

O indicador relativo ao ensino ao paciente sobre a respiração adequada durante a nebulização apresentou uma taxa de conformidade de 36%, sendo ainda de referir a existência de 27% de situações classificadas como não aplicáveis.

A higienização das mãos no final do procedimento apresentou uma conformidade de 93%.

Os resultados referentes ao critério “Técnica da terapia inalatória com nebulizador” encontram-se descritos no Quadro 2.

Quadro 2 - Resultados da auditoria de base relativos ao Critério 2: Técnica da terapia inalatória, por nebulizador (n=30)

Critério 2 - Técnica da terapia inalatória, por nebulizador	Sim		Não		N/A		S/R	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Prepara o nebulizador e garante fluxo recomendado de O ₂ (6 a 8 l/min)	29	97%	1	3%	0	0%	0	0%
Confirma a emissão de névoa pela máscara	30	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Coloca a máscara no paciente	30	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Ensina o paciente sobre respiração adequada durante a nebulização	11	36%	11	36%	8	27%	0	0%
Cumprir com o tempo recomendado de nebulização (5 a 10 min)	26	87%	4	13%	0	0%	0	0%
Cumprir com a ordem correta de administração dos medicamentos prescritos	27	90%	2	7%	1	3%	0	0%
Retira máscara e desliga fluxo de O ₂ , quando aplicável	28	93%	0	0%	0	0%	2	7%
Lava as mãos no final do procedimento	28	93%	2	7%	0	0%	0	0%

4.1.2.3 Critério 3 – Continuidade de cuidados

Neste domínio, observou-se conformidade de 100% em todos os indicadores avaliados, nomeadamente no registo da terapêutica administrada, na documentação da adesão ou não adesão do paciente à terapia inalatória e no registo de efeitos secundários quando observados.

Os resultados relativos ao critério “Continuidade de cuidados” encontram-se apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 - Resultados da auditoria clínica de base relativos ao Critério 3: Continuidade de cuidados (n=30)

Critério 3 - Continuidade de Cuidados	Sim		Não		N/A		S/R	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Regista no processo clínico a terapêutica administrada	30	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Regista no processo clínico a adesão do paciente à terapia inalatória	30	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Regista no processo clínico efeitos secundários observados	30	100%	0	0%	0	0%	0	0%

4.1.2.4 Síntese global dos resultados da auditoria clínica de base

De forma global, os resultados da auditoria clínica de base evidenciaram elevadas taxas de conformidade em diversos indicadores relacionados com a execução técnica do procedimento e com a documentação dos cuidados prestados.

Os indicadores que apresentaram menores taxas de conformidade incluíram a verificação da validade dos medicamentos, a higienização e armazenamento dos componentes do nebulizador e o ensino ao paciente sobre a respiração adequada durante a nebulização.

Os resultados obtidos permitiram identificar áreas prioritárias para o processo de implementação da evidência.

4.2 DIAGNÓSTICO DO CONTEXTO: BARREIRAS, CONSTRANGIMENTOS, RECURSOS E FATORES FACILITADORES

Após a realização da auditoria clínica de base, os resultados obtidos foram apresentados à equipa de enfermagem do serviço, em reunião mensal realizada no dia 24 de fevereiro de 2026, com o objetivo de promover a reflexão sobre a prática clínica e envolver os profissionais no processo de melhoria.

Considerando o tempo limitado da reunião, foi distribuído a cada enfermeiro uma grelha estruturada, que permitiu a identificação dos principais fatores barreira, constrangimentos organizacionais, limitações de recursos e fatores facilitadores, bem como das estratégias sugeridas para a melhoria da prática clínica.

A grelha garantiu o anonimato dos participantes, de forma a promover a liberdade de expressão e a obtenção de respostas mais fidedignas. Após o seu preenchimento, as folhas foram recolhidas e analisadas, permitindo conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente aos resultados da auditoria clínica de base e aos fatores que influenciam a prática da terapia inalatória com nebulizador.

4.2.1 Fatores Barreira

Relativamente aos fatores barreira, destacou-se como principal dificuldade a falta de adesão/colaboração do paciente (n=17), evidenciando que a participação ativa do paciente constitui um elemento determinante para a correta execução da terapia inalatória.

O estado confusional dos pacientes (n=4) foi igualmente identificado como um fator relevante, refletindo o impacto das alterações cognitivas na realização segura e eficaz do procedimento.

Foram ainda referidas limitações de natureza organizacional e estrutural, nomeadamente a falta de material (n=4) e a escassez de recursos humanos (n=2). De forma menos expressiva, foi identificada a falta de conhecimento atualizado sobre nebulização (n=1), sugerindo necessidade de reforço formativo em alguns elementos da equipa.

4.2.1.1 Estratégias associadas aos fatores barreira

No que se refere às estratégias sugeridas para ultrapassar os fatores barreira, destacou-se de forma expressiva o aumento de recursos humanos (n=14), evidenciando a percepção transversal da equipa relativamente à insuficiência de profissionais como condicionante da qualidade dos cuidados.

O reforço da formação e dos ensinamentos (n=7) foi igualmente apontado como estratégia prioritária, reforçando a importância da atualização de conhecimentos e da uniformização de práticas.

Foram ainda sugeridas estratégias dirigidas à adaptação do procedimento a pacientes não colaborantes, nomeadamente a substituição da inaloterapia por dispositivos pressurizados (n=2) e a utilização de câmara expansora (n=5).

De forma complementar, foram referidas medidas estruturais, como a criação de protocolo institucional (n=1) e a presença de um elemento de reabilitação adicional na prestação de cuidados (n=2).

4.2.2 Fatores de constrangimento organizacional

Relativamente aos constrangimentos organizacionais, a ocorrência de interrupções frequentes durante o procedimento (n=11) foi o fator mais referido, podendo comprometer a continuidade e a qualidade da intervenção.

A falta de tempo no turno (n=6) e a elevada carga de trabalho (n=6) foram igualmente identificadas como condicionantes relevantes, evidenciando o impacto da sobrecarga assistencial na execução rigorosa dos cuidados.

Outros fatores mencionados incluíram a sobreposição dos horários da terapêutica com as refeições (n=4), o espaço físico limitado (n=1) e a especificidade dos cuidados no turno da manhã (n=2), refletindo a influência do contexto organizacional e logístico na prática clínica.

4.2.2.1 Estratégias face aos constrangimentos organizacionais

As estratégias propostas para minimizar os constrangimentos organizacionais reforçam, novamente, o aumento de recursos humanos (n=14) como principal medida.

Foram também sugeridas intervenções organizacionais, como o estabelecimento de tempo exclusivo para preparação da terapêutica (n=3), o aumento de recursos materiais (n=3) e a adequação dos horários das prescrições (n=2).

Outras estratégias incluíram a melhoria do planeamento dos cuidados (n=1) e a criação de momentos específicos de educação para a saúde (n=1), evidenciando a importância da organização e da componente educativa na melhoria da prática.

4.2.3 Fatores relacionados com recursos

No que diz respeito aos recursos, destacou-se a falta de material (n=14) como o principal fator limitante, interferindo diretamente com a execução do procedimento.

Foram também identificados problemas relacionados com a falta de espaço adequado para armazenamento (n=6) e com a existência de material avariado (n=4).

A ausência de protocolos clínicos (n=1) foi igualmente referida, sugerindo que a falta de orientação formal pode contribuir para a variabilidade da prática.

4.2.3.1 Estratégias para melhoria dos recursos

As estratégias propostas nesta dimensão centraram-se essencialmente na otimização da gestão de recursos, destacando-se o reforço do stock (n=11) e a garantia de manutenção e substituição de material (n=7).

O aumento de recursos humanos (n=7) foi novamente identificado como fator essencial, sendo ainda sugerida a promoção da colaboração entre a equipa (n=1).

4.2.4 Fatores facilitadores

Relativamente aos fatores facilitadores, destacou-se a formação em serviço (n=15) como o principal elemento potenciador da melhoria da prática clínica.

A existência de protocolos atualizados (n=6) foi igualmente reconhecida como facilitadora da padronização dos cuidados. Foram ainda referidos fatores relacionados com o ambiente organizacional, como a cultura de proximidade e segurança (n=2).

O papel do EEER (n=1) foi identificado como facilitador da aprendizagem e desenvolvimento de competências na equipa.

4.2.4.1 Estratégias para reforço dos fatores facilitadores

As estratégias propostas para potenciar os fatores facilitadores incluem, novamente, o aumento de recursos humanos (n=13), bem como o reforço da formação em serviço (n=5) e o incentivo à formação (n=1).

Foi ainda sugerida a presença de um elemento de reabilitação adicional (n=2) como suporte à melhoria da prática clínica.

4.2.5 Síntese global do diagnóstico do contexto

De forma global, os resultados evidenciam que a prática da terapia inalatória com nebulizador é influenciada por fatores relacionados com o paciente, com a organização do trabalho e com a disponibilidade de recursos.

Destacam-se como principais condicionantes a falta de adesão do paciente, as interrupções frequentes, a sobrecarga de trabalho, a falta de tempo e a insuficiência de recursos materiais e humanos.

Relativamente às estratégias de melhoria, sobressai de forma transversal o reforço de recursos humanos, associado ao investimento na formação, à melhoria da gestão de materiais e à reorganização dos cuidados.

4.3 ESTRATÉGIAS DELINEADAS NO ÂMBITO DO *GRIP*

Com base nos resultados da auditoria clínica de base e na análise da grelha de recolha de dados aplicados aos enfermeiros relativamente aos fatores de barreira, constrangimentos organizacionais, limitações de recursos e facilitadores da implementação da evidência, foram identificadas oportunidades de melhoria da prática clínica na administração de terapia inalatória com nebulizador.

Os resultados da auditoria clínica de base foram apresentados à equipa de enfermagem do serviço em reunião realizada no dia 24 de fevereiro de 2026. Nesta sessão foram igualmente divulgadas e discutidas as recomendações constantes do Sumário de Evidência do JBI relativas à administração de terapia inalatória com nebulizador. Este momento permitiu promover a reflexão crítica sobre a prática clínica, sensibilizar os profissionais para as áreas de melhoria identificadas e reforçar a importância da adoção de práticas baseadas na evidência.

Posteriormente, os resultados da grelha de recolha de dados aplicados aos enfermeiros foram apresentados e analisados em conjunto com o enfermeiro gestor e a enfermeira auditora do Serviço, tendo sido identificadas estratégias de melhoria alinhadas com a metodologia *GRiP* (Munn et al., 2018). Estas estratégias foram entendidas como medidas potenciadoras da consolidação e sustentabilidade das boas práticas, não constituindo necessariamente intervenções a implementar

no período compreendido entre as duas auditorias, mas antes propostas orientadoras destinadas a apoiar a consolidação das boas práticas e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

4.3.1 Estratégias de capacitação e formação da equipa

Considerando a identificação de lacunas ao nível da componente educativa e a necessidade de uniformização de práticas, foi delineada a implementação futura de uma intervenção formativa dirigida à equipa de enfermagem, a ser calendarizada pelo enfermeiro gestor do serviço, com o objetivo de melhorar a adesão às boas práticas e reduzir a variabilidade na execução técnica, incluindo:

- Sessões de formação em serviço sobre terapia inalatória com nebulizador;
- Revisão das boas práticas baseadas nos sumários de evidência do JBI;
- Demonstração prática da técnica correta;
- Reforço da importância da educação ao paciente durante o procedimento.

4.3.2 Estratégias de padronização da prática clínica

Face à variabilidade identificada na prática, foi reconhecida a necessidade de promover a padronização dos cuidados com o objetivo de garantir consistência na prática clínica e aumentar a segurança do paciente. O enfermeiro gestor e a enfermeira responsável pela formação em serviço consideraram pertinente a elaboração e divulgação de documentação orientadora, a implementar de acordo com a calendarização definida pelo serviço, através da:

- Elaboração e/ou divulgação de um protocolo de serviço;
- Definição de procedimentos standard para:
 - Preparação da terapêutica;
 - Sequência de administração;
 - Higienização do nebulizador;
 - Educação do paciente.

4.3.3 Estratégias de melhoria da organização dos cuidados

Tendo em conta os constrangimentos organizacionais identificados, foram delineadas estratégias com vista à melhoria da gestão do tempo e à redução de interrupções, com o objetivo de otimizar as condições de execução do procedimento e reduzir falhas associadas à sobrecarga de trabalho, nomeadamente:

- Sensibilização para planejamento prévio da terapêutica;
- Incentivo à organização do turno com priorização de cuidados respiratórios;
- Articulação com a equipa para evitar interrupções durante o procedimento;
- Sensibilização para adequação dos horários terapêuticos, quando possível.

4.3.4 Estratégias de otimização de recursos materiais

Considerando as limitações identificadas ao nível dos recursos, foi delineada a implementação de ações de melhoria na gestão de material, com o objetivo de garantir a disponibilidade e funcionalidade dos recursos necessários à prática segura, incluindo:

- Reforço da necessidade de garantir stock adequado de material;
- Sensibilização para manutenção e correta utilização dos dispositivos;
- Organização do espaço de armazenamento de material.

4.3.5 Estratégias centradas no paciente

Atendendo à elevada frequência de fatores relacionados com a não adesão do paciente, foram delineadas estratégias dirigidas à adaptação da intervenção, com o objetivo de aumentar a adesão terapêutica e a eficácia do tratamento, nomeadamente:

- Reforço da comunicação com o paciente;
- Promoção da educação para a saúde durante o procedimento;
- Adaptação da técnica a pacientes não colaborantes.

4.3.6 Envolvimento da equipa e promoção da mudança

Com o objetivo de aumentar o compromisso da equipa e facilitar a sustentabilidade da mudança, foram identificadas ações consideradas importantes para apoiar o processo de implementação da evidência, nomeadamente:

- Feedback dos resultados da auditoria de base à equipa;
- Envolvimento ativo dos enfermeiros no processo de mudança;
- Promoção de reflexão sobre a prática clínica.

4.4 AUDITORIA CLÍNICA DE REAVALIAÇÃO

4.4.1 Enquadramento e caracterização

A auditoria clínica de reavaliação foi realizada com o objetivo de avaliar a evolução da prática clínica após a auditoria de base, a apresentação dos resultados à equipa de enfermagem, a divulgação das recomendações do Sumário de Evidência do JBI e a identificação de estratégias de melhoria no âmbito do *GRiP*.

A recolha de dados decorreu entre os dias 13 de abril e 31 de maio de 2026, correspondendo a um período de aproximadamente três meses após a conclusão da auditoria clínica de base e cerca de dois meses após a apresentação dos respetivos resultados à equipa de enfermagem do serviço.

À semelhança da auditoria inicial, a reavaliação foi realizada através de observação direta da prática clínica, utilizando a mesma *checklist* de auditoria baseada nos critérios de evidência definidos pelo JBI (JBI, 2024). Foram efetuadas 30 observações, permitindo comparar os níveis de conformidade obtidos antes e após o período de implementação das estratégias delineadas.

4.4.2 Resultados da auditoria clínica de reavaliação

Os resultados da auditoria clínica de reavaliação são apresentados de seguida, organizados de acordo com os três critérios definidos na *checklist*: Segurança do paciente, Técnica da terapia inalatória com nebulizador e Continuidade de cuidados.

4.4.2.1 Critério 1 – Segurança do paciente

De forma global, observaram-se conformidades de 100% na conferência da prescrição terapêutica, na reunião do material necessário para a realização do procedimento, na higienização das mãos antes da preparação da medicação e na preparação da terapêutica de acordo com a diluição recomendada.

A identificação dos medicamentos com o nome do paciente, a identificação dos medicamentos por ordem de administração, a conferência da identificação do paciente e o posicionamento adequado do paciente durante o procedimento apresentaram conformidades de 96,7%.

Relativamente à verificação da validade dos medicamentos, observou-se uma conformidade de 70%. A limpeza e higienização correta do nebulizador após a utilização apresentou uma conformidade de 86,7%, enquanto o armazenamento adequado dos seus componentes atingiu 80%.

Nos indicadores relacionados com a segurança associada à utilização de oxigénio, observou-se uma conformidade de 36,7% tanto na advertência para o uso de aparelhos elétricos próximos como na avaliação

do risco de incêndio em ambiente com concentração elevada de oxigénio. Verificou-se ainda que 63,3% das observações foram classificadas como “não aplicável”, não se tendo registado qualquer situação de não conformidade.

A explicação do procedimento ao paciente apresentou uma conformidade de 63,3%.

Os resultados relativos ao critério “Segurança do Paciente” encontram-se apresentados no Quadro 4.

Quadro 4 – Resultados da auditoria clínica de reavaliação relativos ao Critério 1: Segurança do paciente (n=30)

Critério 1 - Segurança do Paciente	Sim		Não		N/A		S/R	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Confere a prescrição terapêutica	30	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Verifica a data de validade do(s) medicamento(s)	21	70%	9	30%	0	0%	0	0%
Reúne material necessário (nebulizador, EPI, etc)	30	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Lava as mãos antes de preparar a medicação	30	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Prepara a medicação, garantindo a diluição recomendada	30	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Identifica o(s) medicamento(s) com o nome do paciente	29	97%	1	3%	0	0%	0	0%
Identifica o(s) medicamento(s) por ordem de administração	29	97%	0	0%	1	3%	0	0%
Confere a identificação do paciente	29	97%	1	3%	0	0%	0	0%
Explica o procedimento ao paciente	19	63%	7	23%	4	13%	0	0%
Posiciona o paciente sentado ou em posição confortável	29	97%	1	3%	0	0%	0	0%
Garante a limpeza e higienização correta do nebulizador após o uso	26	87%	4	13%	0	0%	0	0%
Garante o armazenamento adequado dos componentes do nebulizador	24	80%	6	20%	0	0%	0	0%
Adverte para o uso de aparelhos elétricos próximos	11	37%	0	0%	19	63%	0	0%
Avalia risco de incêndio em ambiente com O2 elevado	11	37%	0	0%	19	63%	0	0%

4.4.2.2 Critério 2 – Técnica da terapia inalatória com nebulizador

Relativamente à técnica da terapia inalatória com nebulizador, observou-se conformidade de 100% na preparação do nebulizador com o fluxo de oxigénio recomendado, na confirmação da emissão de névoa pela máscara, na colocação da máscara no paciente, na remoção da máscara e interrupção do fluxo de oxigénio quando aplicável e na higienização das mãos no final do procedimento.

O cumprimento do tempo recomendado de nebulização apresentou uma conformidade de 90%, enquanto a ordem correta de administração dos medicamentos prescritos atingiu 86,7%.

O ensino ao paciente sobre a respiração adequada durante a nebulização apresentou uma conformidade de 70%.

Os resultados referentes ao critério “Técnica da terapia inalatória com nebulizador” encontram-se apresentados no Quadro 5.

Quadro 5 – Resultados da auditoria clínica de reavaliação relativos ao Critério 2: Técnica da terapia inalatória com nebulizador (n=30)

Critério 2 - Técnica da terapia inalatória, por nebulizador	Sim		Não		N/A		S/R	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Prepara o nebulizador e garante fluxo recomendado de O ₂ (6 a 8 l/min)	30	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Confirma a emissão de névoa pela máscara	30	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Coloca a máscara no paciente	30	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Ensina o paciente sobre respiração adequada durante a nebulização	21	70%	5	17%	4	13%	0	0%
Cumprir com o tempo recomendado de nebulização (5 a 10 min)	27	90%	3	10%	0	0%	0	0%
Cumprir com a ordem correta de administração dos medicamentos prescritos	26	87%	0	0%	4	13%	0	0%
Retira máscara e desliga fluxo de O ₂ , quando aplicável	30	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Lava as mãos no final do procedimento	30	100%	0	0%	0	0%	0	0%

4.4.2.3 Critério 3 – Continuidade de cuidados

Verificou-se conformidade de 100% nos indicadores relativos ao registo da terapêutica administrada e da documentação da adesão ou não adesão do paciente à terapia inalatória.

Relativamente ao registo dos efeitos secundários observados, observou-se uma conformidade de 86,7%, correspondendo os restantes 13,3% a situações classificadas como “não aplicável”.

Os resultados relativos ao critério “Continuidade de cuidados” encontram-se apresentados no Quadro 6.

Quadro 6 – Resultados da auditoria clínica de reavaliação relativos ao Critério 3: Continuidade de cuidados (n=30)

Critério 3 - Continuidade de Cuidados	Sim		Não		N/A		S/R	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Regista no processo clínico a terapêutica administrada	30	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Regista no processo clínico a adesão do paciente à terapia inalatória	30	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Regista no processo clínico efeitos secundários observados	26	87%	0	0%	4	13%	0	0%

4.4.2.4 Síntese global dos resultados da auditoria clínica de reavaliação

De forma global, os resultados da auditoria clínica de reavaliação evidenciaram conformidades de 100% em diversos indicadores relacionados com a segurança do paciente, a execução técnica do procedimento e a documentação dos cuidados prestados.

No critério Segurança do Paciente, observaram-se conformidades de 100% na conferência da prescrição terapêutica, na reunião do material necessário, na higienização das mãos antes da preparação da medicação e na preparação da terapêutica de acordo com a diluição recomendada. A identificação dos medicamentos com o nome do paciente, a identificação dos medicamentos por

ordem de administração, a conferência da identificação do paciente e o posicionamento adequado do paciente apresentaram conformidades de 96,7%.

No critério Técnica da Terapia Inalatória com Nebulizador, observaram-se conformidades de 100% na preparação do nebulizador com o fluxo de oxigénio recomendado, na confirmação da emissão de névoa pela máscara, na colocação da máscara no paciente, na remoção da máscara e interrupção do fluxo de oxigénio quando aplicável e na higienização das mãos no final do procedimento.

No critério Continuidade de Cuidados, verificou-se conformidade de 100% no registo da terapêutica administrada e da adesão ou não adesão do paciente à terapia inalatória.

Os indicadores que apresentaram taxas de conformidade inferiores a 80% foram a verificação da validade dos medicamentos (70%), a explicação do procedimento ao paciente (63,3%) e o ensino ao paciente sobre a respiração adequada durante a nebulização (70%).

4.4.2.5 Comparação global entre a auditoria clínica de base e a auditoria clínica de reavaliação

Com o objetivo de avaliar o impacto das estratégias de melhoria identificadas no âmbito da metodologia GRiP, procedeu-se à comparação dos resultados obtidos na auditoria clínica de base e na auditoria clínica de reavaliação.

De forma global, os resultados evidenciam uma melhoria da prática clínica na administração da terapia inalatória com nebulizador, verificando-se aumento da conformidade na maioria dos indicadores avaliados.

As melhorias mais expressivas observaram-se nos indicadores relacionados com a componente educativa e com a segurança do procedimento. Destaca-se particularmente o indicador “Ensina o paciente sobre a respiração adequada durante a nebulização”, que apresentou um aumento de 33,3 pontos percentuais, passando de 36,7% na auditoria clínica de base para 70,0% na auditoria clínica de reavaliação. Verificou-se igualmente uma melhoria na higienização das mãos antes da preparação da medicação, cuja conformidade aumentou de 73,3% para 100%, bem como na limpeza e higienização do nebulizador após a utilização, que passou de 66,7% para 86,7%.

Observaram-se também melhorias nos indicadores relacionados com a identificação segura do paciente e da terapêutica, nomeadamente na identificação dos medicamentos com o nome do paciente e na confirmação da identificação do paciente antes da administração da terapêutica, ambos com um aumento de 10 pontos percentuais.

Importa, contudo, interpretar com prudência alguns indicadores que aparentemente apresentaram redução da conformidade entre as duas auditorias. Durante a análise dos resultados realizada com a enfermeira auditora do serviço, foi identificado que esta diminuição não correspondeu a um aumento efetivo das não conformidades observadas. Pelo contrário, a auditora referiu que a reflexão realizada após a auditoria clínica de base conduziu a uma interpretação mais rigorosa de alguns critérios de avaliação.

Neste sentido, foi reconhecido que determinadas situações classificadas como “Não” na auditoria clínica de base deveriam, na realidade, ter sido classificadas como “Não Aplicável”, uma vez que os respetivos critérios não se encontravam efetivamente presentes no contexto observado. Esta situação verificou-se particularmente nos indicadores “Explica o procedimento ao paciente”, “Adverte para o uso de aparelhos elétricos próximos”, “Avalia o risco de incêndio em ambiente com concentração elevada de oxigénio” e “Cumpre com a ordem correta de administração dos medicamentos prescritos”.

Assim, a redução aparente da conformidade observada nestes indicadores deve ser interpretada à luz desta reclassificação, refletindo uma maior consistência na aplicação dos critérios de auditoria e não uma deterioração da prática clínica.

O Quadro 7 apresenta a comparação dos níveis de conformidade obtidos entre a auditoria clínica de base e a auditoria clínica de reavaliação relativamente aos 25 indicadores avaliados.

Quadro 7 – Comparação dos níveis de conformidade entre a auditoria clínica de base e a auditoria clínica de reavaliação

Indicador	Auditoria de Base (%)	Auditoria de Reavaliação (%)	Variação (p.p.)
Confere a prescrição terapêutica	100	100	0
Verifica a data de validade do(s) medicamento(s)	56,7	60	3,3
Reúne material necessário (nebulizador, EPI, etc.)	96,7	100	3,3
Lava as mãos antes de preparar a medicação	73,3	100	26,7
Prepara a medicação garantindo a diluição recomendada	100	100	0
Identifica o(s) medicamento(s) com o nome do paciente	86,7	96,7	10
Identifica o(s) medicamento(s) por ordem de administração	83,3	90	6,7
Confere a identificação do paciente	86,7	96,7	10
Explica o procedimento ao paciente	76,7	63,3	-13,4
Posiciona o paciente sentado ou em posição confortável	90	96,7	6,7
Garante a limpeza e higienização correta do nebulizador após o uso	66,7	86,7	20
Garante o armazenamento adequado dos componentes do nebulizador	73,3	80	6,7
Adverte para o uso de aparelhos elétricos próximos	96,7	36,7	-60
Avalia o risco de incêndio em ambiente com O ₂ elevado	100	36,7	-63,3
Prepara o nebulizador e garante fluxo recomendado de O ₂ (6–8 L/min)	96,7	100	3,3
Confirma a emissão de névoa pela máscara	100	100	0
Coloca a máscara no paciente	100	100	0
Ensina o paciente sobre a respiração adequada durante a nebulização	36,7	70	33,3
Cumprir o tempo recomendado de nebulização (5–10 min)	86,7	90	3,3
Cumprir a ordem correta de administração dos medicamentos prescritos	90	86,7	-3,3
Retira a máscara e desliga o fluxo de O ₂ , quando aplicável	93,3	100	6,7
Lava as mãos no final do procedimento	93,3	100	6,7
Regista no processo clínico a terapêutica administrada	100	100	0
Regista no processo clínico a adesão do paciente à terapia inalatória	100	100	0
Regista no processo clínico efeitos secundários observados	100	86,7	-13,3

5. DISCUSSÃO

A implementação de práticas baseadas na evidência constitui um processo dinâmico que visa reduzir a lacuna entre o conhecimento científico disponível e a prática clínica, promovendo cuidados mais seguros, eficazes e centrados na pessoa (Aromataris & Munn, 2020; Melnyk & Fineout-Overholt, 2023). Neste contexto, a presente discussão tem como objetivo analisar criticamente os resultados obtidos após a implementação da evidência, refletindo sobre o seu significado à luz da literatura científica e das recomendações internacionais relativas à terapia inalatória com nebulizador.

Os resultados obtidos evidenciaram melhorias em diversos indicadores relacionados com a segurança do paciente, a técnica da terapia inalatória e a componente educativa do procedimento. Estes resultados encontram-se globalmente alinhados com a evidência científica disponível, que reconhece a auditoria clínica, o feedback aos profissionais, a identificação de barreiras à mudança e o envolvimento das equipas como estratégias facilitadoras da implementação da evidência e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Aromataris & Munn, 2020; JBI, 2024).

5.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente constitui um dos pilares fundamentais da qualidade dos cuidados de saúde, assumindo particular relevância na administração da terapêutica inalatória, onde a correta preparação da medicação, a utilização adequada dos dispositivos e a prevenção de riscos associados ao procedimento são determinantes para a eficácia terapêutica e para a prevenção de eventos adversos (ICN, 2021; JBI, 2024; OMS, 2021).

Os resultados obtidos evidenciam uma evolução globalmente positiva dos indicadores relacionados com a segurança do paciente. Entre a auditoria clínica de base e a auditoria de reavaliação observaram-se melhorias em diversos aspetos considerados essenciais para a prestação de cuidados seguros, nomeadamente na higienização das mãos antes da preparação da medicação, que evoluiu de 73,3% para 100%, na identificação dos medicamentos com o nome do paciente, que aumentou de 86,7% para 96,7%, e na confirmação da identificação do paciente antes da administração da terapêutica, que passou igualmente de 86,7% para 96,7%.

Estes resultados sugerem uma maior sensibilização da equipa para os princípios da segurança do paciente após a apresentação dos resultados da auditoria de base e a reflexão promovida no âmbito do GRiP, encontrando-se em consonância com as recomendações da OMS, que identificam a correta identificação do paciente e a prevenção de erros relacionados com a medicação como

intervenções prioritárias para a redução de incidentes associados aos cuidados de saúde (OMS, 2021). Estes princípios encontram-se igualmente alinhados com as recomendações do JBI para a administração segura da terapêutica inalatória, que enfatizam a necessidade de verificar a prescrição, identificar corretamente o paciente e garantir a preparação adequada da medicação (JBI, 2024)

Particularmente relevante foi a melhoria observada na higienização das mãos antes da preparação da terapêutica. A higiene das mãos é reconhecida como uma das medidas mais eficazes na prevenção da transmissão de microrganismos e na redução das infeções associadas aos cuidados de saúde, constituindo um indicador amplamente utilizado na monitorização da qualidade dos cuidados (OMS, 2009; OMS 2021). A obtenção de uma conformidade de 100% na auditoria de reavaliação sugere uma maior consciencialização dos profissionais relativamente à importância desta prática.

Também os indicadores relacionados com a higienização e armazenamento dos componentes do nebulizador evidenciaram melhorias relevantes. A limpeza e higienização correta do nebulizador após a utilização aumentou de 66,7% para 86,7%, enquanto o armazenamento adequado dos componentes evoluiu de 73,3% para 80,0%. Estes resultados assumem particular importância e encontram-se em consonância com a literatura, que refere que a inadequada manutenção dos dispositivos de nebulização pode favorecer a contaminação microbológica, comprometer a eficácia da terapêutica e aumentar o risco de eventos adversos para o paciente (JBI, 2024; OMS, 2021).

Por outro lado, alguns indicadores apresentaram uma aparente redução da conformidade, nomeadamente a explicação do procedimento ao paciente e os critérios relacionados com a segurança associada à utilização de oxigénio. Contudo, durante a análise dos resultados realizada com a enfermeira auditora do serviço, foi identificado que esta situação esteve sobretudo associada ao aumento do número de observações classificadas como “Não Aplicável”, não refletindo uma deterioração da prática clínica nem um aumento das não conformidades observadas.

A enfermeira auditora referiu que a reflexão realizada após a auditoria clínica de base permitiu uma interpretação mais rigorosa de alguns critérios de avaliação, reconhecendo que determinadas situações inicialmente classificadas como “Não” deveriam, na realidade, ter sido classificadas como “Não Aplicável”. No caso do indicador relativo à explicação do procedimento ao paciente, esta situação ocorreu em observações em que os pacientes apresentavam alterações do estado de consciência ou défices cognitivos que comprometiam a sua capacidade de compreender a informação transmitida. Relativamente aos indicadores associados à utilização de oxigénio, a classificação como “Não Aplicável” esteve relacionada com a inexistência de aparelhos elétricos nas

proximidades do paciente ou com a ausência de situações que justificassem a avaliação do risco de incêndio associado a concentrações elevadas de oxigênio.

Assim, a redução aparente da conformidade observada nestes indicadores deve ser interpretada à luz desta reclassificação dos critérios de auditoria, refletindo uma aplicação mais consistente dos critérios de avaliação e não uma diminuição da qualidade da prática clínica.

De forma global, os resultados obtidos sugerem uma melhoria da adesão da equipa às recomendações relacionadas com a segurança do procedimento, reforçando a importância das estratégias de sensibilização e reflexão implementadas ao longo do projeto.

Estes resultados são consistentes com a evidência que demonstra que intervenções educativas e estratégias de feedback aos profissionais podem melhorar a adesão às práticas seguras relacionadas com a administração da medicação e a prevenção de eventos adversos (Aromataris & Munn, 2020; Melnyk & Fineout-Overholt, 2023).

5.2 TÉCNICA DA TERAPIA INALATÓRIA COM NEBULIZADOR

A correta execução da técnica de administração da terapêutica inalatória constitui um fator determinante para a eficácia do tratamento, influenciando diretamente a deposição pulmonar dos fármacos e, consequentemente, os resultados clínicos obtidos. A literatura evidencia que a utilização inadequada dos dispositivos inalatórios e a execução incorreta da técnica podem comprometer significativamente a eficácia terapêutica, mesmo quando a terapêutica prescrita é adequada, reforçando a importância da monitorização e da educação terapêutica realizadas pelos profissionais de saúde (Lavorini et al., 2014; JBI, 2024).

Os resultados obtidos demonstram que a equipa de enfermagem já apresentava elevados níveis de conformidade na maioria dos indicadores relacionados com a técnica da terapia inalatória na auditoria clínica de base, observando-se a manutenção ou melhoria destes resultados na auditoria de reavaliação. Indicadores como a confirmação da emissão de névoa pela máscara, a colocação correta da máscara no paciente e a preparação do nebulizador com fluxo adequado de oxigênio apresentaram níveis de conformidade de 100% na auditoria de reavaliação, evidenciando uma prática técnica globalmente consistente.

A literatura demonstra que a técnica inalatória inadequada constitui uma das principais causas de ineficácia terapêutica nas doenças respiratórias, mesmo quando a medicação prescrita é adequada, reforçando a importância do ensino sistemático realizado pelos profissionais de saúde (Lavorini et al., 2014; DGS, 2013; JBI, 2024). Neste contexto, a monitorização da técnica e a educação do

paciente assumem-se como componentes essenciais para garantir a eficácia da terapêutica inalatória.

Contudo, o resultado mais relevante desta dimensão foi observado no indicador referente ao ensino ao paciente sobre a respiração adequada durante a nebulização, cuja conformidade aumentou de 36,7% na auditoria de base para 70,0% na auditoria de reavaliação, correspondendo ao maior ganho observado entre todos os indicadores avaliados. Este resultado sugere que as estratégias delineadas no âmbito do *GRIP* contribuíram para uma maior valorização da componente educativa associada ao procedimento.

A educação do paciente constitui um elemento fundamental da terapia inalatória, uma vez que a eficácia do tratamento depende não apenas da administração do fármaco, mas também da forma como o paciente participa no procedimento. A orientação relativa ao padrão respiratório durante a nebulização favorece uma deposição mais eficaz do aerossol no trato respiratório inferior, potenciando o efeito terapêutico dos medicamentos administrados (JBI, 2024; Lavorini et al., 2014). Neste sentido, a melhoria observada sugere uma maior consciencialização dos profissionais relativamente à importância da educação para a saúde e da capacitação do paciente como componentes integrantes dos cuidados de enfermagem (ICN, 2021), encontrando-se em linha com a evidência que identifica a educação do paciente como um elemento essencial para a eficácia da terapêutica inalatória (JBI, 2024; Lavorini et al., 2014).

Este resultado assume particular relevância no contexto da enfermagem de reabilitação, uma vez que a capacitação da pessoa para participar ativamente nos seus cuidados constitui um dos princípios fundamentais da especialidade. Embora a nebulização seja frequentemente percecionada como um procedimento predominantemente técnico, os resultados obtidos demonstram que existe potencial para reforçar a participação do paciente e promover comportamentos facilitadores da eficácia terapêutica.

Relativamente ao cumprimento do tempo recomendado de nebulização e à preparação do nebulizador com fluxo adequado de oxigénio, observaram-se igualmente ligeiras melhorias na auditoria de reavaliação. Embora os valores de conformidade já fossem elevados na auditoria de base, a manutenção destes resultados demonstra consistência da prática clínica e adesão às recomendações baseadas na evidência.

Por sua vez, o indicador relativo ao cumprimento da ordem correta de administração dos medicamentos prescritos apresentou uma ligeira redução da percentagem de conformidade. Contudo, tal como verificado noutros critérios, durante a análise dos resultados realizada com a

enfermeira auditora do serviço foi identificado que esta diferença se encontrava associada ao aumento do número de situações classificadas como “Não Aplicável”, não traduzindo uma diminuição da qualidade da prática clínica.

De acordo com a enfermeira auditora, em algumas das observações realizadas encontrava-se prescrito apenas um medicamento para administração por nebulização, situação em que não existia necessidade de cumprir qualquer sequência específica de administração. Nestes casos, foi reconhecido que a classificação mais adequada correspondia a “Não Aplicável” e não a “Não”, contribuindo para o aumento desta categoria na auditoria clínica de reavaliação.

Assim, a redução aparente da conformidade observada neste indicador deve ser interpretada à luz da aplicação mais rigorosa dos critérios de auditoria e não como reflexo de uma deterioração da prática clínica.

De forma global, os resultados desta dimensão evidenciam que a equipa de enfermagem apresentava já uma adequada execução técnica do procedimento, verificando-se, após a implementação das estratégias delineadas, uma melhoria particularmente significativa na componente educativa da intervenção. Este aspeto reforça a importância do envolvimento dos profissionais no processo de reflexão sobre a prática clínica e demonstra o potencial das estratégias de implementação da evidência na promoção de cuidados mais completos e centrados na pessoa.

5.3 CONTINUIDADE DE CUIDADOS

A continuidade de cuidados constitui uma dimensão fundamental da qualidade dos cuidados de enfermagem, permitindo assegurar a comunicação eficaz entre profissionais, a monitorização da evolução clínica da pessoa e a tomada de decisão baseada em informação rigorosa e atualizada. O registo sistemático das intervenções realizadas e da resposta do paciente aos cuidados prestados representa, assim, um elemento essencial para a segurança do paciente, para a continuidade assistencial e para a visibilidade dos cuidados de enfermagem (ICN, 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Verificou-se conformidade total no registo da terapêutica administrada e da documentação da adesão ou não adesão do paciente à terapia inalatória. Relativamente ao registo dos efeitos secundários observados, observou-se uma elevada taxa de conformidade, sendo as restantes situações classificadas como 'Não Aplicável'. Durante a análise dos resultados realizada com a enfermeira auditora do serviço, foi referido que estas situações corresponderam a observações nas

quais não foram identificados efeitos secundários associados à terapêutica inalatória passíveis de registo, justificando a classificação do critério como “Não Aplicável”

A manutenção destes resultados ao longo das duas auditorias sugere que os procedimentos relacionados com a documentação clínica se encontram devidamente integrados na prática assistencial do serviço, constituindo uma área de cuidados já consolidada antes da implementação do projeto. Neste sentido, os resultados obtidos diferem dos observados noutras dimensões avaliadas, nas quais foram identificadas oportunidades de melhoria e implementadas estratégias dirigidas à redução das não conformidades.

A elevada adesão aos registos clínicos encontra-se alinhada com a crescente valorização da documentação de enfermagem enquanto instrumento de comunicação, responsabilização profissional e monitorização da qualidade dos cuidados conforme defendido pelo ICN (2021), pela OMS (2021) e pela Ordem dos Enfermeiros (2019a). Para além de constituírem um requisito ético e legal do exercício profissional, os registos permitem documentar a intervenção realizada, avaliar resultados, garantir a continuidade dos cuidados entre diferentes profissionais e contextos assistenciais e contribuir para a segurança do paciente (ICN, 2021; OMS, 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Embora não se tenham observado melhorias quantitativas nesta dimensão, a manutenção de níveis máximos de conformidade assume igualmente relevância, uma vez que demonstra a capacidade da equipa para sustentar boas práticas já implementadas, mesmo durante um período de mudança e reflexão sobre a prática clínica. Este aspeto encontra-se alinhado com os princípios da melhoria contínua da qualidade, segundo os quais a manutenção de padrões elevados de desempenho constitui um resultado tão importante quanto a correção de áreas deficitárias.

De forma global, os resultados obtidos evidenciam que a continuidade de cuidados representou a dimensão com melhor desempenho ao longo de todo o processo de implementação, refletindo a existência de uma cultura de registo clínico consolidada e contribuindo para a segurança, qualidade e rastreabilidade dos cuidados prestados.

5.4 SÍNTESE CRÍTICA DO IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DA EVIDÊNCIA

Os resultados obtidos após a implementação da evidência permitiram identificar melhorias em diversos indicadores da prática clínica relacionados com a segurança do paciente, a técnica da terapia inalatória com nebulizador e a componente educativa associada ao procedimento. Embora a magnitude das melhorias observadas tenha variado entre os diferentes indicadores, os resultados

sugerem uma evolução positiva da prática clínica após a implementação das estratégias delineadas no âmbito da metodologia *GRiP*.

Estes achados encontram-se em consonância com a literatura relativa à implementação da evidência, que reconhece a auditoria clínica, o feedback aos profissionais, a identificação de barreiras e facilitadores da mudança e o envolvimento das equipas como estratégias eficazes na promoção da adoção de boas práticas e na melhoria da qualidade dos cuidados (Aromataris & Munn, 2020; JBI, 2024; Melnyk & Fineout-Overholt, 2023). De acordo com o JBI, a implementação da evidência deve ser entendida como um processo contínuo e participativo, no qual a identificação de lacunas entre a prática e a evidência constitui o ponto de partida para a definição de intervenções adaptadas ao contexto clínico (Aromataris & Munn, 2020).

Um dos aspetos mais relevantes observados neste projeto foi a melhoria dos indicadores relacionados com a componente educativa da terapia inalatória. A literatura refere que a educação do paciente constitui um elemento essencial para a eficácia da terapêutica inalatória, influenciando diretamente a adesão ao tratamento, a correta utilização dos dispositivos e os resultados clínicos obtidos (DGS, 2013; Lavorini et al., 2014; JBI, 2024). Neste sentido, a evolução observada sugere uma maior valorização desta dimensão pelos profissionais de enfermagem.

Verificaram-se igualmente melhorias em indicadores associados à segurança do paciente, nomeadamente na higienização das mãos, na identificação segura da terapêutica e do paciente e na higienização dos dispositivos utilizados. Estes resultados assumem particular relevância atendendo ao reconhecimento internacional da segurança do paciente como um dos pilares fundamentais da qualidade dos cuidados de saúde (OMS, 2021). A evidência científica demonstra que a adoção consistente de medidas de prevenção e controlo de infeção e de práticas seguras na administração terapêutica contribui significativamente para a redução de eventos adversos e para a melhoria dos resultados em saúde (OMS, 2009; JBI, 2024).

Importa, contudo, reconhecer que alguns indicadores permaneceram abaixo dos níveis de conformidade desejáveis, nomeadamente a verificação da validade dos medicamentos, a explicação do procedimento ao paciente e o ensino relativo à respiração adequada durante a nebulização. Estes resultados sugerem a necessidade de manter estratégias de sensibilização, formação e monitorização contínua, reforçando a importância da implementação da evidência enquanto processo dinâmico e sustentado ao longo do tempo.

Adicionalmente, importa considerar que nem todas as estratégias identificadas no âmbito da metodologia *GRiP* foram implementadas durante o período compreendido entre as duas auditorias.

Algumas das medidas propostas, nomeadamente aquelas relacionadas com a elaboração de protocolos de serviço e a formalização de procedimentos standardizados, dependiam de decisões organizacionais e de processos de planeamento que ultrapassavam o período temporal disponível para o desenvolvimento do projeto. Neste sentido, os resultados obtidos poderão refletir apenas parte do potencial impacto das estratégias identificadas.

Apesar destas limitações, considera-se que o projeto permitiu promover a reflexão da equipa sobre a prática clínica, reforçar a importância da utilização da evidência científica na tomada de decisão e sensibilizar os profissionais para a necessidade de monitorização contínua dos cuidados prestados. Para além das melhorias observadas nos indicadores avaliados, um dos principais contributos do projeto consistiu na promoção de uma cultura de qualidade e de prática baseada na evidência, aspetos considerados fundamentais para a sustentabilidade das mudanças introduzidas e para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Importa reconhecer algumas limitações inerentes ao desenvolvimento do presente projeto de implementação da melhor evidência disponível. A principal limitação relacionou-se com o período temporal disponível para a sua concretização. A recolha de dados das auditorias clínicas esteve dependente da existência de pacientes com terapêutica inalatória por nebulizador prescrita no serviço, o que condicionou o ritmo de obtenção das observações necessárias. Neste contexto, a realização das 30 observações da auditoria clínica de base decorreu ao longo de aproximadamente dois meses, enquanto a auditoria clínica de reavaliação decorreu durante cerca de um mês e meio, reduzindo o tempo disponível para acompanhar a implementação e consolidação de algumas das estratégias identificadas no âmbito da metodologia *GRiP*.

Importa igualmente referir que nem todas as estratégias identificadas após a análise dos resultados da auditoria clínica de base puderam ser implementadas durante o período compreendido entre as duas auditorias. Algumas das medidas propostas, nomeadamente as relacionadas com a elaboração de documentação orientadora e a formalização de procedimentos de serviço, dependiam de processos organizacionais e de decisões de gestão que ultrapassavam o âmbito temporal do projeto.

Apesar destas limitações, considera-se que os resultados obtidos permitiram identificar melhorias em diversos indicadores da prática clínica. Neste sentido, os resultados sugerem que a apresentação dos resultados da auditoria à equipa de enfermagem, a divulgação e discussão das recomendações constantes do Sumário de Evidência do JBI e a identificação participada de fatores condicionantes da implementação poderão constituir estratégias relevantes para promover a adesão às boas práticas e reforçar uma cultura de cuidados baseada na evidência.

Por fim, importa considerar que o projeto foi desenvolvido num contexto clínico específico, refletindo as características organizacionais e assistenciais do serviço onde decorreu. Ainda assim, os resultados obtidos poderão constituir um contributo relevante para a reflexão sobre a implementação da evidência na prática clínica e para o desenvolvimento de futuras iniciativas de melhoria da qualidade dos cuidados.

7. CONCLUSÃO

O presente projeto teve como objetivo promover a implementação da melhor evidência disponível na terapia inalatória com nebulizador em contexto de internamento hospitalar, recorrendo à metodologia Evidence Implementation do JBI. A sua concretização permitiu identificar áreas de melhoria da prática clínica, compreender fatores que influenciam a implementação da evidência e desenvolver estratégias orientadas para a promoção de cuidados mais seguros e alinhados com as recomendações científicas disponíveis.

Os resultados obtidos evidenciaram melhorias em diversos indicadores relacionados com a segurança do paciente, a técnica da terapia inalatória e a componente educativa associada ao procedimento. Embora nem todas as estratégias identificadas tenham sido implementadas durante o período de desenvolvimento do projeto, os resultados sugerem que a auditoria clínica, a divulgação da evidência científica, a reflexão sobre a prática e o envolvimento dos profissionais constituem instrumentos relevantes para promover a adesão às boas práticas e a melhoria da qualidade dos cuidados.

A utilização da metodologia proposta pelo JBI revelou-se particularmente útil na identificação das lacunas existentes entre a prática clínica e a evidência científica disponível, permitindo estruturar um processo de mudança adaptado ao contexto organizacional e centrado nas necessidades identificadas pela equipa de enfermagem. Para além dos resultados observados nos indicadores avaliados, o projeto contribuiu para reforçar a sensibilização dos profissionais para a importância da prática baseada na evidência e da monitorização contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Considera-se, assim, que os objetivos definidos para o projeto foram globalmente alcançados, tendo sido possível contribuir para a promoção de práticas mais seguras, consistentes e fundamentadas na evidência científica. Neste sentido, o projeto desenvolvido reforça a importância da implementação sistemática da evidência como estratégia fundamental para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e para a promoção de ganhos em saúde sensíveis à intervenção dos enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ari, A. (2015). Aerosol therapy in pulmonary critical care. *Respiratory Care*, 60(6), 858–874. <https://doi.org/10.4187/respcare.03834>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). *JBIM manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma n.º 021/2013: Terapêutica inalatória na doença respiratória crónica*. Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Dispositivos inalatórios: Recomendações para a utilização adequada*. Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021–2030: Saúde sustentável – de todos para todos*. Ministério da Saúde.
- Fundação Portuguesa do Pulmão. (2023). *Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2023*. <https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org>
- Hoeman, S. P. (2008). *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo* (4.ª ed.). Lusodidacta.
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Causas de morte 2023*. INE.
- International Council of Nurses. (2021). *ICNP browser*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>
- Joanna Briggs Institute. (2024). *Evidence summary: Inhalation therapy with nebulizer in hospital settings*. Joanna Briggs Institute.
- Lavorini, F., Mannini, C., & Chellini, E. (2014). Challenges of inhaler use in the treatment of asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine*, 108(6), 930–940. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2014.04.004>
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2023). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (5th ed.). Wolters Kluwer.
- Munn, Z., Stern, C., Aromataris, E., Lockwood, C., & Jordan, Z. (2018). What kind of systematic review should I conduct? A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), Article 5. <https://doi.org/10.1186/s12874-017-0468-4>

- O'Malley, C. A. (2015). Device cleaning and infection control in aerosol therapy. *Respiratory Care*, 60(6), 917–927. <https://doi.org/10.4187/respcare.03873>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2.ª série, n.º 26.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 392/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Diário da República, 2.ª série, n.º 85.
- Organização Mundial da Saúde. (2001). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Direção-Geral da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde. (2009). *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.
- Portaria n.º 156/2025/1, de 7 de abril. (2025). *Procede à definição dos termos de implementação e funcionamento do projeto-piloto das Equipas de Cuidados Continuados Integrados*. *Diário da República*, 1.ª série

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO MINHO	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 34/2025 -CES	 Pág. 1 de 3
--	--	---

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº 36 de 14/10/2025 Assunto: Projeto de Implementação da Melhor Evidência Disponível na Terapia Inalatória com Nebulizador em Contexto de Internamento Hospitalar.	Solicitado pelo Conselho de Administração Em nome do(s) investigador(es): Enfermeiro Pedro da Silva Barros
--	---

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

“ O presente estudo insere-se no âmbito do Relatório de Natureza Profissional II do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC-ESS), como Trabalho Académico de Investigação conferidor de Grau de Mestre.

O presente trabalho tem como objetivo geral, promover a prática correta da administração de terapia inalatória com nebulizador, em contexto de internamento hospitalar, com base nos sumários de evidência da Joanna Briggs Institute (JBI). Esta instituição é uma referência internacional na produção de sínteses de evidência clínica de qualidade, orientadas para a prática profissional em saúde, com resultados mais seguros, eficazes e centrados no doente.

Como Objetivos específicos, pretende-se:

1. Caracterizar o nível atual de cuidados de administração de terapia inalatória com nebulizador, num serviço de internamento hospitalar;
2. Aumentar a sensibilização e o conhecimento da equipa de enfermagem sobre os melhores cuidados de administração de terapia inalatória com nebulizador;
3. Aumentar a adesão às melhores práticas relacionadas com a administração de terapia inalatória com nebulizador;
4. Aumentar a segurança dos pacientes com terapia inalatória com nebulizador.

Trata-se de um estudo observacional prospetivo, de intervenção, a desenvolver no Serviço de Medicina 1-Piso 6 e será utilizado o método de auditoria clínica, conforme ckeck-list apresentada e baseada nos sumários JBI, dirigida à atuação dos enfermeiros/as desse serviço, num número nunca inferior a 30 observações. Será dado feed-back dos resultados fundamentados, em evidências, à Equipa de Enfermagem. Estas informações serão essenciais para desenvolver e implementar estratégias para promover a mudança (GRIP, *Getting Research Into Practice*). Volvidos 2 meses, entre 01 de fevereiro de 2026 e 15 de fevereiro de 2026, realizar-se-ão as auditorias de reavaliação (30 observações da prática), de forma a obter a percentagem de conformidades e assim permitir avaliar o impacto das estratégias implementadas. Apenas a equipa de auditores internos, constituída pelo Investigador Principal e por dois elementos de enfermagem, com competência para o efeito, terão acesso aos registos de enfermagem para confirmar se

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO MINHO	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 34/2025 -CES	Pág. 2 de 3
--	--	-------------

existe ou não documentação da administração de terapêutica, da adesão do doente à terapia inalatória e se existe ou não registo de efeitos secundários observados. O investigador refere que nenhuma auditoria identificará o nome, sexo/género, categoria profissional, imagens, som ou qualquer outro dado pessoal do enfermeiro incluído no estudo ou de qualquer doente em tratamento. O estudo será conduzido com dados irreversivelmente anonimizados e nunca será feita referência ao Serviço onde foi realizado, pelo que foi requerida dispensa de obtenção de Consentimento Informado. Os dados recolhidos serão armazenados no computador do coordenador do projeto, em pastas protegidas por palavra-passe e com acesso restrito aos elementos da equipa de investigação. Após término do trabalho, os dados serão eliminados de forma segura, garantindo a confidencialidade e a integridade da informação. O Encarregado de Proteção de Dados da ULSAM dispensou parecer sobre proteção de dados pessoais, dado o estudo não os conter.

2. Fundamentação

“Segundo o Programa Nacional das Doenças Respiratórias 2012-2016 (Direção Geral da Saúde, 2012), Em Portugal, as doenças respiratórias são uma das principais causas de morbilidade, em particular as doenças respiratórias crónicas (DRC), cuja prevalência é de cerca de 40%. O enorme impacto e sofrimento humano resultante das DRC foi reconhecido pela 53.ª Assembleia Mundial da Saúde (Resolução WHA53.17, maio de 2000), que levou a OMS, em 2000, a dar-lhes prioridade no âmbito da prevenção e controlo das doenças não transmissíveis, pressionando os estados-membros a implementar medidas que visem esse objetivo, com especial ênfase nos países em desenvolvimento e em outras populações carenciadas.”

A via inalatória constitui um método preferencial no tratamento de doenças respiratórias. “A administração desta terapêutica apresenta diversas vantagens, tais como: ação rápida pela deposição direta do fármaco no pulmão e a obtenção de efeitos terapêuticos em doses menores das utilizadas por via sistémica com consequente redução de efeitos secundários” (DGS, 2013).

Em ambiente hospitalar, os sistemas de nebulização são os dispositivos mais utilizados para terapia inalatória, devido a:

- Facilidade de uso, especialmente para pacientes graves e com limitação respiratória;
- Capacidade de administrar doses maiores e vários medicamentos, fundamentais para o tratamento de crises graves;
- Versatilidade para diferentes doenças, cenários clínicos e facilidade de integração no circuito de ventilação mecânica;
- Confiabilidade e controlo na administração da medicação sob supervisão clínica.

3. Conclusão/parecer

É inquestionável que a administração eficaz e segura da terapia inalatória depende fortemente da atuação dos enfermeiros. Estes são responsáveis, não só pela preparação

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO MINHO	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 34/2025 -CES	Pág. 3 de 3
--	--	-------------

e administração dos medicamentos inalatórios, mas também pela monitorização da resposta terapêutica, pela educação do paciente e pela garantia de boas práticas na utilização dos dispositivos. Assim, o estudo reveste-se de interesse clínico e prático significativo.

O Centro de Investigação e Desenvolvimento, confirma “existir evidência e exequibilidade científica bem como a necessária conformidade do dossier do estudo com as normas institucionais”. O anonimato dos participantes está garantido bem como o arquivo dos dados recolhidos. Pelo exposto, proponho emissão de parecer favorável à realização do estudo. Após a sua conclusão, as investigadoras deverão comunicar à CES o seu término.

Nota: Referências bibliográficas:

Foram apresentadas 15 referências bibliográficas.

Relator(es)	Altina Barros
Ratificado em reunião do dia	30/10/2025
Enviado parecer: 29/10/2025	

30/10/2025

O Presidente da CES


DR. CARLOS RIBEIRO
Presidente da CES

ANEXO II – Deliberação do Conselho de Administração



Nº 209-CA/2025

Comunicação Interna

Data: 2025/11/05

De: Enfermeira Diretora

Para: Ex.º Conselho de Administração

C/c:

Despacho

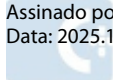
Assunto: Autorização para realização projeto de investigação: Projeto de Implementação da melhor evidência disponível na Terapia Inalatória com Nebulizador, em Contexto de Internamento Hospitalar

Submete-se ao Ex.º Conselho de Administração, para apreciação e autorização do estudo de investigação com o tema “Projeto de Implementação da Melhor evidência disponível na Terapia Inalatória com Nebulizador, em Contexto de Internamento Hospitalar”, realizado pelo investigador principal, Enfermeiro Pedro da Silva Barros, sob a orientação da Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESS-IPVC), Andreia Maria Novo Lima.

À consideração superior,

A Enfermeira Diretora

Assinado por: **MARIA DULCE DA SILVA PINTO**
Data: 2025.11.12 10:39:57+00'00'



Informação/parecer:

Deliberação tomada na ata N.º 765, data 13-11-2025

O CA delibera autorizar.

Dr. José Manuel de Araújo Cardoso
Presidente do Conselho de Administração

Dra. Maria Helena Leite Ramalho
Diretora Clínica CSH

Dr. António Nelson Gomes Rodrigues
Diretor Clínico CSP

Enf. Maria Dulce da Silva Pinto
Enfermeira Diretora

Dra. Lúcia Silva Marinho
Vogal Executiva

VIII Curso do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Trabalho académico de Investigação

Projeto de Implementação da melhor evidência disponível na Terapia Inalatória com Nebulizador, em Contexto de Internamento Hospitalar

Checklist Auditoria Interna

Data ____/____/____

Critério 1 - Segurança do Paciente		Sim	Não	N/A
1.1	Confere a prescrição terapêutica			
1.2	Verifica a data de validade do(s) medicamento(s)			
1.3	Reúne material necessário (nebulizador, EPI, etc)			
1.4	Lava as mãos antes de preparar a medicação			
1.5	Prepara a medicação, garantindo a diluição recomendada			
1.6	Identifica o(s) medicamento(s) com o nome do paciente			
1.7	Identifica o(s) medicamento(s) por ordem de administração			
1.8	Confere a identificação do paciente			
1.9	Explica o procedimento ao paciente			
1.10	Posiciona o paciente sentado ou em posição confortável			
1.11	Garante a limpeza e higienização correta do nebulizador após o uso			
1.12	Garante o armazenamento adequado dos componentes do nebulizador			
1.13	Adverte para o uso de aparelhos elétricos próximos			
1.14	Avalia risco de incêndio em ambiente com O2 elevado			
Critério 2 - Técnica da terapia inalatória, por nebulizador		Sim	Não	N/A
2.1	Prepara o nebulizador e garante fluxo recomendado de O2 (6 a 8 l/min)			
2.2	Confirma a emissão de névoa pela máscara			
2.3	Coloca a máscara no paciente			
2.4	Ensina o paciente sobre respiração adequada durante a nebulização			
2.5	Cumpr com o tempo recomendado de nebulização (5 a 10 min)			
2.6	Cumpr com a ordem correta de administração dos medicamentos prescritos			
2.7	Retira máscara e desliga fluxo de O2, quando aplicável			
2.8	Lava as mãos no final do procedimento			
Critério 3 - Continuidade de Cuidados		Sim	Não	N/A
3.1	Regista no processo clínico a terapêutica administrada			
3.2	Regista no processo clínico a adesão do paciente à terapia inalatória			
3.3	Regista no processo clínico efeitos secundários observados			

Critério 1 - Segurança do Paciente		Critérios de Observação
1.1	Confere a prescrição terapêutica	Sim se confere o(s) medicamento(s) com a prescrição clínica
1.2	Verifica a data de validade do(s) medicamento(s)	Sim se verifica a validade do(s) medicamento(s)
1.3	Reúne material necessário (nebulizador, EPI, etc)	Sim se reúne o material necessário (rampa de O2, máscara facial ou bucal, copo de nebulizador, cabo conector e extensor, se necessário). Nota: Se recomendado, usar rampa com ar terapêutico
1.4	Lava as mãos antes de preparar a medicação	Sim se realiza o procedimento de lavagens das mãos de acordo com a norma da DGS. Nota: Também considerar sim se higienizar as mãos com solução alcoólica
1.5	Critério 1 - Segurança do Paciente	Sim se adiciona solução salina recomendada de acordo com a medicação prescrita.
1.6	Identifica o(s) medicamento(s) com o nome do doente	Sim se identifica o(s) medicamento(s) com o nome do paciente.
1.7	Identifica o(s) medicamento(s) por ordem de administração	Sim se identifica o(s) medicamento(s) por ordem de administração (broncodilatadores de ação rápida, anticolinérgicos, corticóides e antibióticos).
1.8	Confere a identificação do doente	Sim se pergunta nome ao paciente (quando aplicável) e confirma dados na pulseira de identificação do paciente.
1.9	Explica o procedimento ao paciente	Sim se explica o "porquê" e o "como" do procedimento ao paciente.
1.10	Posiciona o paciente sentado ou em posição confortável	Sim se posiciona o paciente em posição confortável, preferencialmente em Fowler ou Semi-fowler
1.11	Garante a limpeza e higienização correta do nebulizador após o uso	Sim se procede à higienização correta do nebulizador e dos seus componentes ou orienta o Técnico Auxiliar de Saúde para realizar a higienização. Nota: O copo de nebulizador e/ou tubagem devem ser substituídos quando necessário
1.12	Garante o armazenamento adequado dos componentes do nebulizador	Sim se após realizar terapia inalatória, coloca o material em saco plástico selado na cabeceira do paciente.
1.13	Adverte para o uso de aparelhos elétricos próximos	Sim se adverte o paciente e/ou visitas que se encontrem na enfermaria sobre o uso de aparelhos elétricos junto do paciente.
1.14	Avalia risco de incêndio em ambiente com O2 elevado	Sim se avalia risco de incêndio em ambiente com O2 elevado. Nota: A concentração de oxigénio acima de 23,5% é considerada um ambiente enriquecido, aumentando o risco de ignição
Critério 2 - Técnica da terapia inalatória, por nebulizador		Critérios de Observação
2.1	Prepara o nebulizador e garante fluxo recomendado de O2 (6 a 8 l/min)	Sim se prepara o nebulizador e garante fluxo de O2 recomendado entre 6 a 8 l/m.
2.2	Confirma a emissão de névoa pela máscara	Sim se confere emissão de névoa pela máscara .
2.3	Coloca a máscara no paciente	Sim se coloca a máscara ao paciente posicionando-a sobre o nariz e a boca (máscara facial) ou na boca (Bucal) certificando-se de que está bem ajustada e sem fendas para evitar a perda de medicação.
2.4	Ensina o paciente sobre respiração adequada durante a nebulização	Sim se ensina paciente a usar bucal ou máscara facial e a respirar normalmente pela boca
2.5	Critério 2 - Técnica da terapia inalatória, por nebulizador	Sim se a nebulização não ultrapassar 5 a 10 minutos
2.6	Cumprir com a ordem correta de administração dos medicamentos prescritos	Sim se cumpre com a ordem correta de administração dos medicamentos (broncodilatadores de ação rápida, anticolinérgicos, corticóides e antibióticos). Nota: Idealmente, cumprir um intervalo de 5 a 10 minutos entre as classes.
2.7	Retira máscara e desliga fluxo de O2, quando aplicável	Sim se retira a máscara e desliga o fluxo de O2 Nota: Manter fluxo de O2 se paciente estiver a fazer O2 contínuo ajustando-o à prescrição de O2
2.8	Lava as mãos no final do procedimento	Sim se realiza o procedimento de lavagens das mãos de acordo com a norma da DGS. Nota: Também considerar sim se higienizar as mãos com solução alcoólica
Critério 3 - Continuidade de Cuidados		Critérios de Observação
3.1	Regista no processo clínico a terapêutica administrada	Sim se regista no processo clínico a terapêutica administrada
3.2	Regista no processo clínico a adesão do doente à terapia inalatória	Sim se regista no processo clínico a adesão do paciente à terapia inalatória Nota: Foco de Atenção: Adesão ao regime medicamentoso: Terapia Inalatória
3.3	Regista no processo clínico efeitos secundários observados	Sim se regista no processo clínico efeitos secundários observados

APÊNDICE II – Grelha estruturada para identificação dos principais fatores barreira, constrangimentos organizacionais, limitações de recursos e fatores facilitadores, bem como das estratégias sugeridas para a melhoria da prática clínica.

VIII Curso do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Projeto de Implementação da melhor evidência disponível na Terapia Inalatória com Nebulizador, em Contexto de Internamento Hospitalar

Grelha estruturada para identificação dos principais fatores de barreira, de constrangimento, de recursos e fatores facilitadores, bem como das estratégias sugeridas para a melhoria da prática clínica.

	Fatores	Estratégias Sugeridas
Fatores Barreira		
Fatores de Constrangimento		
Fatores de Recursos		
Fatores Facilitadores		

