Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRURGICA
NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM
À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

Paula Cristina Bastos Machado

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NO CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2024

2024 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NO CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO Paula Machado

Norte

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NO CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Relatório Final de Estágio

Paula Cristina Bastos Machado

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, sob orientação do Professor Mestre Jorge Moreira

Oliveira de Azeméis, 2024

“O aprendiz é um Mestre em Formação”

(Fernanda Simões Rodrigues)

AGRADECIMENTOS

Para a realização deste relatório foram vários os intervenientes que contribuíram e que merecem todo o meu reconhecimento e gratidão.

À vice-presidente Professora Doutora Fernanda Príncipe e Professora Doutora Liliana Mota pelo conhecimento e orientação, neste percurso de aprendizagem e partilha e por todo os ensinamentos que levo para a minha vida profissional e pessoal, com muito orgulho e motivação.

Ao professor mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica Jorge Moreira, pela sua disponibilidade, acompanhamento e orientação ao longo do estágio, nos trabalhos produzidos e na realização do relatório de estágio e pela sua capacidade extraordinária de me motivar, na procura de conhecimento científico e reconhecimento da execução do meu trabalho.

À tutora especialista em enfermagem médico-cirúrgica Sónia Teixeira por toda a sua dedicação, empenho e disponibilidade durante todo este percurso do estágio e supervisão clínica.

À enfermeira gestora e coordenadora, pela disponibilidade e dedicação durante todo este processo.

A toda a equipa de enfermagem da unidade de cirurgia de ambulatório pelo carinho, amizade, apoio, reconhecimento e sobretudo da partilha e interajuda que se refletiu durante o estágio.

Aos meus parceiros e colegas do mestrado pelas vivências e experiências partilhadas, e todos os professores da ESSNorteCVP sem exceção, os valores, e o ensino neste percurso inacabável de conhecimento científico.

À Goreti pela força, apoio e paciência.

Ao meu filho Pedro Tavares, companheiro Pedro Costa e amigos, pelo amor, apoio incondicional durante todo o meu percurso e por compreenderem a minha ausência, pelo incentivo, imprescindíveis para a realização e conclusão do estágio e principalmente por terem acreditado em mim.

A todos, o meu muito obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSA - Agência de Calidad Sanitária de Andalucía

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN - Association of Perioperative Registered Nurses

APCA - Associação Portuguesa em Cirurgia de Ambulatório

ASA - American Society of Anesthesiologists

BO - Bloco Operatório

CA - Cirurgia(s) de Ambulatório

CHKS - Caspe Healthcare knowledge Systems

CIEL - Consentimento Informado Esclarecido e Livre

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNADCA - Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

CT - Conforto Térmico

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DGS - Direção Geral da Saúde

DMUM - Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo

EE - Enfermeiro (s) Especialista (s)

EEEMCAEPSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória

ELPO - Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões decorrentes do Posicionamento Cirúrgico da Pessoa em Situação Perioperatória

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EORNA - European Operating Room Nurses Association

ERAS - Enhanced Recovery After Surgery

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

ESSNorteCVP - Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

EVA - Escala Visual Analógica

EVACT - Escala Visual de Avaliação do Conforto Térmico

GTADCA - Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

HPI - Hipotermia Perioperatória Inadvertida

IACS - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ILC - Infeção do Local Cirúrgico

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação), e Recommendation (Recomendações)

JBI - Joanna Briggs Institute

JCI - Joint Commission International

LVSC - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

MEMCAEEPSP - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

MeSH - Medical Subjet Headings

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PCC - População, Conceito e Contexto

PFC - Protetor de Ferida Cirúrgica

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPFM - Perioperative Patient Focus Model

PRISMA-ScR - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis: Extension for Scoping Reviews

REPE - Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SO - Sala Operatória

UCA - Unidade Cirurgia de Ambulatório

ULS - Unidade Local de Saúde

RESUMO

A enfermagem perioperatória é uma área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica. Neste contexto, emerge a necessidade das intervenções de enfermagem especializada à pessoa em situação perioperatória no conforto térmico em cirurgia de ambulatório. Estas são fundamentais para o diagnóstico precoce e a prevenção de problemas, garantindo a segurança e o bem-estar da pessoa. O presente relatório final é composto por duas componentes: estágio clínico e investigação. A componente do estágio clínico (componente I) incidiu na observação descritiva, crítica e reflexiva, com intuito de dar a conhecer os objetivos delineados e as atividades desenvolvidas para o cumprimento dos mesmos, proceder à análise e reflexão das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, desenvolvidas na área perioperatória. É de enaltecer a experiência e o desafio pessoal e profissional, que foi desenvolver a capacidade de realização deste relatório e utilizar como ferramenta de avaliação de competências na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação perioperatória. A componente de investigação (componente II), surge de um componente crucial do sistema de saúde, as cirurgias de ambulatório, onde se realizam procedimentos eficazes com recuperação no mesmo dia. Contudo, o conforto térmico da pessoa durante essas cirurgias é um aspeto frequentemente subestimado, porém de importância vital. O objetivo deste trabalho de investigação foi o de mapear as evidências científicas sobre as intervenções de enfermagem especializada focadas no conforto térmico em contexto de cirurgia de ambulatório. Foi efetuada uma revisão da literatura, *scoping review* com recurso ao método do JBI. O processo final resultou numa amostra de 17 artigos, que evidenciaram a eficácia de intervenções especializadas de enfermagem na manutenção do conforto térmico em cirurgias de ambulatório. Destacam-se estratégias como o uso de cobertores reflexivos, protocolos de aquecimento, prevenção da hipotermia com mantas aquecidas, aquecimento ativo por ar forçado e a realização de formação aos profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: conforto térmico, intervenções de enfermagem, cirurgias de ambulatório, prevenção da hipotermia.

ABSTRACT

Perioperative nursing is an area of specialization in medical-surgical nursing. In this context, the need for specialized nursing interventions for people in a perioperative situation in terms of thermal comfort in outpatient surgery emerges. These are essential for early diagnosis and prevention of problems, ensuring the person's safety and well-being. This final report is composed of two components: clinical internship and investigation. The clinical internship component (component I) focused on descriptive, critical and reflective observation, with the aim of making known the objectives outlined and the activities developed to fulfill them, analyzing and reflecting on the common and specific skills of the specialist nurse, developed in the perioperative area. It is worth praising the personal and professional experience and challenge, which was to develop the ability to produce this report and use it as a tool for assessing skills in the area of Medical-Surgical Nursing for people in a perioperative situation. The research component (component II) arises from a crucial component of the health system, outpatient surgeries, where effective procedures are performed with recovery on the same day. However, the person's thermal comfort during these surgeries is an aspect that is often underestimated, but is of vital importance. The objective of this research work was to map the scientific evidence on specialized nursing interventions focused on thermal comfort in the context of outpatient surgery. A literature review was carried out, scoping review using the JBI method. The final process resulted in a sample of 17 articles, which demonstrated the effectiveness of specialized nursing interventions in maintaining thermal comfort in outpatient surgeries. Strategies such as the use of reflective blankets, heating protocols, prevention of hypothermia with heated blankets, active forced air heating and training for health professionals stand out.

KEYWORDS: thermal comfort, nursing interventions, outpatient surgeries, prevention of hypothermia.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Resumo dos artigos 102

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Vantagens para a pessoa em situação perioperatória em CA 29
Figura 2: Fluxograma da pessoa na fase pré-operatória na UCA 31
Figura 3: Circuito interno da pessoa em situação perioperatória no dia da cirurgia na UCA 31
Figura 4: Organograma de seleção da pessoa em situação perioperatória na UCA 33
Figura 5: Fluxograma de seleção da amostra *PRISMA Flowchart* 97

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO 21
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO 25
1. Enquadramento do contexto de estágio 27
1.1. Estágio em contexto de ambulatório 27
2. Competências comuns do enfermeiro especialista 35
2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal 35
2.2. Melhoria contínua da qualidade 38
2.3. Gestão dos cuidados 44
2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais 47
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória 55
3.1 Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa. 55
3.2 Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica 55
4. Considerações finais 79
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO 83
1. Resumo 85
2. Abstract 87
3. Fundamentação/enquadramento teórico 89
4. Finalidade e objetivos 91
5. Metodologia 93
5.1. Seleção das palavras-chave e da base de dados 93
5.2. Critérios de inclusão e de exclusão 94
5.3. Seleção dos estudos 95
5.4. Extração de dados 95
5.5. Considerações éticas 95
6. Resultados 97
6.1. Análise integral dos artigos 98
7. Discussão 113
8. Conclusão 115
CONSIDERAÇÕES FINAIS 117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 119
ANEXOS 131

ANEXO I: CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PRÓTESE DO OMBRO STENLESS ... 133
ANEXO II: CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO – DEMONSTRAÇÃO E EXPOSIÇÃO DO INSTRUMENTAL CIRÚRGICO NA CIRURGIA DA PRÓTESE MONOCOMPARTIMENTAL DO JOELHO 137
ANEXO III: CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO – APRESENTAÇÃO DE SHAVER INTRAUTERINO BIGATTI DA KARL-STORZ 141
ANEXO IV: CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO – APRESENTAÇÃO DE CELONELITE - ORL 145
ANEXO V: CERTIFICADO DE PRESENÇA DO 5º CONGRESSO INTERNACIONAL IACS: DESAFIOS E INOVAÇÃO EM CONTROLO DE INFEÇÃO 149
ANEXO VI: CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO PÓSTER "USO DE PROTETORES DE FERIDA CIRÚRGICA NA PREVENÇÃO DE INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO" 153
ANEXO VII: REGISTOS DE ENFERMAGEM; ENQUADRAMENTO DA CIPE; MODELO DE SETE EIXOS DA CIPE; SCLINICO 157
ANEXO VIII: CERTIFICADO DE PRESENÇA "VI JORNADAS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA DE LEIRIA. ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA, INOVAR E HUMANIZAR" 161
ANEXO IX: CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO PÓSTER "HIPOTERMIA PERIOPERATÓRIA INADVERTIDA - FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM" 165
ANEXO X: CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL – SUPORTE BÁSICO DE VIDA COM DESFIBRILHADOR AUTOMÁTICO EXTERNO (DAE) 169
ANEXO XI: CERTIFICADO DE PRESENÇA NO "1º WEBINAR BLOCO VERDE" 173
ANEXO XII: CERTIFICADO DE PRESENÇA NO XXI CONGRESSO NACIONAL DA AESOP "HORIZONTES DIGITAIS NA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA" 177
ANEXO XIII: CERTIFICADO DO E-PÓSTER "INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO" 181
APÊNDICES 185
APÊNDICE I: CRONOGRAMA DE ATIVIDADES A DESENVOLVER DURANTE O ESTÁGIO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA II 187
APÊNDICE II: APRESENTAÇÃO DO PROJETO À UCA 191
APÊNDICE III: PÓSTER "ESCALA VISUAL DE AVALIAÇÃO DO CONFORTO TÉRMICO" 194
APÊNDICE IV: GRELHA DE OBSERVAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA AVALIAÇÃO DO CONFORTO TÉRMICO NA UCA 197
APÊNDICE V: SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO – FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA PERIOPERATÓRIA INADVERTIDA EM CONTEXTO DE CA 200

APÊNDICE VI: CERTIFICADO DO CURSO DE FORMAÇÃO "FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DE HIPOTERMIA PERIOPERATÓRIA INADVERTIDA" 209
APÊNDICE VII: SESSAO DE FORMAÇÃO—CRIAR UM PROTOCOLO PARA CONTROLO DAS VALIDADES E GESTÃO DE STOCKS DOS MEDICAMENTOS NA UCA 215
APÊNDICE VIII: CERTIFICADO DO CURSO DE FORMAÇÃO "APRESENTAÇÃO DE PROTOCOLO PARA CONTROLO DAS VALIDADES E GESTÃO DE STOCKS DOS MEDICAMENTOS NA UCA..223
APENDICE IX: ELABORAÇÃO DO MANUAL DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO DA UCA 227
APENDICE X: SESSÃO DE FORMAÇÃO—ELABORAÇÃO DO MANUAL DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO DA UCA 233
APÊNDICE XI: CERTIFICADO DE FORMAÇÃO "APRESENTAÇÃO DO MANUAL DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO DA UCA" 243
APÊNDICE XII: SESSÃO DE FORMAÇÃO—INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO 247
APÊNDICE XIII: CERTIFICADO DE FORMAÇÃO "INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NO CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO" 264
APÊNDICE XIV: FICHA TÉCNICA DE RINOPLASTIA DA UCA 267
APÊNDICE XV: FICHA TÉCNICA DE ESTOMATOLOGIA DA UCA 275
APÊNDICE XVI: INSTRUÇÃO DE TRABALHO "CONTROLO DE VALIDADES E GESTÃO DE *STOCKS* DOS MEDICAMENTOS NA UCA" 297
APÊNDICE XVII: PROCEDIMENTO DA AVALIAÇÃO DO CONFORTO TÉRMICO NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO 305

INTRODUÇÃO

O presente relatório final de estágio enquadra-se na unidade curricular do estágio de enfermagem à pessoa em situação perioperatória II, com o objetivo de finalização do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (MEMCAEEPSP), pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), no período compreendido de 20 de setembro de 2023 a 16 de abril de 2024 com o total de 810 horas.

A enfermagem perioperatória confronta desafios decorrentes do rápido desenvolvimento tecnológico e científico na área da saúde em geral, e na área do perioperatório em particular, como ainda na seleção e critérios de escolha da pessoa em situação perioperatória para ambulatório. Isto deve-se ao aumento da morbilidade, esperança média de vida e do maior acesso aos cuidados de saúde. Os padrões de qualidade da ordem dos enfermeiros (OE) enunciam que a pessoa em situação perioperatória é qualquer pessoa, que ao longo de todo o seu ciclo de vida, necessita, escolhe ou aceita ser submetida a procedimentos cirúrgicos/anestésicos (OE, 2017). Torna-se imperativo garantir a presença de equipas de enfermagem perioperatória condizentes com dotações seguras e com competências que favoreçam as boas práticas, a humanização dos cuidados e o empoderamento da pessoa, Regulamento n.º 743/2019 (2019). A área de especialização de enfermagem à pessoa em situação perioperatória abrange um conjunto de competências especializadas adequadas às necessidades específicas de cuidados de saúde da pessoa e respetiva família/pessoa significativa, a vivenciarem processos de saúde/doença, que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença Regulamento n.º 429/2018 (2018). A necessidade de especialização surge pela existência de uma lacuna no conhecimento que sustenta a prática clínica. A procura do conhecimento científico proporciona conhecimentos e espaços de reflexão, análise e prática clínica, promotores do desenvolvimento e suporte de um conjunto de competências, que permitem a prestação de cuidados de enfermagem, baseados na evidência científica, centrados nas pessoas submetidas a Cirurgias de Ambulatório (CA) nas diversas fases pré, intra e pós-operatória.

Entende-se por CA toda a intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento

pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais *legis artis*, em regime de admissão e alta no período inferior a vinte e quatro horas (Despacho n.º 132/2009, 2009).

A CA associa-se a uma menor taxa de complicações pós-operatórias, a dor pós-operatória é em geral mais reduzida, o tempo de hospitalização é menor e como tal diminui o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde (Despacho n.º 1380/2018, 2018).

Na CA a tomada de decisão baseada no contexto da prática, contribui para o empoderamento da enfermagem e para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados (Correia, 2023). Embora seja reconhecida a necessidade de implementar a melhor evidência científica disponível nos contextos clínicos, existe uma lacuna entre a investigação e a sua implementação, o que pode proporcionar uma exposição dos profissionais de saúde, pessoa e família a riscos desnecessários (Apostolo, 2017).

A hipotermia pode ser especialmente problemática em pessoas submetidas a procedimentos de curta duração, por não existir tempo suficiente para promover o reaquecimento antes do final da cirurgia, o que afeta as pessoas em regime cirúrgico de ambulatório. A Hipotermia Perioperatória Inadvertida (HPI) é uma complicação evitável, no entanto, contribui para resultados adversos se não forem tomadas medidas preventivas (Oden et al., 2022). A HPI pode ocorrer entre a primeira hora anterior á indução anestésica e as 24 horas do pós-operatório (Oden et al., 2022). A incidência da hipotermia inadvertida varia de 26% a 90% em pessoas submetidos a procedimentos cirúrgicos, estando relacionada com o uso de agentes anestésicos e exposição a um ambiente frio (Azenha et al., 2017). Mesmo assim, pela falha no seu diagnóstico, a avaliação da temperatura corporal, continua a ser pouco monitorizada no intraoperatório, aumentando o risco da HPI. É neste contexto que surge a questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem especializada no conforto térmico em contexto de cirurgia de ambulatório?

Delineamos como objetivo principal: efetuar uma revisão da literatura, mais especificamente uma *scoping review,* sobre as intervenções de enfermagem especializada focadas no conforto térmico em contexto de cirurgia de ambulatório.

A tomada de decisão foi alicerçada no referencial teórico de Kolcaba, aquando da implementação do processo de enfermagem, o que permitiu aplicar medidas com o intuito de obter o conforto térmico da pessoa em situação perioperatória e garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Cardoso et al., 2019). A implementação de um fluxograma do processo de enfermagem na identificação e prevenção da HPI em cirurgia de ambulatório, constitui um instrumento de prática informada, que resulta da análise de artigos, documentos relevantes da evidência científica e *Guidelines* internacionais, que

orientam a realização dos cuidados e a compreensão do processo de enfermagem. A capacitação e tomada de decisão na implementação e execução das intervenções de enfermagem garantem a segurança e satisfação da pessoa e/ou família com ganhos em saúde.

A temperatura corporal é um sinal vital. A Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) preconiza, como monitorização *standard* básica para qualquer procedimento anestésico, a avaliação contínua da oxigenação, da ventilação, da circulação e da temperatura corporal.

A hipotermia é um problema sério que afeta as pessoas em regime cirúrgico, quer em regime de ambulatório quer em regime convencional, citado por Croft, J. (2010). O impacto da hipotermia em cirurgias major já se encontra bem estudado, e mostra que o aquecimento perioperatório reduz as complicações perioperatórias e melhora o conforto da pessoa (Azenha et al., 2017). No entanto, a evidência é escassa na comparação de procedimentos longos, com procedimentos curtos, e na comparação entre a grande variedade de cirurgias. A normotermia no final do procedimento cirúrgico, pode melhorar a satisfação e o conforto da pessoa, assim como a recuperação cirúrgica e anestésica. Em CA a diferença no tempo de recuperação de cada pessoa torna-se ainda mais significativa ao final do dia. Tempos de recuperação mais longos assim como uma estadia hospitalar mais prolongada consomem mais recursos de cuidados de saúde e aumentam os custos associados à cirurgia. Segundo as recomendações portuguesas de manutenção da normotermia em CA, o tipo de anestesia a que a pessoa vai ser submetida, anestesia geral, regional ou combinada, poderá condicionar diferentes níveis de hipotermia. No que concerne à anestesia geral, a indução anestésica é responsável por uma redução de 20% na produção metabólica de calor e por um aumento da sua perda para o ambiente. A anestesia combinada, representa a técnica anestésica em que há maior risco de hipotermia inadvertida no intraoperatório (Azenha, 2018). Estas recomendações no período perioperatório na CA visam contribuir para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa e para a otimização da gestão dos cuidados de saúde. Aplicam-se a adultos submetidos a cirurgia de ambulatório, com critérios e nível de evidência definidos pela direção geral da saúde portuguesa. Embora a literatura seja imprecisa na indicação de um local para a avaliação da temperatura corporal, é consensual que na fase intraoperatória, sempre que possível, esta seja avaliada no mesmo local, devendo também ser sempre utilizado o mesmo método de monitorização. Também refere que a temperatura deve ser sempre avaliada e documentada antes da indução anestésica. Nos casos em que a temperatura central inicial for inferior a 36,0˚C, esta deverá ser reportada como incidente crítico e a indução anestésica não deverá ser iniciada.

O enfermeiro especialista (EE) tem um papel essencial na prevenção da HPI, uma vez que é o profissional que reúne um conjunto de competências que garantem a segurança da pessoa, da equipa multidisciplinar e do ambiente, agindo de acordo com a ética profissional e consciência cirúrgica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A metodologia escolhida para a investigação realizada foi uma *Scoping Review* com recurso ao método JBI (*Joanna Briggs Institute),* estabeleceram-se critérios de elegibilidade para o presente estudo, centrados na população, no conceito e no contexto. Com base nos resultados da pesquisa literária, foi necessário procurar e ler artigos em mais que um idioma até chegar aos que atendiam aos critérios de seleção. Para a pesquisa nestas bases de dados, selecionaram-se palavras-chave especificamente relacionadas com o tema: "Conforto Térmico", "Enfermagem Especializada", "Cirurgia de Ambulatório", "Intervenções de Enfermagem" e "Regulação da Temperatura".

A iniciação deste projeto, prende-se à necessidade de desenvolvimento das competências que espelham o longo percurso de enfermagem perioperatória, e acrescentar à prática clínica as competências de enfermagem especializadas em CA que contribuem para o enfermeiro perioperatório, ser uma referência e um fator de diferenciação na equipa multidisciplinar.

Este relatório está estruturado em duas componentes: componente I (estágio clínico) e componente II (estudo de investigação). A primeira parte apresenta um enquadramento ao contexto de estágio em cirurgia de ambulatório, para justificar e contextualizar a escolha desta temática e compreender bem o estudo, realçando o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCAEPSP), numa análise crítico-reflexiva, realizada durante o estágio clínico.

A segunda parte aborda a vertente de investigação em enfermagem especializada no conforto térmico (CT) em contexto de CA. Segue-se a fundamentação/enquadramento teórico, finalidade e objetivos, a metodologia utilizada, os resultados do estudo da pesquisa literária e discussão dos resultados. Termina com a conclusão e considerações finais, com referência às limitações e melhorias de sugestão do projeto de investigação, para a CA.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

Mestre "O aprendiz em formação"

Enfermagem Especializada em Contexto de Cirurgia de Ambulatório

1. Enquadramento do contexto de estágio

O estágio em enfermagem à pessoa em situação perioperatória II decorreu num centro hospitalar que se divide em quatro unidades, sendo a unidade de cirurgia de ambulatório (UCA) uma dessas unidades, numa região a norte de Portugal. Aprimorar os conhecimentos em contexto de estágio curricular supervisionado é um importante recurso de ensino aplicado na enfermagem avançada, que enriquece a formação profissional (Lima et al., 2014). É uma ferramenta de ensino importante na construção da autonomia, liderança, resolução de conflitos e capacidade de tomada de decisão, no cuidar humano e na assistência em enfermagem (Marchioro et al., 2017). O estágio é fundamental para o aperfeiçoamento de conhecimentos e técnicas adquiridas, durante a formação académica, pois prepara o aluno para a dinâmica dos serviços de saúde, atuação com a equipe de trabalho, assim como garante experiência e conhecimento para a aquisição de competências profissionais (Esteves et al., 2018). Contudo, além das habilidades técnicas que são aperfeiçoadas durante a prática curricular, também contribui para ampliar o pensamento crítico e reflexivo, que consequentemente contribuirá para um melhor entendimento do processo de saúde-doença, na elaboração de um plano de cuidados mais personalizado, a fim de garantir a melhor qualidade nos serviços de saúde nos cuidados prestados. A escolha deste contexto de estágio, em CA na aquisição de competências enquanto EE e mestre em enfermagem Médico-Cirurgica na área de especialização à pessoa em situação perioperatória, relaciona-se, com este ser o seu contexto profissional atual, e se encontrar em expansão, ao que acresce a motivação pessoal, para além da motivação profissional. Este capítulo retrata o contexto de estágio clínico.

1.1. Estágio em contexto de ambulatório

Em Portugal, no ano 2000 a CA representava pouco mais de 10% do total de cirurgias realizadas, mas atualmente cerca de 80 % das cirurgias são realizadas neste regime (Despacho n.º 1380/2018, 2018). Este crescimento deveu-se em parte às orientações emanadas pela Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA), que foi criada com o propósito e objetivo de estudar, propor estratégias e medidas, para o desenvolvimento da CA no Serviço Nacional de Saúde (SNS), Despacho n.º 25832/2007, (2007). A CNADCA tem sido responsável pela elaboração do relatório "Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente" (Despacho n.º 1380/2018, 2018). Face ao exposto, e com o objetivo de realizar um diagnóstico de situação, identificar

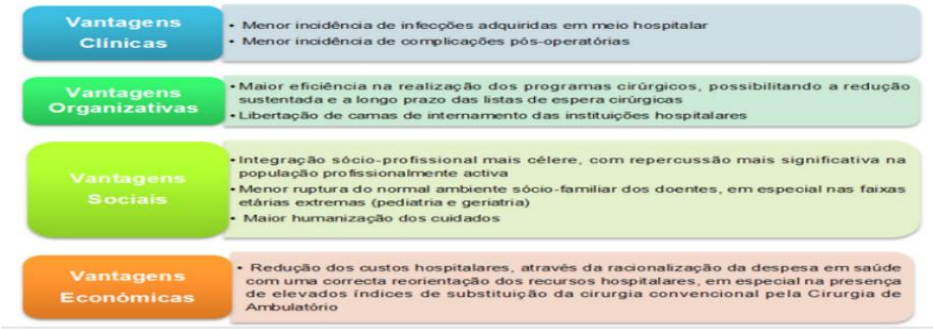
áreas de intervenção prioritárias e maximizar as vantagens da CA, o ministério da saúde criou o Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (GTADCA). Este grupo de trabalho tem como missão: caracterizar a CA desde 2008 até à atualidade, identificar constrangimentos estruturais, de recursos humanos e de formação, que condicionem o crescimento da CA, proceder à revisão de procedimentos ambulatorizáveis e analisar instituições com indicadores menos adequados, propondo melhorias. Os critérios de seleção das pessoas podem ser de cariz social ou clínico. Estão definidos como critérios sociais: ter área de residência ou pernoita a menos de 60 minutos de distância do hospital, presença de cuidador/adulto responsável nas primeiras 24 horas após a intervenção e contacto telefónico disponível. Como critérios clínicos: aceitar ser intervencionado em regime ambulatório, o tipo de procedimento cirúrgico com duração de intervenção prevista inferior a duas horas e a classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) I, II e III. Apesar da importância da definição dos critérios referidos anteriormente, convém relembrar que a CA possui uma baixa incidência de complicações como dor, náuseas e vómitos, passíveis de controlar com medicação por via oral (Caseiro, 2009). Face ao exposto a Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA) emanou uma série de recomendações, cujo objetivo é a promoção da qualidade dos cuidados e a segurança da pessoa submetida a CA. Essas recomendações incluem: a manutenção da normotermia, a profilaxia e tratamento de náuseas e vómitos, o tratamento da dor aguda pós-operatória, gestão dos cuidados prestados à pessoa medicada com anticoagulantes e antiagregantes plaquetários e gestão do bloqueio neuromuscular (APCA, 2015). O Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) desenvolvido pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) procede à avaliação da excelência clínica em CA, considerando o cumprimento dos procedimentos que garantam a qualidade e segurança dos cuidados. Os principais indicadores são: a seleção da pessoa, a profilaxia de náuseas e vómitos, os registos regulares da intensidade da dor, a cedência de fármacos na alta, o ensino e orientação na alta e a avaliação pós-operatória nas 24 horas após a alta. Esta UCA é uma unidade satélite tendo a unidade hospitalar principal de retaguarda e funciona como Entidade Publica Empresarial (EPE). No início de janeiro de 2024, transita para unidade local de saúde (ULS) pela aplicação do Decreto-Lei n.º 102/2023 (2023), despacho n.º 05/2023, (2023). O tipo de procedimento e a seleção da pessoa são elementos-chave que influenciam o resultado perioperatório após cirurgia em regime ambulatório. Tendo em conta todas as especificidades, a evolução técnica, a integração de novos elementos e o aumento de cirurgias neste regime (25-30 cirurgias diárias) a segurança da pessoa em situação perioperatória, é um dos pontos-chave para uma

prestação de cuidados de qualidade. Isso exige do EEEMCAEPSP, habilidades no desenvolvimento de competências de enfermagem avançada em CA. Sendo a UCA, uma unidade satélite deve ter uma avaliação cuidadosa de todos procedimentos e regulamentos que a caracterizam, para que continue com os padrões de qualidade e segurança nos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória, que fazem desta unidade uma referência no atendimento, bem-estar e conforto, segundo os sistemas de avaliação e *benchmarking* do manual de qualidade e segurança da UCA. O objetivo desta unidade ambulatória é ser reconhecida como um serviço inovador e atualizado, que proporciona serviços clínicos de excelência. Da sua estrutura física fazem parte a área de apoio, recobro II (gabinete de admissão, sala de preparação e recobro tardio), bloco operatório (3 salas), recobro I (imediato). O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8 horas às 21 horas no bloco operatório e recobro I, no recobro II das 8 horas às 22 horas. Nos dias em que há pernoita a UCA funciona 24 horas. No período de sexta-feira de tarde e sábado, funciona em regime de cirurgia adicional com pernoita.

Em relação aos recursos humanos a UCA rege-se por equipa de enfermagem, de assistentes técnicos e de assistentes operacionais. A equipe de enfermagem é constituída por 1 gestora, 1 coordenadora, 36 enfermeiros (21 enfermeiros de cuidados gerais e 13 enfermeiros especialistas e 1 enfermeiro mestre). A equipa de recobro II, é constituída por 17 elementos e a equipa do bloco operatório, é constituída por 19 elementos. Na UCA existem várias especialidades cirúrgicas, tais como: cirurgia ortopédica, cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia de otorrinolaringologia, cirurgia plástica, cirurgia de estomatologia, cirurgia pediátrica, cirurgia urológica, cirurgia ginecológica e neurocirurgia. A especialidade de anestesiologia assegura a emergência, transporte do doente crítico, consultas de anestesia e as cirurgias com procedimentos anestésicos exceto os procedimentos cirúrgicos com anestesia local. A CA apresenta um conjunto de vantagens reconhecidas para a pessoa em situação perioperatória, para a instituição e para o próprio sistema de saúde.

Figura 1: Vantagens para a pessoa em situação perioperatória em CA

Fonte: Revista de sociedade portuguesa (Lemos, P., 1998)



Esta ULS foi certificada pela *Agência de Calidad Sanitária de Andalucía* (ACSA) com "Nível Bom" em 2022, e em março de 2023, desta vez com o "Nível Ótimo". A comunicação ou divulgação de informação interna é realizada por correio eletrónico institucional e pelo boletim informativo. Os registos clínicos, de enfermagem e médicos, são realizados em suporte eletrónico com recurso aos sistemas de informação "*Sclinico*" e "*Patient Care*". O sucesso da CA depende de uma criteriosa seleção dos doentes quer do ponto de vista cirúrgico, quer do ponto de vista anestésico. Esta seleção para CA, é realizada na consulta de cirurgia, consulta pré-operatória de anestesiologia e de enfermagem. O EE em CA é fundamental para assegurar a segurança e a eficácia do procedimento cirúrgico. Na Consulta de Enfermagem Pré-operatória o enfermeiro realiza uma avaliação da pessoa em situação perioperatória, reunindo informações sobre a história clínica, alergias, medicação realizada e potenciais fatores de risco. Informa sobre o procedimento cirúrgico, o tipo de anestesia, os cuidados pré e pós-operatórios, aproveitando o momento para esclarecer as dúvidas e reduzir a ansiedade da pessoa. É um momento crucial para instruir sobre o jejum, suspensão de medicação, e orientações específicas tais como a higiene. O EE com base nas potenciais contra-indicações para CA, como condições clínicas instáveis encaminha a pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa quando necessário, para uma avaliação adicional. Colabora com a equipa de anestesiologia, facultando informações importantes da pessoa sobre o seu estado de saúde, envolvendo a pessoa e família, no seguimento das orientações do anestesiologista e assegurando que compreendam e sigam as recomendações com o objetivo de minimizar os riscos anestésicos e planear uma anestesia de forma segura. Na consulta pré-operatória de anestesiologia, caso a pessoa em situação perioperatória, não reúna os critérios clínicos, sociais e cirúrgicos (Fig. 4), é reencaminhada para a unidade um da mesma instituição. Caso haja critério de seleção para CA, a pessoa e a respetiva família/pessoa significativa tomam conhecimento do procedimento anestésico/cirúrgico sendo fornecido um panfleto informativo, com instruções do funcionamento da UCA e cuidados inerentes ao pré-operatório.

Figura 2: Fluxograma da pessoa na fase pré-operatório na UCA

Fonte: Manual de Qualidade CHVNG/E (2022)

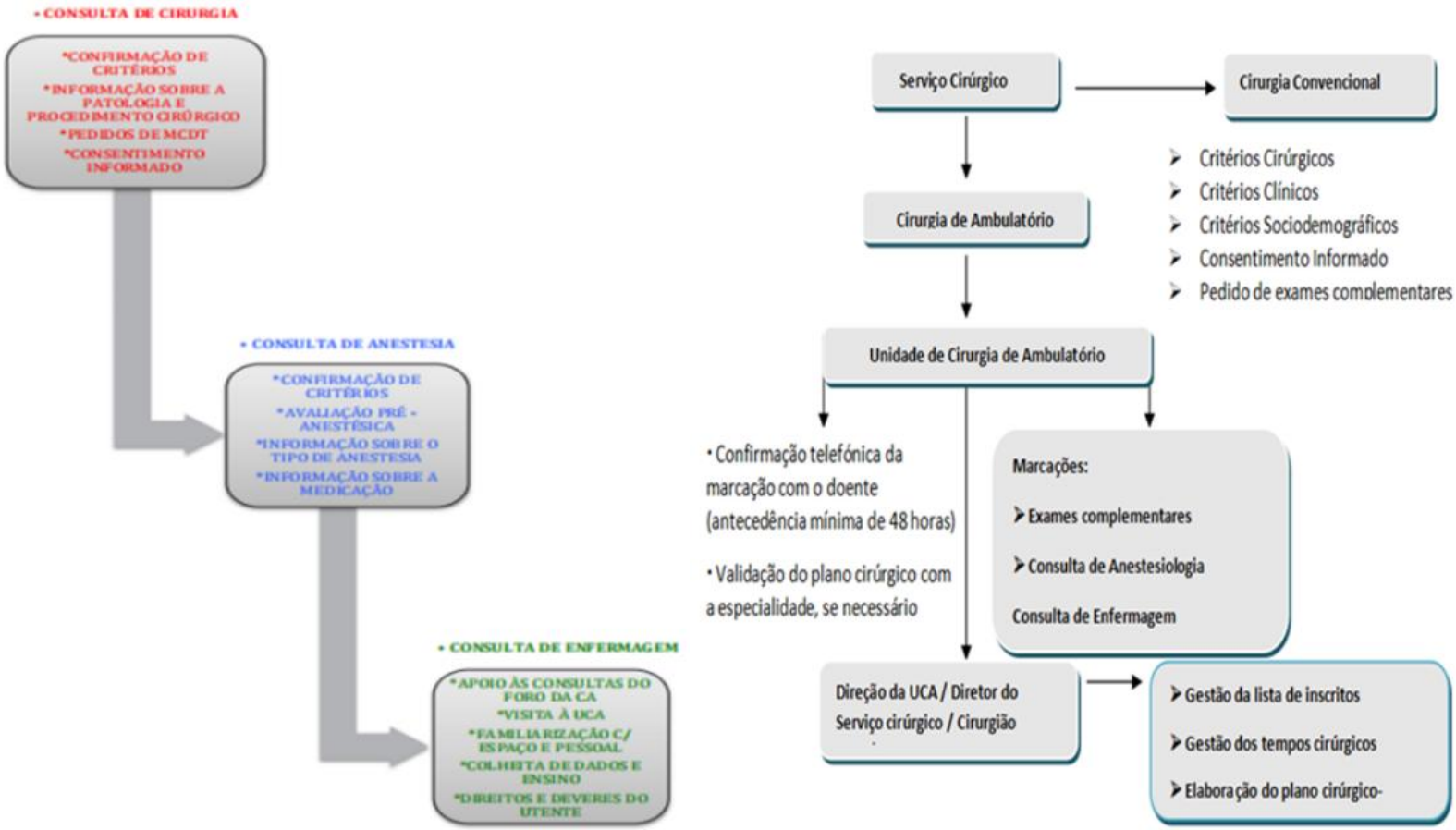
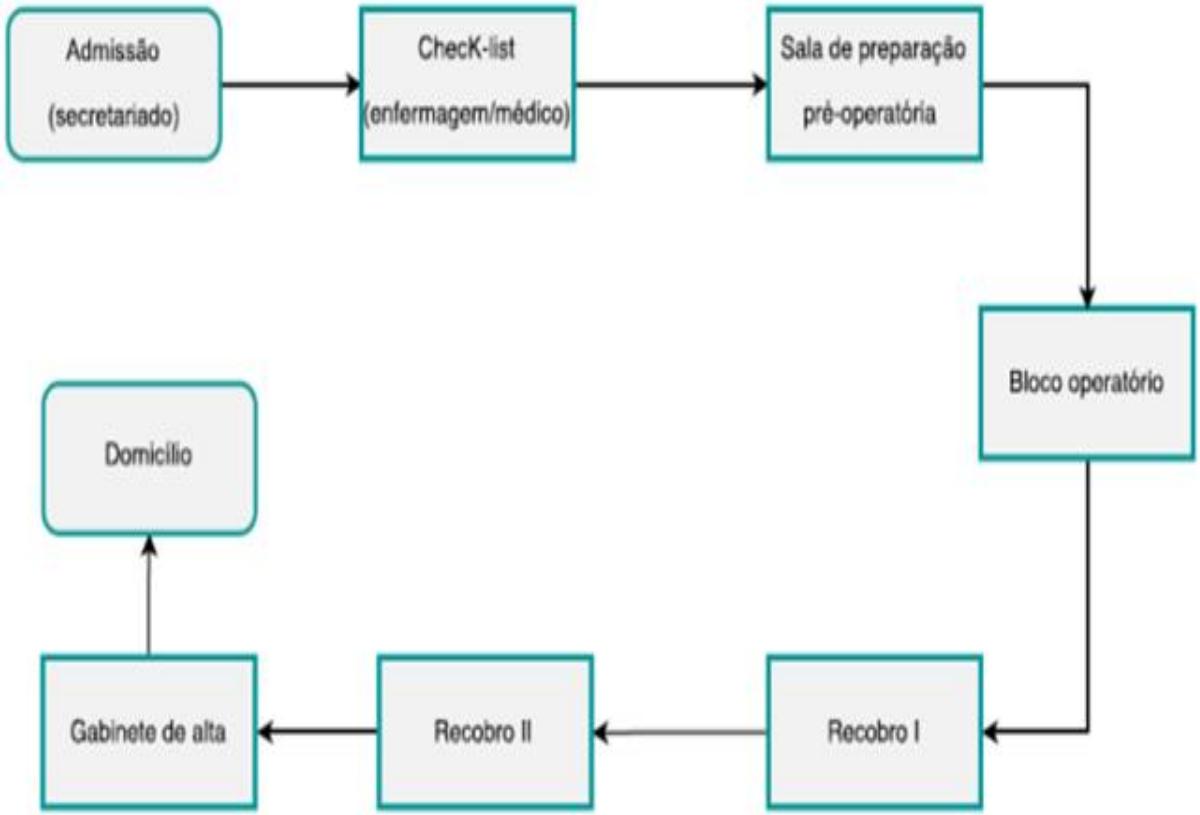


Figura 3: Circuito interno da pessoa em situação perioperatória no dia da cirurgia na UCA

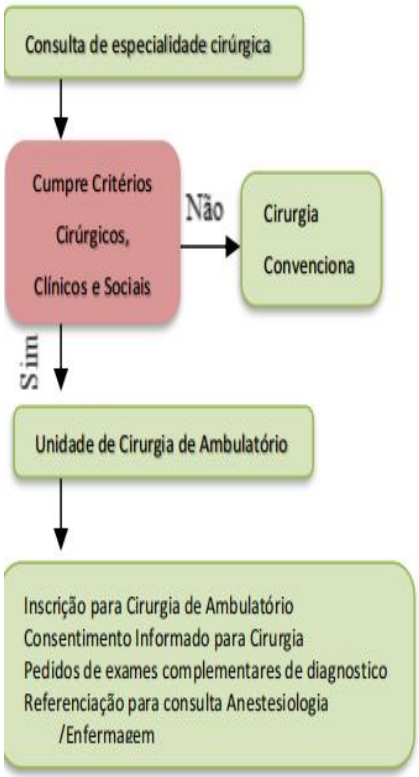
Fonte: Manual de Qualidade CHVNG/E (2022)



Para evitar cancelamentos cirúrgicos e minimizar as complicações cirúrgicos da pessoa em situação perioperatória, a adequada seleção para a anestesia e cirurgia de ambulatório obedece a critérios sociais, clínicos e cirúrgicos bastante rigorosos como apresentado na figura seguinte.

Figura 4: Organograma de seleção da pessoa em situação perioperatória na UCA

Fonte: Fonte: Manual de Qualidade CHVNG/E (2022)



Critérios de seleção da pessoa em situação perioperatória para a UCA	
Cirúrgicos	• Duração média da cirurgia até 120 minutos; • Sem necessidade de cuidados pós-operatórios diferenciados; • Perdas hemáticas previsíveis<500ml; • Baixa probabilidade de complicações pós-operatórias; • Dor pós-operatória controlável com analgésicos peros.
Clínicos	• Pessoa em situação perioperatória saudável (ASA I), com doença pré-existente associada estável (ASAII), ou com comorbilidades (ASAIII) considerando o tipo de intervenção cirúrgica, estado físico atual e tipo de anestesia proposta; • Idade>3ano; • Estabilidade psíquica; • Sem critérios de previsibilidade de via aérea difícil.
Sociais	• Pessoa significativa, acompanhamento nas primeira 24 horas de pós-operatório e no momento alta; • Meio de transporte próprio para o domicílio; • Contacto disponível; • Habitação com condições mínimas de conforto, a menos de 60 minutos de um serviço de urgência médico-cirúrgica.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

A aprendizagem durante o percurso de estágio baseou-se na aquisição de aptidões e competências especializadas em EMC, aliadas às competências do enfermeiro especialista à pessoa em situação perioperatória. O presente tópico inicia com a descrição do desenvolvimento das competências comuns nos seus domínios e posteriormente o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista. A descrição das competências comuns foi desenvolvida á priori por serem competências partilhadas por todos os EE em EMC, sendo por isso inerentes a uma prática especializada. A competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, é reconhecida no EE. Os EE partilham um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Os conhecimentos científicos, tecnológicos e especializados em enfermagem para o desenvolvimento das suas competências no exercício profissional de excelência são fundamentais, quando se trata de valores humanos, éticos e deontológicos. Em contexto de sala de acolhimento, procurou estabelecer uma relação de empatia, apresentando e demonstrando disponibilidade para responder a todas as questões colocadas pela pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa. Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético e deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e no empoderamento da pessoa em situação perioperatória promovendo a sua autonomia e a sua tomada de posição relativamente aos cuidados a serem prestados. O EE age como defensor da pessoa em situação perioperatória e facilitador de decisões e práticas baseadas na melhor evidência científica, contribuindo para a promoção de cuidados seguros, éticos e centrados na pessoa. Essa abordagem holística garante que a pessoa não seja apenas um recetor passivo de cuidados, mas participante ativa e informada em todo o processo perioperatório. O EE garante que a pessoa em situação perioperatória tenha uma compreensão clara dos benefícios, riscos e alternativas do procedimento, com respeito das preferências e dos valores da pessoa. O empoderamento da pessoa é um

elemento crucial da competência do EE. Isso envolve fornecer á pessoa em situação perioperatória as informações necessárias para que ela compreenda a sua condição, o procedimento cirúrgico, permitindo que ela participe de forma ativa nas decisões do seu tratamento. O EE avalia, partilha e reflete com a equipa os resultados da tomada de decisão ética na sua área de especialidade.

Os profissionais que transmitem informação útil e explícita, promovem a participação da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa no seu percurso em CA (Gaspar, 2022). O EE demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, e as responsabilidades profissionais, como o acesso à informação, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para a pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa. Tem o dever de respeitar a confidencialidade no acesso e segurança à informação, o respeito pela sua privacidade e dignidade, na sua autodeterminação pelos cuidados especializados de saúde, assim como ver respeitados os seus valores e crenças. Na prática clínica o EE gere a segurança, implementando medidas de prevenção e identificando fatores de risco, para prevenir eventos adversos. O Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) salvaguarda, e permite fundamentar as suas intervenções enquanto profissional de saúde, com autonomia (Decreto Lei n.º 161/96, 1996). O EE tem como objetivo as práticas clínicas seguras, baseada em evidência científica, focadas na pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa. Como padrão da qualidade dos cuidados em saúde, os enfermeiros exercem com a deontologia profissional que lhes é inerente garantindo os princípios éticos Capítulo VI, (lei n.º 156/2015, 2015). Segundo o artigo 4 do Regulamento n.º 613/2022 (2022), o enfermeiro no seu exercício profissional, adota uma conduta responsável, ética e deontológica, atuando com a dignidade e autonomia técnico-científica da profissão. Na UCA durante o estágio tivemos a oportunidade de participar em tomadas de decisão, na consulta pré-operatória, no contacto telefónico das 48 horas que antecede o procedimento cirúrgico, no acolhimento onde é realizada a *CheckList* de admissão no dia da cirurgia, no momento da alta clínica, e o contacto telefónico após as 24 horas da cirurgia.

Estes momentos cumpriram, com respeito a privacidade e intimidade da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa, segundo o código deontológico dos enfermeiros (OE, 2015). Existe um folheto para cada intervenção realizada na UCA, no sentido de facilitar a compreensão das recomendações a seguir, antes da cirurgia e após a alta hospitalar. Estes folhetos informativos vão de encontro àquelas

que são as principais dúvidas e inquietações da pessoa em CA. A informação deverá incluir pormenores acerca da situação clínica, e do procedimento cirúrgico em CA.

Na fase intraoperatória prevalece o respeito pela intimidade e privacidade da pessoa, considerando o momento da indução anestésica um momento, de tranquilidade e harmonia, devendo assegurar que apenas os elementos essenciais, ao decorrer da mesma estão presentes na sala operatória. No pós-operatório (recobro II) são efetuados ensinos na presença da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa para reforçar a informação, para a alta clínica. Tendo os critérios clínicos para a alta, é entregue uma carta de alta de enfermagem, marcação da consulta de *follow-up* da especialidade cirúrgica e medicação de cedência. Esta fase é um momento oportuno para explicar as possíveis complicações inerentes ao procedimento cirúrgico, e para o empoderamento da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa na resolução das mesmas. Nas seguintes 24 horas a pessoa em situação perioperatória recebe um telefonema pelo enfermeiro, para avaliação do seu pós-operatório, e novamente às 72 horas da alta, caso tenha havido intercorrências no telefonema das 24 horas. Após 30 dias é enviado por correio eletrónico um inquérito de satisfação. Estes momentos da fase de vivência e experiência da pessoa em situação perioperatória no seu processo saúde-doença foram realizados sempre em local próprio na UCA, com conforto e privacidade. A pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa é informada sobre o seu tratamento, sobre o consentimento informado esclarecido e livre (CIEL), respeitando os princípios fundamentais da ética de forma individual, respeitando os seus valores religiosos, pessoais e/ou culturais, na sua autodeterminação para os cuidados de saúde. No que respeita ao registo clínico, este configura um instrumento ético-legal de suma importância para a pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa, para a instituição e para a equipe de saúde, no ensino e na pesquisa (Gomes et al., 2020). Todo o registo em papel com informação clínica não necessária é destruído. A UCA rege-se por princípios e valores de qualidade e segurança, com excelência nos resultados na tomada de decisão, como na concretização de padrões de excelência, na integridade dos princípios éticos. Durante o estágio, no desenvolvimento das competências de EE, os cuidados holísticos e de humanização foram tidos em conta nas tomadas de decisão na equipa multidisciplinar.

2.2. Melhoria contínua da qualidade

O departamento da qualidade na saúde, é baseada na melhor evidência científica, centrada na pessoa e no seu percurso de cuidados efetivos, seguros e eficientes de forma humanizada e individualizada, como na promoção, na divulgação e na implementação de normas do SNS (Despacho n.º 1250/2020, 2020).

A direção geral da saúde (DGS) tem como missão promover e desenvolver a implementação e avaliação de programas de segurança dos doentes na melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades de saúde (Regulamento n.º 14/2012, 2012). A UCA rege-se por padrões elevados, nos resultados dos indicadores de qualidade, pelas melhores práticas clínicas e assume um compromisso que é assinalado publicamente com o acordo e programa de acreditação para organizações de saúde da *CHKS* (C*aspe Healthcare knowledge Systems*) (Vaz, 2017).

Em Portugal atualmente encontram-se três modelos de acreditação, *CHKS, JCI (Joint Commission International) e ACSA (Agência de Calidad Sanitária de Andalucía)* sendo a UCA acreditada pelo programa de acreditação do *CHKS*, com nível de aquisição de ótimo em 2024. Este programa é uma ferramenta de garantia de qualidade, ao definir uma estrutura de normas implementadas que garantem a prestação de serviços de elevada qualidade.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019), o EE no domínio da melhoria contínua da qualidade garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, na área da governação clínica, na operacionalização de projetos na área da qualidade e participa na divulgação e concretização dos mesmos a nível da instituição. Na aquisição de conhecimentos e habilidades em contexto perioperatório desenvolve a prática clínica na melhoria contínua da qualidade, na comunicação dos resultados à equipa multidisciplinar. Num processo de melhoria de enfermagem especializada elaborou-se ainda durante o estágio a criação de um protocolo para controlo das validades e gestão de *stocks* dos medicamentos na UCA, sessão de formação à equipa (APÊNDICE VII), e uma instrução de trabalho no controlo das validades e gestão de *stocks* dos medicamentos na UCA (APÊNDICE XVI). A criação de um protocolo no controlo das validades e gestão de *stocks* dos medicamentos na UCA, estão na base da segurança do medicamento com base no Plano Nacional e Segurança do Doente (PNSD 2021-2026), na cultura de segurança do medicamento, como uma prioridade para todas as instituições hospitalares, refletindo-se nos indicadores de qualidade. Com o aumento das cirurgias de

ambulatório, 4 em cada 10 doentes são vítimas de eventos adversos, sendo que desses 80% eram evitáveis (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2019).

Os Enfermeiros Especializados devem promover o desenvolvimento de práticas seguras no processo de gestão da medicação e uniformizar o processo de controlo das validades dos medicamentos nos diferentes locais de armazenamento, quanto às suas especificidades e padronizados, conforme as necessidades das especialidades cirúrgicas da UCA, para o processo e gestão da medicação (DGS, 2015). Na UCA a gestão da verificação das validades é realizado pelo enfermeiro no âmbito do perioperatório, contudo não existe etiquetagem de alerta de risco dos medicamentos a expirar e a necessidade de controlo de *stocks* mínimos e recomendáveis para a CA. Reconhece que a criação de um protocolo no controlo das validades e gestão de *stocks* dos medicamentos, será uma mais-valia para a UCA, como melhoria contínua na qualidade e segurança da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa, como dos profissionais. Nas técnicas terapêuticas seguras, na temática do medicamento seguro e no controlo das validades dos medicamentos na UCA, estas deverão ser realizadas, pela dupla verificação da medicação, a fim de evitar eventos adversos. O EE "utiliza estratégias e medidas de segurança para evitar danos decorrentes da administração dos medicamentos e procedimentos anestésicos", sendo a gestão de *stocks* dos medicamentos e o controlo das validades dos mesmos, fundamental para atingir essa segurança (Regulamento n.º 429/2018, 2018). A criação do protocolo, de controlo e gestão de *stocks* dos medicamentos na UCA, visa apoiar a tomada de decisão, contribuindo para um melhor planeamento, monitorização e avaliação do processo, envolvendo toda a equipa multidisciplinar. O objetivo será evitar e/ou diminuir para além dos resíduos e desperdícios hospitalares, efeitos do risco inerente e inadvertido para a pessoa, devido à data de validade expirada dos medicamentos, sem uso prévio. Serve este protocolo para reflexão acerca da elaboração de um projeto de melhoria contínua na CA. A intervenção e a valorização do EE nas suas competências acrescidas de uma enfermagem avançada contribuem para a manutenção de um ambiente terapêutico seguro. O resultado esperado para a promoção da qualidade e segurança da pessoa, é que os medicamentos utilizados na UCA apresentem a sua validade conforme. A implementação do protocolo, visa obter uma sistematização na gestão dos *stocks* dos medicamentos com quantidades mínimas e máximas recomendáveis, a fim de obter ganhos em saúde, como indicadores de resultados de qualidade (Berça & Veiga, 2022). Fica a sugestão na área da segurança do medicamento, a implementação deste protocolo em contexto de trabalho e conjuntamente com os serviços informáticos, desenvolver um *link* de acesso fácil, para toda a equipa envolvida na promoção da segurança do medicamento e

da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa na UCA. No sentido de propor estratégias de melhoria no desempenho dos profissionais, que visem obter ganhos em saúde do doente cirúrgico, criou-se uma pasta partilhada para consulta e atualização de dados, de fácil acesso a toda a equipa, para sugestões de melhoria.

Destaca a identificação de oportunidade de melhoria no âmbito da comunicação, através do recurso a uma norma interna na utilização da técnica ISBAR (*Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação), e *Recommendation* (Recomendações)), para uma transição segura dos cuidados na UCA (Andrade, 2023). Esta norma assegura a transição dos cuidados inerentes aos medicamentos administrados no perioperatório da UCA. Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012 (2012), a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz, na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança da pessoa, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR. Esta norma foi atualizada pela DGS em 2017. As instituições prestadoras de cuidados de saúde, onde exista gestão da medicação, devem assegurar os recursos necessários para a implementação do processo de reconciliação da medicação, evitar eventos adversos, assim como diminuir a probabilidade de ocorrência de erro humano.

O desenvolvimento do curso de MEMCAEEPSP permitiu a consciencialização de que a excelência profissional deverá sempre ter como base da sua práxis a evidência científica, que é obtida através da investigação clínica, neste caso realizada por enfermeiros especialistas em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, na procura de se atualizarem e aprofundarem conhecimentos, contribuindo para uma enfermagem avançada (Regulamento n.º 139/2019, 2019). Contribuiu para a melhoria contínua da qualidade as instruções de trabalho de procedimentos cirúrgicos criada para a cirurgia de otorrinolaringologia (rinoplastia) (APENDICE XIV) e cirurgia de estomatologia (extrações dentárias, exéreses de quistos e restauros), sem maxila-facial (APENDICE XV). Estas são partilhadas em pasta documentada de fácil acesso a toda a equipa. O EE na implementação de programas de melhoria contínua, desenvolve práticas de qualidade e considera a avaliação e revisão das práticas clínicas, de acordo com os resultados obtidos. Iniciativas no sentido de garantir a assistência de qualidade estão cada vez mais emergentes no cenário atual, na gestão de serviços de saúde e são de fundamental importância para a criação de indicadores de qualidade (Werle & Andrade, 2022).

Destaca-se a investigação científica das intervenções de enfermagem especializada no CT, como projeto de melhoria contínua na prática clínica, para a criação de futuros indicadores de qualidade na satisfação da pessoa a intervencionar em CA.

A UCA como instituição acreditada, torna-se um desafio constante, na procura de cuidados seguros com garantia de qualidade pelos profissionais de saúde. Ainda no contexto de ensino clínico destaca-se a implementação de um fluxograma do processo de enfermagem na prevenção da hipotermia perioperatória inadvertida (HPI) e respetiva sessão de formação à equipa (APÊNDICE V), assim como a implementação de uma escala visual de avaliação conforto térmico (EVACT) (APÊNDICE III). Contribuiu de forma enriquecedora a apresentação do póster "fluxograma do processo de enfermagem na prevenção da HPI" (ANEXO IX), nas VI Jornadas de Enfermagem Perioperatória de Leiria: "Enfermagem Perioperatória, Inovar e Humanizar".

Este estágio, foi sem dúvida um enorme desafio na aquisição de conhecimentos especializados na melhoria contínua da qualidade, como reflete a elaboração do manual de integração dos enfermeiros da UCA (APÊNDICE IX) e respetiva sessão de formação á equipa (APENDICE X). A realização e conclusão do manual exigiu um enorme esforço como trabalhador-estudante, com a duração de 2 meses decorrentes do período de estágio. Refletiu uma aquisição de habilidades e conhecimentos baseados em evidência científica, em sensibilizar e aprofundar os conhecimentos pessoais, profissionais como mais-valia para a UCA. A criação de um manual de integração de enfermeiros da UCA permitiu aprimorar as práticas clínicas, passando estas a basearem-se em evidência científica. Este manual foi sugerido pela enfermeira coordenadora e gestora, e contribuiu na aquisição de nível OTIMO no processo de acreditação da UCA em 2024. Como sugestão de melhoria contínua, este manual de integração de novos enfermeiros mostra-se de extrema importância na integração dos novos enfermeiros no que respeita a todas as fases do perioperatório. É através da integração que o indivíduo aprende o sistema de valores, normas e padrões de comportamento, requeridos pela organização, favorecendo a mudança de atitudes e comportamentos de forma a adquirir novas competências (Chiavenato, 2007). Um manual de integração é uma ferramenta auxiliar de adaptação indispensável para a gestão dos recursos humanos de uma instituição. O presente manual constitui um instrumento facilitador no processo de integração de enfermeiros na UCA. Este processo só deverá ser considerado concluído, quando o novo elemento conhecer a filosofia organizacional, as várias equipas de trabalho e quais as funções que lhe estão atribuídas, desempenhando-as sem dificuldades (Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 78/2017, 2017).

Sendo esta uma área em que ainda existem muitas lacunas e que colocam em risco a segurança dos doentes e profissionais, a criação do manual desenvolvido, pretendeu não só responder a uma necessidade académica, mas também colmatar uma necessidade

intrínseca ao serviço onde prestamos cuidados e, desta forma, poder vir a ser implementado de forma a promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Como estratégias de melhoria para a prática clínica, foi proposto a simulação das práticas clínicas na integração dos enfermeiros da UCA. Na UCA realizam-se *workshops* e filmagem de vídeos das sessões de formação, colocados á posterior em pasta partilhada da UCA, que servem como guias de aprendizagem para a prática clínica. Contudo seria uma mais-valia, criar um guia *standard* para a prática simulada em contexto perioperatório e sensibilizar para a sua implementação, para o processo de integração dos enfermeiros da UCA.

São evidentes as vantagens da simulação para o ensino e treino dos profissionais, tanto numa componente técnica como numa componente não técnica (Luís, 2022). Atualmente a formação em simulação é uma estratégia de ensino e treino cada vez mais usada em cuidados de saúde (Ferguson et al., 2022). A simulação é um termo amplo, definido como a reprodução artificial de elementos suficientes de um contexto real para atingir um objetivo. Permite replicar uma tarefa ou um aspeto dos cuidados, de forma realista e adequada à prática clínica num cenário simulado, seguro e controlado, sem expor a pessoa a riscos reais (Keane & Pawlowski, 2019). As simulações permitem consolidar treino, conhecimento e habilidades, ensaiar processos e prestação de cuidados, com o foco na capacidade de compreender e gerir situações semelhantes em contexto clínico (Ferguson et al., 2022).

Ainda no domínio da qualidade, foi apresentado o projeto de investigação às chefias e direção, após validação do enfermeiro tutor (APÊNDICE II) com o objetivo de efetuar uma revisão da literatura sobre as intervenções de enfermagem especializada focadas no conforto térmico, em contexto de CA.

Foram realizadas cinco sessões de formação á equipa da UCA "Intervenções de Enfermagem Especializada no Conforto Térmico em Contexto de Cirurgia de Ambulatório" (APÊNDICE XII).

Para responder ao aumento do número de cirurgias diárias, bem como para evitar um possível aumento proporcional da morbidade perioperatória, é essencial adotar sistemas de controlo de qualidade, permitindo um processo contínuo de melhoria e minimização dos riscos (Nunes et al., 2018). Como exemplos, fazem parte a correta identificação da pessoa, comunicação eficaz, utilização segura dos fármacos e redução do risco de infeção. Esta gestão do risco tem como principal objetivo garantir a segurança da pessoa, evitando incidentes terapêuticos. É de salientar a sua preocupação em manter um ambiente terapêutico seguro em contexto de bloco operatório (BO), e nesse sentido foram utilizadas etiquetas coloridas de identificação de fármacos e cumpriu com os protocolos instituídos. Durante todo o estágio existiu uma preocupação em garantir cuidados de enfermagem

seguros e documentados nos programas informáticos em vigor no serviço. O EEEMCAEPSP promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção à pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa. A importância dos registos de enfermagem no contexto avaliativo da auditoria é essencial para a segurança da pessoa (Pinto et al., 2020). Os sistemas de informação em enfermagem, onde se integram os indicadores de qualidade, têm como foco a uniformização dos registos em saúde e a consequente visibilidade dos cuidados prestados (Nascimento et al., 2021).

Numa continua melhoria da qualidade de enfermagem especializada realizou-se em contexto de estágio a implementação da EVACT para a população portuguesa em contexto de CA (Martins, 2015). Após análise reflexiva com a tutora sobre as necessidades do serviço, e numa perspetiva de melhoria contínua, em prol da segurança da pessoa e diminuição do risco intraoperatório, foi proposto a elaboração de um póster da EVACT na UCA. Após validação por parte da enfermeira gestora e coordenadora do serviço foi acordado a colocação de três pósteres da EVACT nas três fases do perioperatório: pré-operatório; intraoperatório e pós-operatório, de acordo com as sugestões da equipa. Houve sensibilização dos enfermeiros do perioperatório para a existência da EVACT, como feixe de intervenção dos cuidados de enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento do projeto no serviço com vista à melhoria da qualidade deste. Após decisão conjunta entre a enfermeira gestora, administração e gabinete da qualidade, foi elaborada uma grelha de observação como instrumento de auditoria interna, que será realizada de 6 em 6 meses (APENDICE IV). Com base no parecer e sugestões dos pares, surge o registo da avaliação do CT pela EVACT no *Sclinico.* Além disso*,* elaborou-se um procedimento de avaliação do CT na UCA (APENDICE XVII).

Segundo o Regulamento n.º 533/2014 (2014), garantir a presença de equipas de enfermagem capazes e em consonância com o preconizado em termos de dotações seguras, é essencial para assegurar a qualidade dos cuidados prestados, a segurança da pessoa e profissionais, a redução de complicações pós-cirúrgicas, o conforto, a satisfação e a continuidade dos cuidados.

Ainda no estágio, foi oportuna a simulação na UCA do procedimento, em caso de incêndio e todo o circuito de atuação em caso de emergência numa perspetiva de simulacro.

Como política de qualidade nas unidades de saúde, a prevenção e controlo de infeção constitui uma componente estruturante da qualidade em saúde, no contexto da segurança da pessoa (Gonçalves, 2012). O enfermeiro desempenha um papel ativo na supervisão e em auditorias internas às práticas dos profissionais de saúde no que concerne à prevenção e controlo de infeção (OE, 2021).

Participou no 5º Congresso Internacional IACS 2023: Desafios e Inovação em Controlo de Infeção (ANEXO V) e apresentação de póster intitulado: "Uso de Protetores de Ferida Cirúrgica na Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico" (ANEXO VI). Os Protetores de Ferida Cirúrgica (PFC) são dispositivos estéreis, de uso único, constituídos por um ou dois anéis conferenciais de poliuretano termo plástico e uma manga protetora que cobre a margem incisional. São usados como afastadores cirúrgicos auto-estáticos, indicados para cirurgia aberta e minimamente invasiva. A sua retração elástica atraumática forma um cilindro oco que fornece exposição e serve como protetor da ferida cirúrgica. A Infeção do Local Cirúrgico (ILC), é definida como a invasão e multiplicação de microrganismos nos tecidos do local cirúrgico ou próximo da incisão cirúrgica até 30 dias após a cirurgia ou até um ano em doentes que recebem material implantável (Vieira & Bastos, 2023).

O risco de ILC está associado a diversos fatores relacionados com a pessoa em situação perioperatória e com a técnica cirúrgica (Kang et al., 2018). O enfermeiro instrumentista tem um papel ativo, integrado na equipa cirúrgica, na prevenção e controlo de infeção, baseando a sua prática na evidência científica. A utilização de PFC em conjunto com o feixe de intervenções de prevenção de ILC permite a redução da sua taxa de incidência. Os enfermeiros perioperatórios estão numa posição privilegiada para a gestão e perceção de uma conduta em consciência cirúrgica. Durante o estágio houve oportunidade de participar em auditorias, como ferramenta na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na UCA. Uma das melhorias continuas na qualidade dos cuidados prestados, incidiu nos registos do controlo das validades dos medicamentos na UCA a expirar.

2.3. Gestão dos cuidados

O EE gere os cuidados de enfermagem, em articulação com a equipa e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019). É essencial que na prestação de cuidados se faça uma boa e correta gestão dos recursos existentes podendo ser estes físicos, materiais, humanos e financeiros, pois a utilização eficiente deles implica alcançar a máxima qualidade com o menor consumo de recursos possível. As competências de gestão devem ser constantemente atualizadas, pois vivemos num mundo em constante mudança, sendo imperativo um reajuste das estratégias utilizadas. Exigem o desenvolvimento de habilidades operacionais, e a capacidade do gestor em lidar com as dinâmicas internas e externas das organizações, através do desenvolvimento de atitudes, valores e visões, adaptadas ao mundo envolvente (Dias & Paiva, 2011). É imprescindível um trabalho em

equipa que agregue as competências, responsabilidades e valores individuais, que permita assegurar em continuidade todo o processo assistencial à pessoa e garantir a sua efetiva segurança, pela aplicação de normas, protocolos e a correta execução das boas práticas. Neste contexto, os profissionais de enfermagem encontram-se numa posição privilegiada para a perceção e gestão de uma conduta de consciência cirúrgica, promovendo um ambiente seguro para todos os intervenientes (Balsanelli & Cunha, 2006). Cabe a estes adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, para garantir a qualidade dos cuidados. O EE, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança para garantir a qualidade dos cuidados. A enfermagem como parte fundamental da estrutura organizacional precisa preocupar-se com o seu auto-desenvolvimento, adquirindo novas habilidades, novos conhecimentos e domínio no uso das tecnologias emergentes, sendo que um dos primeiros itens que o EE aprimora é o seu domínio de gestão como ferramenta de liderança. Durante o ensino clínico além da gestão de recursos materiais, providenciou a entrega e recolha do material cirúrgico proveniente do exterior, controlou a gestão dos estupefacientes do serviço, a manutenção e acondicionamento dos materiais e dispositivos médicos.

O enfermeiro responsável de turno organiza e gere os recursos humanos e se necessário, em caso de urgência e/ou emergência, mobiliza profissionais entre as várias salas operatórias (Teixeira et al., 2022).

Para garantir as dotações em sala operatória (SO), segundo o Parecer n.º10/2010 (2010) do Conselho de Enfermagem, referente à dotação de enfermeiros, devem ser alocados três enfermeiros por sala, um enfermeiro de anestesia, um circulante e um instrumentista.

Sendo a gestão dos cuidados uma das competências comuns do EE, este tem conhecimento científico baseado em evidência científica para a tomada de decisão. É um processo complexo, que exige experiência e conhecimentos teóricos, no que concerne ao respeito pelos princípios éticos e deontológicos, que regem a profissão. São da responsabilidade do EE, como uma ferramenta de melhoria, na gestão dos cuidados de enfermagem, o processo de enfermagem quanto ao planeamento, diagnóstico e às intervenções, resultado das suas tomadas de decisão no processo de gestão de risco e práticas seguras. A escassez de recursos é um facto cada vez mais evidente, prestar cuidados de saúde com menor custos de recursos humanos, materiais e económicos é possível evitando os desperdícios. Em tomadas de decisão, além dos recursos, é necessário gerir competências profissionais nas integrações, planeamento e execução de formação em serviço, contínua e adequada às necessidades dos contextos de cuidados, tal como a divulgação, implementação e monitorização das normas e procedimentos institucionais. Com motivação e empenho na

gestão dos cuidados perioperatórios na área de gestão dos recursos, contribui nomeadamente no controlo das validades e gestão de *stocks* de medicamentos da UCA e pedido de reposição destes aos serviços farmacêuticos.

Realça durante o ensino clínico a gestão das validades e gestão de *stocks* do material de Estomatologia. Realiza reposição de materiais e pedidos de consumíveis e instrumental para o funcionamento das cirurgias do dia seguinte a fim de evitar cancelamentos cirúrgicos e riscos desnecessários, quer para a pessoa em situação perioperatória, quer para os outros profissionais de saúde. Este planeamento é fundamental para assegurar o sucesso dos procedimentos cirúrgicos na UCA. A aquisição dos materiais é realizada com base nas necessidades previstas. Como serviço complexo e sendo a UCA uma unidade satélite, numa organização complexa, o BO exige uma conceção própria, para que da mesma forma resultem práticas de melhoria. O acompanhamento com a enfermeira coordenadora e enfermeira tutora, foi um contributo excelente e essencial, na gestão dos recursos para a garantia e qualidade das práticas clínicas da equipa multidisciplinar.

Nesta unidade de ambulatório fazem parte o recobro II (pré e pós-operatório) e o bloco operatório (intraoperatório e o recobro I). Durante o estágio foi de extrema importância acompanhar a enfermeira coordenadora, na gestão dos cuidados.

Realça a qualidade do trabalho com a equipa, e a oportunidade de observar as intervenções de enfermagem no CT e manutenção da normotermia, no registo das mesmas, no sistema informático *Sclinico.*

A UCA pelas várias especialidades cirúrgicas que abrange, exige muitos recursos humanos de forma a garantir a prestação de cuidados de qualidade e excelência. Segundo o Regulamento n.º743/2019 (2019), a dotação segura de enfermeiros em cuidados à pessoa em situação perioperatória na UCA encontra-se no cumprimento legal. Nos recursos dos materiais, os planos cirúrgicos são elaborados diariamente conforme as especialidades em funcionamento e os recursos humanos são alocados e afetos às diferentes especialidades de acordo com as suas competências.

Há material não consignado á ULS que é garantido pelo aprovisionamento e pela central de esterilização. Na gestão dos cuidados, o EE adquire competências para desenvolver equipas efetivas, e observar as melhores práticas de qualidade e segurança para a pessoa em situação perioperatória. A gestão da qualidade na saúde incorpora a estrutura do cenário de cuidados e os processos de trabalho, que mutuamente influenciam os resultados, sejam a motivação, satisfação dos profissionais, ou as perspetivas dos doentes relativamente á sua saúde (Coulter & Fitzpatrick, 2003). Face às preocupações da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa, torna-se necessário que as

instituições e os seus profissionais estabeleçam princípios de boas práticas e garantam a qualidade dos cuidados, incluindo a sua efetividade, a segurança da pessoa e o papel desta em todo o processo. Durante o estágio, o empenho e colaboração com a equipa da UCA, nas intervenções de enfermagem de avaliação no CT e o respetivo registo das mesmas no sistema informático *Sclinico*, são testemunho de uma comunicação e liderança eficazes. A proposta sugerida do registo das intervenções de enfermagem especializada no CT foi um desafio que no futuro, poderá trazer novos indicadores de qualidade, de satisfação e perceção da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa em contexto de CA, assegurando o objetivo de seguir os melhores princípios de adequação, eficiência e eficácia na organização, gestão e liderança (Magalhães, 2017).

Em ambiente de SO, cumpriu com rigor as tomadas de decisão, para a manutenção da normotermia na pessoa em situação perioperatória, tal como está preconizado pela Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) desde 2017. Motivo que implicou na gestão dos cuidados vários contactos com o AVAC (Apoio Ventilação do Ar Condicionado), sendo uma situação que acontece com alguma frequência, uma vez que a temperatura das SO por vezes apresenta temperaturas não conformes. O enfermeiro perioperatório possui um domínio de competência na gestão de cuidados nomeadamente, na sua capacidade de organização, de gestão e liderança (Teixeira, 2024).

2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Este estágio foi encarado desde a sua fase inicial, como enriquecimento do percurso profissional e pessoal, sendo um objetivo no futuro desempenhar funções de enfermeira especialista no serviço da UCA. Este contexto de CA levou a uma reflexão crítica, numa área de especificidade e grande complexidade de especialidades cirúrgicas, que sempre suscitou muita curiosidade em aprofundar conhecimentos. A aquisição de competências das aprendizagens profissionais deve estar a par da evolução científica e tecnológica, da atualização e ambição de conhecimentos e na aquisição de autoconhecimento para uma evolução profissional (Barbosa et al., 2021).

O estágio, enquanto processo de aprendizagem e aplicação de conhecimentos, deve iniciar-se com a definição de objetivos, que foram delineados com base nas necessidades de aprendizagem e competências a desenvolver. Estes objetivos foram descritos na organização da presente unidade curricular, com foco em atender às necessidades do serviço, garantindo benefícios para ambas as partes.

Neste domínio de aprendizagem profissional o EE desenvolve o autoconhecimento e a assertividade que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multi profissionais. Uma equipa motivada e com formação contínua, especializada e bem direcionada, é uma equipa mais competente no desenvolvimento das suas competências na excelência dos cuidados prestados. No decorrer do estágio, dialogou com abertura e espontaneidade, com empatia e principalmente como facilitadora do processo de desenvolvimento e aprendizagem. O BO é um local, propicio a ocorrências inesperadas de eventos adversos tais como as falhas organizacionais, técnicas e humanas (Teixeira, 2018). Durante o seu percurso, gerou respostas de adaptabilidade individual e organizacional e atuou eficazmente mesmo em situação de pressão, urgência e emergência no bloco operatório da CA, quer na componente de anestesia, como na componente cirúrgica.

Como exemplo de uma situação real, durante a indução anestésica um doente apresentou uma reação anafilática a um medicamento. A reação anafilática é uma emergência médica que requer conhecimento imediato e intervenção rápida, enquanto enfermeira de anestesia reconheceu rapidamente os sinais de erupções cutâneas e colaborou na administração de anti-histamínicos e corticosteróides e ajudou no suporte ventilatório crucial para a reversão do estado clínico e e estabilização da pessoa. Num procedimento de cirurgia vascular, ocorreu uma hemorragia intraoperatória significativa, que comprometeu a hemodinâmica da pessoa, tendo sido imprescindível a administração de fluidos para estabilizar a pessoa em situação perioperatória. A sua colaboração enquanto enfermeira instrumentista com o cirurgião para controlar a hemorragia foi necessária para a estabilização da pessoa em situação perioperatória. Esses exemplos evidenciam a importância das intervenções de enfermagem na identificação precoce de eventuais complicações e a necessidade de atuar rapidamente e com precisão para garantir a segurança e o bem-estar da pessoa durante o perioperatório. Destaca-se, neste contexto a formação em suporte básico de vida com desfibrilhador automático externo (SBVDAE), formação que foi realizada no edifício central da ULS. Esta formação partiu da sua iniciativa com objetivo de aprendizagem e atualização dos conhecimentos (ANEXO X). Sem dúvida uma experiência e aprendizagem enriquecedora a nível profissional e pessoal, que fortaleceu as capacidades de organização e destreza, assim como o desenvolvimento de habilidades para atuar eficazmente em casos de urgência e/ou emergência.

A aquisição de aprendizagens profissionais deverá ser um processo de caráter contínuo, na carreira de enfermagem, com foco na atualização técnico-científica e em projetos de investigação.

Segundo Matos (2019), os avanços científicos-tecnológicos exigiram dos profissionais de enfermagem um acompanhamento dessa evolução. Torna-se primordial a construção de pensamento reflexivo em enfermagem para a aprendizagem clínica. O exercício de reflexão deve ser realizado de forma sistemática e monitorizado. Baseia a sua prática clínica em evidência científica nos processos de tomada de decisão, facilita o processo de aprendizagem e aprimora os seus conhecimentos na componente de investigação (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Ao longo do ensino clínico no desenvolvimento das suas competências procurou saber ser, saber estar, saber fazer. A OE salienta que este período de prática supervisada visa promover a tomada de decisão autónoma valorizando a proteção da pessoa e segurança dos cuidados (OE, 2010). É essencial para o sucesso da integração, que o enfermeiro desempenhe, de acordo com Carvalho (2016) citado por Fernandes et al. (2010, p. 54), "um papel importante, possuindo determinadas habilidades técnicas, humanas e conceptuais". As metodologias ativas estimulam a autonomia do aluno quando é dado um problema, tanto na sala de aula quanto nos estágios obrigatórios, dando espaço ao raciocínio e á resolução de problemas, através da reflexão, do estudo e da pesquisa (Klein & Ahlert, 2019). Esta autoformação, permitiu desenvolver mais responsabilidade e autonomia na prática de uma enfermagem especializada. Neste processo de desenvolvimento de uma enfermagem especializada em evidência científica, contribui sem dúvida, a pesquisa científica em bases de dados e consulta de manuais, protocolos, normas e procedimentos disponíveis na instituição, sustentando a prática clínica, com o autoconhecimento. Para o processo de aprendizagem:

> É fundamental para o desenvolvimento da Enfermagem uma aproximação entre a produção científica e a prática de cuidados. Facilitador deste processo é o desenvolvimento das especialidades em Enfermagem como curso de mestrado, promovendo não só práticas diferenciadas, mas também um olhar e pensamento críticos dos profissionais. Neste processo, não se deverá remeter para segundo plano a existência de outras ciências da saúde, sociais e humanas, entre outras que fomentarão o desenvolvimento do corpo da Enfermagem, mas também, torna-se fundamental a divulgação da produção científica em Enfermagem, de forma a dar visibilidade à ciência e à prática da disciplina. (Santos, 2023, p. 87)

Neste percurso, destaca-se a aplicação do processo de enfermagem no CT e risco de hipotermia, na elaboração de planos de trabalho específicos e individualizados, que promovem a autonomia da profissão e a qualidade dos cuidados prestados. No estágio foi aprimorando as suas intervenções de enfermagem na avaliação do CT, na elaboração de

plano de cuidados individualizados centrados na pessoa em situação perioperatória, com foco no Perioperative Patient Focused Model (PPFM), um modelo centrado na pessoa em situação perioperatória, que visa a segurança da pessoa, as suas respostas fisiológicas e respostas comportamentais enquanto referencial dos cuidados especializados (Rothrock & Smith, 2000).

De realçar que durante o ensino clínico na UCA, realizou a implementação de fichas técnicas com procedimentos cirúrgicos, o que gerou oportunidade de desenvolver aprendizagem, tanto a nível pessoal, como profissional. Estas fichas técnicas servem de apoio a procedimentos cirúrgicos realizados na UCA em pasta partilhada de acesso a toda a equipa e surgem da necessidade em promover o conhecimento e aperfeiçoamento nos cuidados prestados de enfermagem, na realização de novas cirurgias que não eram realizadas anteriormente.

Também desenvolveu trabalho ao nível da formação em serviço, tendo colaborado com a enfermeira tutora e a enfermeira responsável pela formação em serviço, no levantamento das necessidades formativas, que serão descritas a seguir:

- Prótese monocompartimental do joelho (ANEXO II). A prótese monocompartimental do joelho visa o tratamento da osteoporose e é minimamente invasiva.

A prótese parcial do joelho, também conhecida como artroplastia unicompartimental do joelho, é uma cirurgia para tratamento da artrose, que substitui parte da superfície do joelho, ao invés de todo o joelho (Mozella et al., 2014). Neste processo facilitador de aprendizagem, em contexto de trabalho, efetuou um pedido ao grupo de informática da ULS, que permitiu o aumento de capacidade de armazenamento da pasta dos documentos da UCA, para colocação e partilha dos vídeos dos *workshops,* acessíveis a toda a equipa. Esta pasta encontra-se no ambiente de trabalho dos computadores da UCA. Realizou-se uma sessão de formação com *workshop* deste instrumental cirúrgico.

- Prótese do ombro Stenless (ANEXO I). Realizada pela primeira vez nesta UCA é uma cirurgia major em contexto de ambulatório. A astroscopia do ombro tem-se generalizado para o tratamento de numerosas patologias que anteriormente eram tratadas por cirurgia aberta ou convencional. É um procedimento cirúrgico minimamente invasivo muito útil para tratar diversas lesões ou doenças. Para a sua execução, fazemos pequenos acessos à articulação onde inserimos uma câmara através da qual observamos as lesões do ombro. Tem por objetivo aliviar o doente das dores no ombro e melhorar a sua mobilidade articular. Para isso o contacto entre as superfícies articulares ou cartilagens é eliminado e substituído por uma interface metal-polietileno. Este procedimento pode ser realizado em regime de

ambulatório, pelo que o doente pode ter alta no próprio dia da cirurgia, ou no dia seguinte ao procedimento, passando apenas uma noite no hospital (Cobo-Cervantes et al., 2017).

- Apresentação de Shaver Intrauterino Bigatti da Karl-Storz em ginecologia (ANEXO III). Utilizado na UCA na realização de histeroscopias e ressetoscopias pela abordagem simultânea: diagnóstica e cirúrgica, facilitando a realização de procedimentos cirúrgicos para diagnósticos e tratamentos em ambiente ambulatorial. O histeroscópico com o barbeador intrauterino *Bigatti IBS®*, possui um maior impacto da velocidade rotacional e da taxa de fluxo de aspiração, proporcionando menor tempo de duração anestésica e cirúrgica. Reflete-se na recuperação mais rápida da pessoa à sua atividade de vida, menos custos associados pelo tempo de permanência na UCA, sem internamento e deve ser realizada por um especialista com treino da técnica cirúrgica (Zhang et al., 2023).

Com a complexidade das técnicas cirúrgicas, dos instrumentais cirúrgicos e dos dispositivos utilizados durante os procedimentos, aumenta também, a importância da formação, especialização e desenvolvimento profissional. Melhorou e aprimorou a sua intervenção nesta técnica cirúrgica como enfermeira instrumentista, reconhecendo a diminuição na duração do tempo anestésico e cirúrgico para a pessoa em situação perioperatória.

- Apresentação de Celonelite em ORL (ANEXO IV). A turbinectomia é um procedimento cirúrgico realizado para solucionar a dificuldade de respiração nas pessoas que apresentam hipertrofia dos cornetos nasais que não melhoram com o tratamento comum indicado pelo otorrinolaringologista. A difícil entrada e passagem do ar torna a respiração mais difícil. Por isso, o médico pode indicar a realização da turbinectomia.

A utilização do *celon* na turbinectomia é uma solução mais eficaz na ablação dos tecidos, devido a ser uma técnica bipolar que transmite uma energia segura e rápida dos tecidos, minimamente invasiva (O'Connor-Reina et al., 2007). Na realização como instrumentista desta técnica cirúrgica, presenciou a melhoria e rápida recuperação da pessoa em situação perioperatória em contexto de CA, no pós-operatório imediato e alta clínica.

- Registos de enfermagem, Enquadramento da CIPE; Modelo de sete eixos da CIPE; Sclinico: Revisão, sensibilização e uniformização dos registos de enfermagem na UCA, (ANEXO VII). A recuperação melhorada após a cirurgia (ERAS na sigla em inglês) é uma abordagem baseada em evidências dos cuidados cirúrgicos, que visa minimizar o stress da cirurgia e apoiar os pacientes a recuperarem rapidamente através da manutenção da fisiologia normal. Fornece planos personalizados para minimizar a dor, reduzir a administração de opioides, acelerar a recuperação e reintegração da pessoa e reduzir as taxas de complicações no perioperatório e o tempo de internamento na UCA (Greenberg et al., 2019). O protocolo ERAS adota uma abordagem holística ao atendimento da pessoa,

que inclui todas as etapas anteriores, durante e após a cirurgia (Mithany et al., 2023). Dado que foi demonstrado que a abordagem ERAS diminui o stress da cirurgia através do seu objetivo em manter a fisiologia normal da pessoa em situação perioperatória tanto quanto possível, qualquer pessoa submetida a cirurgia poderia beneficiar desta abordagem (Altman et al., 2019).

- Presença no 1º webinar bloco verde (ANEXO XI). A sustentabilidade económico-financeira das organizações é fundamental para a sua continuidade e evolução. O tema da sustentabilidade ambiental é marcado pela preocupação com a escassez dos recursos naturais, com a poluição, com as alterações climáticas e com as respetivas consequências nos ecossistemas. Um dos maiores contribuidores para o impacto ambiental, entre as organizações prestadoras de cuidados de saúde, são os hospitais. O BO em concreto, caraterizado pela sua complexidade e por ser um grande consumidor de recursos e, consequentemente, um grande produtor de resíduos hospitalares, deve ser o motor de inspiração de um projeto estratégico de gestão ambiental e apresentar-se como um impulsionador para toda a organização hospitalar (Lopes, 2021). Alguns exemplos a seguir da sua contribuição para a sustentabilidade na UCA: realizou com empenho a separação dos resíduos, papel e plástico, numa atitude consciente; realização dos registos de enfermagem efetuados no sistema informático para a redução na utilização do papel; na diminuição de utilização de descartáveis como garrafas de água de plástico; redução no consumo energético quando as salas operatórias nao estão em funcionamento; na redução de gastos com os fármacos; redução na abertura de materiais cirúrgicos em manga esterilizada; separação de resíduos contaminados.

- Participação em focusgroup "O fumo cirúrgico é um poluente ocupacional presente no ar das SO produzido quando o eletrocautério é utilizado, um dispositivo amplamente utilizado nas cirurgias, que permite a ablação exata do tecido operado, bem como, o controlo hemostático do local cirúrgico" (Mittelstein et al., 2017, citado por Caus et al., 2023, p. 2).

Esta temática fez refletir sobre os seus procedimentos na UCA, e a falta de consciencialização para o perigo presente no fumo cirúrgico. Utilizou a aspiração de fumos em vários procedimentos cirúrgicos na UCA tal como na cirurgia laparoscopia, contudo não é prática corrente. Os profissionais estão expostos a partículas tóxicas, que são comparadas a um grama de fumo cirúrgico o que é equivalente em termos de toxicidade a fumar três a seis cigarros.

- Participação no XXI Congresso Nacional da AESOP (ANEXO XII) "Horizontes Digitais na Enfermagem Perioperatória" com apresentação de póster "Intervenções de Enfermagem

Especializada: Conforto Térmico em Contexto de Cirurgia de Ambulatório", no centro de artes e espetáculos da Figueira da Foz (ANEXO XIII).

Após a realização do estágio e realização do projeto de investigação, sentiu necessidade de contribuir para o desenvolvimento de uma enfermagem avançada, com foco na divulgação e disseminação dos resultados inerentes à evidência científica vigente. A realização do póster, poderá servir para contribuir nos indicadores de qualidade de satisfação da pessoa em situação perioperatória no conforto térmico (CT) na UCA. Foi gratificante e motivo de orgulho pessoal pelo seu póster ter sido aprovado e selecionado pela AESOP de entre os nove melhores pósteres, de 57 pósteres que se encontravam a concurso para seleção.

Com a enfermeira tutora e o enfermeiro orientador, foram delineados os objetivos específicos na fase inicial deste ensino clínico, tendo sido concretizados em tempo útil no decorrer do estágio. A procura contínua pela atualização e aprofundamento dos conhecimentos científicos com vista à prática de uma enfermagem avançada de excelência profissional, sai reforçada pelos resultados do estudo de investigação baseada nas evidências científicas atuais. Esta permitiu uma consciencialização crítica e reflexiva no decorrer do curso de mestrado e EEEMCAEPSP.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória

Garantir os princípios éticos e o cumprimento da deontologia profissional, baseados na melhor evidência científica e focados no cliente, são um estado de arte:

> O avanço no conhecimento requer que o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A enfermagem perioperatória requer do EEEMCAEPSP, uma formação especializada, para uma prática avançada, segura e de qualidade, que reflete as competências especificas do EEEMCAEPSP: "Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa; maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica" (artigo 5 do Regulamento n.º 429/2018).

3.1 Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa

Considerando a especificidade das necessidades da pessoa em situação perioperatória, o EE mobiliza conhecimentos e habilidades para cuidar a pessoa e respetiva família/pessoa significativa, promovendo a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, capacitando-os para o autocuidado e reintegração familiar e social (OE, 2017).

3.2 Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

O EE demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório, lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios e promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório (Decreto-Lei n.º 135/2018).

Considerando o elevado risco de infeção associado aos cuidados de saúde decorrente da doença aguda ou crónica, do ambiente e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos de que a pessoa é sujeita, quer sejam de diagnóstico, terapêuticos e manutenção da

qualidade de vida, o enfermeiro responde eficazmente na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos associados aos cuidados perioperatórios segundo o Regulamento n.º 429/2018 (2018).

Os cuidados de enfermagem nesta área de especialização são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e respetiva família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença. A intervenção do EEEMCAEPSP desenvolve-se em cinco áreas de atuação complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos. Este período comporta as fases pré, intra e pós-operatório.

O desafio da UCA, devido à sua frequente mudança tanto de recursos quanto de especialidades cirúrgicas, somado aos curtos períodos operatórios, torna essencial a aquisição contínua de habilidades e o desenvolvimento de competências específicas do EEEMCAEPSP.

Como enfermeira do perioperatório, a integração na equipa multidisciplinar decorreu de forma acessível, conseguindo estabelecer um bom relacionamento interpessoal, criando condições de proximidade e espírito de equipa. A atitude proativa e a aplicação de uma comunicação empática e eficaz permitiram facilitar este percurso e por sua vez, a aquisição e desenvolvimento das competências especializadas. Com o objetivo de avaliar as necessidades reais da pessoa em situação perioperatória, identificar diagnósticos de enfermagem e implementar as intervenções correspondentes, o EE analisa os resultados das suas ações.

Para tal assegurar a presença de equipas de enfermagem adequadas em termos de dotação no bloco operatório, conforme o Parecer da OE n.º 10/2010 (2010) do Conselho de Enfermagem, é essencial para garantir as competências necessárias nos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação perioperatória em cada processo cirúrgico.

De seguida descreve-se as competências específicas do EEEMCAEPSP na UCA.

A pessoa em situação perioperatória na UCA tem um percurso bem definido desde a consulta pré-operatória até ao *follow-up.* Durante o estágio clínico a oportunidade de passagem pela fase pré-operatória, intra-operatória e pós-operatório foi de extrema importância, tendo o estágio incidido na fase intra-operatória, local onde desempenha as funções de enfermeira anestesista, circulante, instrumentista e recobro I.

A pessoa na UCA inicia o seu percurso pela fase pré-operatória, consulta de enfermagem e a fase do acolhimento. Na fase pós-operatória, incide na passagem pelo recobro I (cuidados imediatos), recobro II (cuidados tardios), terminando com a alta clínica. Após a alta clínica

são efetuados os telefonemas das 24 horas e 48 horas, e se necessário às 72 horas. Os procedimentos em CA tornam-se cada vez mais habituais, daí a importância que a pessoa em situação perioperatória compreenda a preparação para a cirurgia, os seus benefícios e os riscos da alta no mesmo dia, como aquisição de conhecimentos que a habilitem para a sua recuperação pós-cirúrgica, aspetos que determinam o sucesso das cirurgias neste regime ambulatorial (Gaspar, 2022). Na fase pré-operatória em CA é importante a consulta de enfermagem ser presencial. São entregues para cada procedimento cirúrgico e anestésico um folheto com a informação necessária à pessoa em situação perioperatória, o qual contém as orientações e informações para o procedimento cirúrgico/anestésico assim como o contacto da instituição no caso de surgirem dúvidas. Nesta fase da consulta, são avaliados diversos aspetos tais como: o estado clínico da pessoa, a medicação habitual, as alergias, a presença de acompanhante para o dia da cirurgia que é um requisito para a CA. Caso sejam identificados fatores que comprometam o cumprimento dos critérios para CA, a pessoa poderá ser reencaminhada para a ULS central, visando garantir a sua segurança. Nesta fase é entregue à pessoa uma esponja para a higiene pré-operatória. Em CA, deve ser fornecido á pessoa, na consulta prévia, esponja impregnada de gluconato de clorohexidina ≥ a 2 % para a realização de higiene pré-operatória em casa como referido na Norma n.º 018/2014 da DGS. Ainda na fase da consulta de enfermagem é importante destacar a relevância de fornecer informação sobre o procedimento cirúrgico e capacitar a pessoa e sua família para a experiência cirúrgica, prevenindo complicações, com o objetivo de facilitar o retorno à normalidade após a alta hospitalar.

Na fase pré-cirúrgica, é realizada uma chamada telefónica 48 horas antes para confirmar a cirurgia, verificar se houve alguma alteração no estado clínico desde a consulta pré-operatória, confirmar o tempo de jejum necessário, o horário de chegada no dia da cirurgia e a presença de um acompanhante.

No dia da cirurgia e na admissão da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa é realizado o contacto direto com a equipa de profissionais, sendo crucial a inequívoca identificação da pessoa. Enquanto EE promove um ambiente calmo, seguro e de confiança, realiza o preenchimento da *CheckList* em conformidade com a da consulta pré-operatória. Já na fase de acolhimento o cirurgião e anestesista abordam a pessoa no sentido de esclarecer dúvidas, e informações pertinentes e confirmar o CIEL (Consentimento Informado Esclarecido e Livre) que foi fornecido na consulta pré cirúrgica e consulta pré-anestésica. O CIEL encontra-se digitalizado no processo clínico da pessoa. Quando não está conforme, a pessoa é solicitada a assinar. Enquanto enfermeira de anestesia cumpriu com a confirmação do CIEL, sendo este um requisito pré-cirúrgico. O

enfermeiro perioperatório deve verificar a concretização de consentimento informado para garantir o cumprimento das recomendações legais e éticas relacionadas com este procedimento. É também sua função verificar se a pessoa compreendeu a informação que lhe foi transmitida no sentido de assegurar o exercício pleno da sua autodeterminação e tomada de decisão (Correia, 2023). No consentimento informado subentende-se a compreensão de livre consentimento. Estes dois conceitos, quando assumidos pela pessoa, são a garantia, de que qualquer decisão assenta nos pressupostos de autorresponsabilização, conhecimento e liberdade de escolha (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2009). A verificação do CIEL é uma prática essencial, especialmente em contexto pré-cirúrgico e assegura que a pessoa em situação perioperatória está plenamente informada sobre o procedimento a ser realizado, incluindo os riscos, benefícios, alternativas, e o direito de recusar o tratamento.

No momento do acolhimento,a pessoa recebe uma bata e um roupão conforme as orientações da instituição, e os seus pertences são guardados em um cacifo com chave. Também é informada pelo enfermeiro do perioperatório sobre a punção endovenosa e respetiva colocação de soro, administração de pré-medicação, esvaziamento vesical, monitorização e se necessário a realização da tricotomia. Para Correia (2023) a presença do enfermeiro perioperatório valoriza a qualidade e gestão de risco que favorecem as boas práticas e a humanização dos cuidados prestados, segurança da pessoa e o empoderamento da pessoa e respetiva família/pessoa significativa para a gestão da sua experiência cirúrgica, tendo em conta a sua individualidade e vulnerabilidade antes, durante e após cirurgia.

Realizou no decorrer do estágio a consulta pré-operatória pediátrica, que é realizada por um inquérito pré-cirúrgico. Na UCA está institucionalizado, como estratégia promotora de alívio de ansiedade e medo, menores de idade e pessoas com necessidades especiais, que se encontram em situação de vulnerabilidade, o acompanhamento das mesmas, até à indução anestésica. É fundamental auto capacitar a pessoa e respetiva família/pessoa significativa, a adquirir conhecimento da experiência cirúrgica e esclarecer dúvidas e apoio às suas emoções e receios (Sousa, 2023). Estes momentos de interação com a pessoa e respetiva família/pessoa significativa foi oportuno para promover o cuidado holístico, que inclui o cuidado físico, mas também o apoio emocional e educacional. Procedeu ao esclarecimento de dúvidas e respondeu a perguntas, o que fez reduzir a ansiedade e o medo do desconhecido que são comuns em situações cirúrgicas. Foi importante reconhecer e validar as emoções da família e da pessoa em situação perioperatória para expressar os seus receios, preocupações e sentimentos demonstrando empatia, ouvir e quando possível,

proporcionar conforto e segurança. Foi explicado ao acompanhante que iria receber uma mensagem no telemóvel a informar o término da cirurgia.

Na fase intraoperatória, o enfermeiro da UCA pode desempenhar papéis cruciais para garantir a segurança e o sucesso do procedimento cirúrgico. As funções de anestesia, circulante, instrumentista e recobro I são fundamentais para o funcionamento coordenado da equipe e para a assistência integral à pessoa em situação perioperatória. Para evitar os erros enquanto EE e no contexto intraoperatório, confirma a identidade da pessoa em situação perioperatória pela comunicação verbal e pela pulseira de identificação, estes momentos são a garantia de que o procedimento cirúrgico seja realizado à pessoa correta.

Na transição dos cuidados, o enfermeiro de anestesia é crucial, especialmente na confirmação da administração correta dos fármacos, antes, durante e após a sua administração. Essas práticas testemunham a importância enquanto EE na transição dos cuidados, tendo contribuído para um ambiente seguro, onde o foco principal é o bem-estar e a segurança da pessoa em situação perioperatória. A fase de transição, desde a preparação pré-operatória até ao recobro I é um momento crítico onde a comunicação efetiva e a precisão são essenciais para a segurança da pessoa em situação perioperatória. As transições de cuidados e a frequência com que são efetuadas, são momentos considerados de grande vulnerabilidade para a pessoa, pelo risco de omissão e erro nas informações, pelo que uma comunicação eficaz assume um papel preponderante na garantia de qualidade na transição de cuidados (Barbosa, 2022). Os resultados indicam que a aplicação da técnica ISBAR melhora a transferência de informações, evita falhas e protege a segurança da pessoa (Figueiredo et al., 2020).

O EE perioperatório tal como refere Guimarães (2022), promove a segurança, o conforto, a integridade, a privacidade e o cumprimento da vontade expressa da pessoa, até que ela tenha capacidade para os assegurar.

Uma das intervenções importantes do enfermeiro perioperatório é o posicionamento cirúrgico, que tem como principal finalidade, promover o acesso ao local cirúrgico, este deve ser realizado de forma correta para garantir a segurança da pessoa e prevenir complicações, tais como riscos associados de lesões nervosas, vasculares e cutâneas, cujas consequências podem influenciar o equilíbrio hemodinâmico e ventilatório (Arqueiro, 2021). Relativamente ao posicionamento da pessoa, trata-se de uma intervenção necessária e desafiadora para toda a equipa cirúrgica. Existem vários tipos de posicionamentos, cada especialidade cirúrgica tem as suas especificidades, sendo fundamental o enfermeiro ter formação sobre os cuidados de enfermagem relacionados com o posicionamento seguro da pessoa. Este tem como objetivo criar a melhor exposição cirúrgica com o mínimo de

desconforto. Algumas das preocupações sempre presentes, foi implementar medidas de segurança e providenciar recursos materiais e humanos, adequar o posicionamento à cirurgia, proteger as zonas de pressão com dispositivos próprios e proteger a pele de eventuais contactos com metal e líquidos, prevenir o comprometimento circulatório e respiratório e compressão nervosa. Um pequeno erro de posicionamento pode deixar sequelas permanentes na pessoa. Perante algumas potenciais complicações, como o surgimento de úlceras de pressão, lesões cutâneas e teciduais, o enfermeiro perioperatório deve compreender as alterações fisiológicas e anatómicas que decorrem no posicionamento cirúrgico. Implementar intervenções preventivas do desenvolvimento de lesões ou outras complicações inerentes ao procedimento cirúrgico, no sentido da promoção e melhoria da qualidade dos cuidados, traduzirá ganhos em saúde. O domínio das técnicas de posicionamento e a avaliação da pessoa, permite o diagnóstico de necessidades específicas para cada pessoa (Bjorklund-Lima et al., 2019). Durante o estágio, desenvolve competências fundamentais como enfermeira de anestesia e enfermeira circulante, com cumprimento rigoroso das medidas de segurança relativas ao correto posicionamento cirúrgico. Familiarizou-se com os diversos equipamentos disponíveis, assegurando o seu uso de forma segura e apropriada. Aprofundou os conhecimentos sobre os diferentes tipos de posicionamento necessários para os vários procedimentos cirúrgicos, aprendendo a realizar esses posicionamentos de forma a evitar lesões à pessoa em situação perioperatória e garantiu a exposição adequada da área corporal para a cirurgia. Este processo levou a uma reflexão sobre a escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico da pessoa em situação perioperatória (ELPO). No estágio atendendo á situação de uma pessoa idosa, ao tempo mais demorado de cirurgia em relação ao previsto e às suas comorbilidades, foi oportuna a colocação de colchão visco-elástico e ainda durante o procedimento cirúrgico foi reajustado o posicionamento pedido pela pessoa, com colocação de almofada de gel com elevação dos membros inferiores e proteção da zona dos calcâneos. A ELPO é uma escala simples e de fácil aplicação e é constituída por sete itens. Considera o tipo de posição, o tempo de cirurgia, o tipo de anestesia, a superfície de suporte, a posição dos membros, as comorbilidades e idade da pessoa. Para utilizá-la, os enfermeiros devem estar familiarizados com os seus itens e sub-itens, a fim de agilizar o registo dos scores durante a sua aplicação intraoperatória (Camila et. al., 2016). A ELPO deve ser aplicada quando a pessoa estiver posicionada na mesa cirúrgica e na pontuação de cada item deve-se considerar a maior pontuação correspondente a esse item. A pontuação da escala varia entre 7 e 35 pontos, em que, quanto maior a pontuação, maior o risco da pessoa em

situação perioperatória para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. A implementação desta escala na CA, seria a possibilidade para o EE planear e implementar as intervenções efetivas, para garantir a prevenção de complicações que podem ocorrer, em virtude de um posicionamento cirúrgico prolongado da pessoa em situação perioperatória.

No que respeita ao conforto, este emerge do resultado de uma boa assistência à saúde, universalmente desejável e relevante em diversas taxonomias profissionais e teorias de enfermagem, em especial por ser uma necessidade humana básica para o cuidado em saúde (Cardoso et al., 2019). Compreende-se que as ações devem ser realizadas na perspetiva do cuidado holístico, para além das práticas prescritivas, o que inclui a avaliação da pessoa e, por conseguinte, a promoção do seu conforto (Brandão & Santos, 2019). A teoria de Katharine Kolcaba (2003) fundamenta a Teoria do Conforto enfatizando o conforto, como um resultado imediato da experiência humana. A expressão de sensação de alívio, tranquilidade e transcendência, deve considerar o contexto físico, psicológico, espiritual, sociocultural e ambiental em que o indivíduo se encontra (Cardoso & Caldas, 2019). Outra questão são os efeitos do ruído, os quais nos remetem instantaneamente para a Teoria do Conforto de Kolcaba. Os efeitos do ruído em contexto hospitalar não se limitam à pessoa, tendo impacto também em profissionais e familiares/pessoas significativas. Esses efeitos são notórios não só no bem-estar físico, mas também no psíquico e social. Cabe ao EE, ser agente humanizador dos cuidados e desempenhar um papel ativo, quer na motivação dos pares e equipa multidisciplinar, quer na dinamização de estratégias que visem minimizar o ruído (Outeiro, 2023).

A Teoria do Conforto é classificada como uma teoria de médio alcance, esta apresenta-se como uma das possibilidades usadas pela enfermagem para fundamentar o cuidado clínico da profissão (Silva & Nascimento, 2023). A tomada de decisão alicerçada no referencial teórico de Kolcaba na implementação do processo de enfermagem, permite aplicar medidas que visam obter o CT à pessoa em situação perioperatória e garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem (Cardoso et al., 2019). No contexto do CT a prática de enfermagem subestima a sua importância na promoção do bem-estar da pessoa em situação perioperatória. Apesar do CT ser reconhecido como um componente crucial, ainda há uma lacuna na literatura e nos estudos científicos sobre intervenções de enfermagem especificas para otimizar o CT da pessoa em situação perioperatória. Kolcaba sugere que a implementação do processo de enfermagem deveria incluir uma avaliação sistemática e intervenções direcionadas para o CT, mas a falta de estudos e diretrizes claras pode levar a práticas inconsistentes. A teoria de Kolcaba enfatiza que os enfermeiros devem ser pro-

ativos na identificação das necessidades do conforto, incluindo o CT para um cuidado mais holístico e centrado na pessoa e respetiva família/pessoa significativa. Pela falha no seu diagnóstico e na monitorização contínua da temperatura corporal intraoperatória, pode aumentar o risco da HPI (Garceau et al., 2023). O aumento do risco da HPI pode levar a complicações tais como: risco de infeções pós-operatórias, aumento de perda sanguínea e prolongamento da sua recuperação. Assim pode-se afirmar que o EE em perioperatório contribui para a otimização da complementaridade das intervenções dos profissionais da equipa interdisciplinar em benefício da pessoa em situação perioperatória. Enquanto EE realizou com rigor a monitorização da temperatura corporal na fase intraoperatória, utilizando medidas preventivas, como o aquecimento ativo da pessoa em situação perioperatória, o uso de mantas térmicas, líquidos intravenosos aquecidos, com regulador de aquecimento de fluidos, lençóis aquecidos e o controle da temperatura ambiente da sala cirúrgica. Estes consideram que são intervenções fundamentais para manter a normotermia e garantir um cuidado seguro e eficaz à pessoa em situação perioperatória.

Contribuiu sem dúvida, as inúmeras vezes que contactou o AVAC (Assistência de Ventilação do Ar Condicionado) para a manutenção da temperatura da sala nos valores conforme.

Segundo as recomendações da AESOP a temperatura da sala intraoperatória deve manter os seus valores entre 20ºC-25ºC.

Neste contexto destaca-se a implementação da EVACT na UCA, a qual foi validada para a população portuguesa (Martins, 2015). Através da implementação desta escala foi possível avaliar o CT da pessoa em situação perioperatória e desencadear intervenções no sentido de manter ou promover a normotermia na fase do intraoperatório.

A avaliação da temperatura é realizada no intraoperatório de forma sistematizada, através de termómetros digitais auriculares, os quais sugeriu a sua aquisição á enfermeira gestora, tendo sido adquirido três termómetros auriculares digitais para o bloco operatório da UCA.

A avaliação da temperatura corporal é essencial no perioperatório e a sua sistematização no pré e pós-operatório é importante para a segurança da pessoa em situação perioperatória na UCA. No caso específico de uma rinoplastia com duração de duas horas, a decisão de utilizar um termómetro esofágico e uma manta térmica de ar forçado foi uma escolha acertada e evidência a aplicação de boas práticas para o controle da normotermia.

A escolha do termómetro esofágico é apropriada para monitorizar com precisão a temperatura central da pessoa em situação perioperatória durante a cirurgia, especialmente em procedimentos onde uma monitorização rigorosa e contínua é crucial. Esse tipo de termómetro fornece leituras confiáveis, refletindo mais as mudanças na temperatura corporal central comparativamente com os métodos de monitorização

periféricos. A manta térmica de ar forçado é uma intervenção eficaz para manter a temperatura corporal e prevenir a HPI durante o intraoperatório. Esta técnica fornece calor ativo diretamente à pessoa em situação perioperatória e é especialmente útil em procedimentos de curta a média duração, como a rinoplastia. A manta térmica é ajustável e permite um controle eficiente do aquecimento, minimizando os riscos de hipotermia.

O registo da avaliação do CT diretamente no sistema *SClinico,* sem recorrer á utilização de papel, representa um avanço significativo na prática de enfermagem e na gestão do cuidado à pessoa e respetiva família/pessoa significativa. O *SClinico*, como sistema de registo eletrónico de saúde, permite uma documentação mais precisa, acessível e segura das condições da pessoa em situação perioperatória, incluindo a avaliação do CT.

Um sistema de garantia da qualidade tem como base, a existência de procedimentos padronizados. Os procedimentos devem estar escritos, documentados e serem regularmente revistos e atualizados. Os registos digitais fornecem uma documentação precisa das intervenções relacionadas com o CT, isso melhora a continuidade dos cuidados, permitindo que a equipa multidisciplinar de saúde tenha acesso em tempo real às informações atualizadas sobre o estado da pessoa em situação perioperatória. A introdução dos registos das intervenções de enfermagem no *Sclinico,* com foco específico no CT e no risco de hipotermia durante toda a fase perioperatória, é um passo significativo para melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória. Esta iniciativa, que começou em fase experimental com alguns exemplos de prática clínica, destacou a importância da colaboração dos profissionais de enfermagem na documentação sistemática dessas intervenções. A identificação do foco no CT e risco de hipotermia permite direcionar o cuidado de enfermagem de forma precisa. Os diagnósticos de enfermagem relacionados com o CT são registados e documentados no sistema como base para as intervenções de enfermagem. As atividades de enfermagem incluem as avaliações regulares da temperatura corporal, identificação de fatores de risco para hipotermia, como por exemplo anestesia prolongada ou ambiente cirúrgico frio, e a monitorização dos parâmetros térmicos durante o perioperatório. Estas atividades são importantes para detetar precocemente o risco de hipotermia e para planear intervenções de enfermagem. As intervenções de enfermagem documentadas incluem as mantas térmicas, fluidos aquecidos, aquecimento do ambiente e lençóis aquecidos, estas são registados no *SClinico,* permitindo o acompanhamento das intervenções e proceder a alterações conforme necessário. A colaboração dos profissionais, enfermeiros, anestesistas e outros membros da equipa é crucial para implementar e manter esses registos de forma eficaz. A adesão dos enfermeiros é fundamental para o sucesso desta iniciativa, pois o compromisso em registar

as intervenções de enfermagem na avaliação do CT pela EVACT no *SClinico,* reflete o reconhecimento da importância do CT como parte essencial do cuidado perioperatório e facilita a padronização dos cuidados para obter melhoria nos resultados à pessoa em situação perioperatória. De realçar que a documentação estruturada das intervenções de enfermagem relacionadas com o CT, facilita a comunicação entre a equipa multidisciplinar e fornece os dados para auditorias de qualidade, ajudando a aprimorar as práticas de enfermagem na UCA. Esta abordagem sistemática demonstra um compromisso com a melhoria contínua dos cuidados perioperatórios, com destaque para a importância do registo adequado das intervenções de enfermagem para o CT, e consequentemente garantir a segurança e o bem-estar da pessoa em situação perioperatória. As intervenções de enfermagem focadas no CT da pessoa durante o período perioperatório têm objetivos claros e mensuráveis que refletem a procura dos cuidados de qualidade, segurança e eficiência. A documentação dessas intervenções no *SClinico* permite avaliar o impacto dessas práticas na recuperação da pessoa em situação perioperatória.

Durante o estágio clínico pautou as suas intervenções tendo por base o PPFM*,* modelo este centrado na pessoa em situação perioperatória (Association of Perioperative Registered Nurses [AORN], 2018). Aumentar o grau de satisfação da pessoa é um indicador essencial de qualidade do cuidado e está diretamente ligado á segurança e bem-estar, sendo um dos objetivos das intervenções de enfermagem no CT. Outro objetivo dessas intervenções é aumentar o CT da pessoa na manutenção da normotermia, intervenções como o uso de mantas térmicas, aquecimento de fluidos intravenosos, e controle da temperatura ambiente são exemplos de práticas que visam reduzir o desconforto associado à hipotermia e melhorar o estado geral da pessoa em situação perioperatória. Diminuir o tempo de permanência no recobro I e recobro II é um objetivo das intervenções de enfermagem no CT e a prevenção da hipotermia tem um impacto direto na recuperação pós-operatória, para a alta hospitalar. Reduzir os custos associado aos cuidados cirúrgicos e anestésicos na otimização do CT contribui para a redução de complicações como infeções e hemorragias que podem prolongar o tempo de permanência na UCA e aumentar os custos de tratamento. Ao prevenir essas complicações, as intervenções focadas no CT promovem uma recuperação mais rápida e menos onerosa.

Na prática clínica a pessoa antes da indução anestésica, deve apresentar uma temperatura dos valores de referência da normotermia, evitando uma notificação de incidente critico, tal como previsto na Norma n.º 17/2022, (2022).

O Sistema Nacional de Avaliação da Saúde (SINAS) é um sistema utilizado em Portugal para avaliar a qualidade dos serviços de saúde prestados pelas unidades de saúde, incluindo

hospitais e clínicas. Uma das áreas avaliadas pelo SINAS é a cirurgia de ambulatório, que envolve procedimentos cirúrgicos que não requerem internamento prolongado, permitindo que a pessoa tenha alta no mesmo dia. Esta avaliação visa não só melhorar as práticas clínicas, garantindo que os cuidados prestados são seguros, eficazes e de alta qualidade como também promove a melhoria dos registos clínicos (Alves et al., 2020). As unidades de saúde são incentivadas a manter registos detalhados e precisos sobre os procedimentos realizados, o que facilita a monitorização da qualidade, a identificação de áreas para melhoria e o reforço da transparência nos cuidados de saúde. Podemos dizer que o SINAS contribui para uma gestão mais eficiente e um melhor acompanhamento dos resultados clínicos, beneficiando tanto os profissionais de saúde quanto a pessoa e respetiva família/pessoa significativa.

Concluímos assim que a aplicação de avaliação de indicadores de qualidade, desempenho e *benchmarking* como os utilizados pelo SINAS, é fundamental para o aprimorar os cuidados de saúde (Pinto et al., 2024). Assim a avaliação continua desses indicadores é um pilar fundamental para garantir a excelência e a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Ao medir e monitorizar indicadores específicos, é possível identificar áreas que necessitam de intervenções e garantir que as unidades de saúde sigam padrões elevados de cuidado.

Monitorizar a perspetiva da pessoa e respetiva família/pessoa significativa na UCA, com foco e registo no *Sclinico* sobre a qualidade dos cuidados recebidos, é uma estratégia fundamental para maximizar a diferenciação e singularidade da assistência prestada, nos serviços de saúde e satisfazer de forma holística, as necessidades da pessoa e respetiva família/pessoa significativa em situação perioperatória (Bernardo, 2021). Após formação á equipa, foi de extrema importância a adesão e interesse dos pares no registo do conforto térmico e do risco de hipotermia, no *Sclinico*. As intervenções de enfermagem desenvolvidas na prevenção da hipotermia e na utilização da EVACT na avaliação do CT á pessoa em situação perioperatória refletem o objetivo principal das intervenções especializadas de enfermagem no CT da pessoa em situação perioperatória na UCA. A utilização da EVACT como ferramenta de avaliação permite aos profissionais de enfermagem monitorizar de forma sistemática e precisa o CT da pessoa em toda a fase do perioperatório. Essas intervenções especializadas de enfermagem visam assegurar que a pessoa em situação perioperatória mantenha uma temperatura corporal adequada, minimizando riscos e promovendo uma experiência mais confortável e segura durante a sua permanência na UCA. Em suma, o foco no CT através de intervenções baseadas em evidência como a EVACT destaca o compromisso da equipa de enfermagem em

proporcionar cuidados de alta qualidade e centrados nas necessidades individuais da pessoa em situação perioperatória.

Ao longo do estágio garantiu procedimentos com vista à segurança cirúrgica, na realização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC). A implementação do projeto "*Cirurgia Segura, Salva-Vidas*", de acordo com o manual de orientações da organização mundial da saúde (OMS) para a cirurgia segura 2009, é obrigatório em todos os blocos operatórios do serviço nacional de saúde e das entidades com elas contratadas, sendo considerado o padrão mínimo de qualidade clínica.

Em Portugal, a DGS emitiu uma circular normativa a 22 de junho de 2010, onde incentivava e recomendava a adesão de todos os BO do sistema nacional de saúde, ao desafio proposto pela OMS "*Cirurgia Segura Salva-Vidas*", através do preenchimento da LVSC numa plataforma informática criada para o efeito segundo a norma da DGS (2013). No BO, o trabalho realizado é em prol da segurança da pessoa e tem que ser realizado em equipa. Desta forma, a LVSC consiste numa confirmação oral de múltiplos aspetos efetuada pela equipa de enfermagem, anestesistas e cirurgiões, contribuindo desta forma para a segurança da pessoa em situação perioperatória. É efetuada em três momentos decisivos: antes da indução anestésica (*sign in*), imediatamente antes da incisão (*time out*) e antes de a pessoa sair da sala de operações (*sign out*). A responsabilidade de coordenar a lista de verificação durante a cirurgia deve ser de uma única pessoa, designada como coordenadora da lista de verificação, e que é, habitualmente, o enfermeiro circulante. Deste modo é reforçada a comunicação entre os elementos da equipa e, assim, contribuir para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos, sendo a melhoria da qualidade do cuidado o principal fator benéfico. A utilização da LVSC permitiu reduzir em 47% a mortalidade e o aparecimento de complicações inerentes aos procedimentos e complicações que advém de procedimentos cirúrgicos/anestésicos à pessoa em situação perioperatória (Coletto et al., 2022).

Para Sousa (2013), uma boa comunicação entre os profissionais de saúde é a chave para garantir a qualidade na prática dos cuidados de saúde. A atividade diária no BO é geradora de stress, devido ao ritmo acelerado e á necessidade de tomadas de decisão rápidas e precisas. O ambiente de grande pressão e responsabilidade sobre a vida da pessoa e respetiva família/pessoa significativa e a coordenação entre os profissionais de saúde, contribuem para o aumento dos níveis de stress. Grande parte das atividades realizadas neste contexto são interdependentes, e exigem uma colaboração entre todos os membros da equipa. Essa interdependência significa que o sucesso de cada procedimento depende nao só das habilidades individuais, mas também da capacidade de trabalhar em conjunto

de forma eficiente e harmoniosa, pois qualquer falha em uma parte do processo poderá ter efeito em cadeia e poderá afetar a segurança da pessoa em situação perioperatória.

As falhas de comunicação podem ocorrer em SO a diferentes níveis e em diferentes momentos. São várias as problemáticas que influenciam um processo comunicacional eficiente, tais como: ruído, elevada quantidade de informação, a realização de diferentes atividades muitas vezes simultaneamente, a ocorrência de situações de urgência/emergência, elevado número de pessoas presente na sala operatória. De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2017), as falhas na comunicação são identificadas como uma das principais causas de eventos adversos na área da saúde, tanto a nível nacional com internacional. A evidência aponta que até 70% desses eventos adversos resultam de falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, especialmente durante os momentos de transição de cuidados, como nas transferências da pessoa entre as diferentes unidades, mudanças de turno, ou através da informação entre a equipa. Tendo em vista uma comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde, a DGS emanou em 2017 a norma n.º 001/2017, apelando ao uso da técnica ISBAR (Identificação, Situação Atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendação). Em contexto de BO faz todo o sentido a implementação desta técnica, pois são vários os momentos de transição de cuidados, tais como a transição da pessoa da SO para o recobro I e posteriormente do recobro I para o recobro II. Relativamente ao BO da UCA a técnica de ISBAR está implementada como uma estratégia para melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e assim reduzir o risco de eventos adversos associado a falhas de comunicação, assegurar que todas as informações da pessoa em situação perioperatória são transmitidas entre a equipa, minimizando a possibilidade de erros. Implementar o ISBAR no BO da UCA promove uma comunicação mais eficiente e segura. Para reduzir esses riscos adotou-se uma prática padronizada de comunicação, como uso de ferramenta e protocolo estruturado, onde é registada a administração dos fármacos administrados á pessoa em situação perioperatória. Essa ferramenta de comunicação é utilizada em todas as fases do perioperatório, sendo previsto o seu registo no sistema eletrónico de saúde integrado, como processo de melhoria da UCA.

Segundo a EORNA (*European Operating Room Nurses Association*), em 2020 “Os indivíduos submetidos a cirurgia invasiva ou procedimentos anestésicos têm o direito de serem cuidados por pessoal qualificado e num ambiente seguro, enquanto estiverem em unidade perioperatória”. O pessoal experiente e qualificado, atuando numa equipa multidisciplinar, prestará cuidados com competência e asseguram que a pessoa em situação perioperatória receba o melhor tratamento possível. Esse trabalho em conjunto permite uma abordagem

das necessidade da pessoa de forma abrangente e que as intervenções nos cuidados de saúde sejam planeadas e executadas de forma coordenada, o que melhora a capacidade de responder a situações complexas e imprevistas, minimizando os riscos, promovendo a segurança e o bem-estar da pessoa e respetiva família/pessoa significativa.

Segundo a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem emanada pela OE em 2014, é obrigatório estarem preenchidos as funções de enfermeiro anestesista, circulante e instrumentista, para que se possa dar início a uma cirurgia seja ela programada ou urgente (Regulamento n.º 533/2014, 2014). A análise critica-reflexiva das atividades como enfermeira de anestesia em contexto de estágio, destaca a importância das competências especializadas adquiridas na administração segura de terapêutica, para evitar danos decorrentes da sua preparação e administração, bem como danos decorrentes de procedimentos anestésicos. A enfermeira de anestesia desempenha intervenções de caráter crucial na aplicação de estratégias e medidas de segurança o que implica a implementação rigorosa de protocolos de segurança, monitorização contínua da pessoa em situação perioperatória, e uma resposta rápida e eficaz a qualquer situação adversa. Em ambientes imprevisíveis, o conhecimento e a capacidade de agir com precisão são fundamentais. A cultura de segurança da pessoa em cuidados de saúde é, portanto, um pilar essencial para garantir a qualidade dos cuidados prestados, minimizando erros que podem surgir dos procedimentos anestésicos. A enfermeira de anestesia na aquisição de competências especializadas contribui para uma cultura de segurança através de uma prática informada, centrada na pessoa na promoção da segurança e do seu bem-estar, mas também reforça a confiança da equipa e da pessoa e respetiva família/pessoa significativa nos processos de cuidados anestésicos. Os erros na administração de terapêutica anestésica podem ter consequenciais graves, visto que estes podem desencadear um agravamento da situação da pessoa (Ramos, 2022).

Segundo Cesário (2021) o enfermeiro de anestesia é fundamental para promover um ambiente seguro e propicio para a administração de anestesia, além de assegurar cuidados de enfermagem que contribuem para a tranquilidade do procedimento cirúrgico. Deve vigiar e monitorizar a pessoa em situação perioperatória, despistando e antecipando, eventuais situações que possam causar dano, intervindo atempadamente.

Relativamente à comunicação entre enfermeiro e pessoa, para que esta seja eficaz, deve-se ter em conta a situação particular dela, isto é, atender à sua capacidade de perceção, a qual é influenciada pelo seu estado emocional, intelectual e maturidade. O enfermeiro deve estabelecer uma comunicação clara, utilizando uma linguagem adequada a cada pessoa. Ao longo deste percurso pautou a sua atuação pela implementação das melhores práticas, tais

como a etiquetagem dos medicamentos, com recurso a codificação por cores, com dupla verificação, a fim de evitar complicações e eventos adversos à pessoa em situação perioperatória. Dados fornecidos pela OMS (2019) apontam para que 4 a cada 10 doentes sejam vítimas de evento adverso, dos quais 80 % evitáveis. Num quadro que ainda existem algumas lacunas, e com o objetivo de melhoria continua, criou um protocolo de controlo das validades e gestão de stocks dos medicamentos na UCA como referenciado anteriormente nas competências comuns do EEEMCAEPSP. Em contexto de CA, as técnicas anestésicas são escolhidas de acordo com os procedimentos cirúrgicos, tendo sido uma mais-valia no desenvolvimento das suas competências comuns e específicas a participação em todos as técnicas anestésicas. De salientar a participação em anestesia geral balanceada, local, loco-regional e a realização de bloqueios dos nervos periféricos. Relativamente à realização de bloqueios dos nervos periféricos, salientar que este procedimento foi várias vezes realizado no recobro I. Segundo Shimabukuro et al. (2023), esta prática não só contribui para a recuperação mais rápida da pessoa, mas também promove outros benefícios, como a redução dos custos e o aumento da sustentabilidade dos custos de saúde.

No trabalho com a equipa multidisciplinar, o EE deve estar apto atuar em situações de urgência/emergência, pelo que foi fundamental a realização da formação do suporte básico de vida com desfibrilhador automático externo (DAE), para atualização de conhecimentos e habilidades nesta área de atuação. Neste contexto surgiu uma situação real, e inesperada, de um ventilador que deixou de funcionar, foram tomadas medidas de substituição por outro. É uma medida de segurança implementada na UCA a existência de um ventilador suplente para situações imprevisíveis. A tomada de decisão resultou com efetividade e eficácia, garantindo a segurança da pessoa em situação perioperatória.

Uma das grandes prioridades do enfermeiro, a par da estabilidade hemodinâmica e conforto da pessoa, foi a gestão e controlo da dor, considerada o 5º sinal vital. Ainda no contexto de estágio prestou cuidados inerentes aos protocolos instituídos: profilaxia antibiótica, diluição e compatibilidade dos fármacos; recomendações de tromboprofilaxia; recomendações de profilaxia de náuseas e vómitos ; e por último, as recomendações para a abordagem anestésica da pessoa idosa e obesa em CA. Durante o estágio procedeu-se á avaliação do CT pela EVACT e ao respetivo registo no *Sclinico*. Colaborou no posicionamento do doente, na manutenção e promoção da normotermia, na realização da técnica assética e na rastreabilidade dos resíduos.

Em reflexão, como enfermeira em situação perioperatória o estágio contribui para melhorar a sua autonomia no desenvolvimento das suas competências no BO tal como preconizado no Parecer n.º 75/2011, OE (2011).

Da mesma forma o enfermeiro circulante, pelos seus conhecimentos e competências, sobre dispositivos médicos, ativos e não ativos, fazem com que este seja um perfeito gestor da sala de operações, na garantia da segurança da pessoa e de toda a equipa multidisciplinar (AESOP, 2006). De forma a garantir as condições de segurança da equipa e da pessoa, na manutenção do ambiente seguro e da assepsia do campo operatório, o enfermeiro deverá desenvolver pensamento crítico e reflexivo e dar uma resposta antecipada às necessidades da equipa. Ele funciona como líder, cabendo-lhe a coordenação da equipa de enfermagem no período perioperatório. Para além da função da prestação de cuidados, tem ainda a função de gestor, cumprindo a gestão do tempo, seja na chamada atempada dos doentes, no envio e receção de materiais necessários ao procedimento cirúrgico, na gestão dos riscos inerentes ao bloco operatório e na gestão organizacional da sala operatória (AESOP, 2006). Fortalece os seus conhecimentos científicos e as suas competências técnicas, de forma a responder às necessidades da pessoa e da equipa multidisciplinar, através do desenvolvimento de atividades de controlo de infeção, gestão organizacional e gestão de risco (AESOP, 2012).

No BO existe alta prevalência de eventos adversos sendo a segurança do ambiente cirúrgico e a sua manutenção funções desenvolvidas pelos enfermeiros em contexto perioperatório, considerando-se o enfermeiro circulante o profissional com atribuições específicas nesta área (Martins, 2021). Cabe ao enfermeiro circulante a colocação de placa neutra quando necessário e de acordo com as regras de segurança. O mesmo se aplica á cateterização vesical ou colocação de garrote pneumático quando necessário. Além disso auxilia a equipa cirúrgica a vestir o equipamento cirúrgico, colabora na desinfeção do campo operatório e colocação dos campos cirúrgicos. Assiste o enfermeiro instrumentista na colocação da mesa respeitando a técnica asséptica, verifica a integridade e certificação da esterilização dos materiais e instrumental cirúrgico, promove a rastreabilidade e regista em documento próprio. São ainda destaque o registo dos consumíveis, a verificação da LVSC, e o registo no processo de enfermagem do *Sclinico* pelo enfermeiro circulante, que identifica os focos e os diagnósticos de enfermagem, seleciona as intervenções associadas e os horários inerentes às mesmas. O registo dos sinais vitais é realizado no mapa de cuidados que faz parte do *Sclinico*. Fazem parte das competências do enfermeiro circulante, verificar as condições de limpeza da SO, cumprindo o protocolo do serviço e se todo o equipamento necessário está disponível e pronto a ser utilizado. Verifica e confirma se o sistema de ar condicionado está

eficaz, se a temperatura (20º a 24º C) e a humidade (60%) são as adequadas, e se o sistema de exaustão de gases anestésicos está ligado e conforme (AESOP, 2017).

Numa grande diversidade de especialidades cirúrgicas na UCA há necessidade de constante evolução na aprendizagem, o que resultou na elaboração de fichas técnicas de rinoplastia e estomatologia que funcionam como guia para os procedimentos cirúrgicos, estas ferramentas têm como objetivo apoiar a equipa, fornecendo um instrumento de informação padronizado. No contexto perioperatório, o enfermeiro circulante procede ao encaminhamento das peças para anatomia patológica devidamente acondicionadas, sendo prioridade a comunicação eficaz entre enfermeiro instrumentista/enfermeiro circulante. A UCA tem instituídas algumas boas práticas, tais como a contagem de instrumentos e corto-perfurantes, assim como a contagem de todos os dispositivos quantificáveis antes e depois da cirurgia, tal como preconizado por Midões (2023). Houve durante o estágio acompanhamento e colaboração na integração de enfermeiros na área da anestesia, circulação e instrumentação. Uma integração de enfermeiros bem planeada, é essencial para assegurar que futuramente se prestem cuidados de qualidade (Santos, 2016).

Existe também na UCA uma *CheckList* de abertura da sala operatória, para confirmação e operacionalização de todo o ambiente desde os equipamentos, temperatura da sala, exaustão de gases anestésicos e tudo o que envolve a equipa para a realização dos procedimentos cirúrgicos, que deve estar conforme. O preenchimento desta *CheckList* é função do enfermeiro circulante.

O enfermeiro instrumentista, como elemento crucial da equipa desenvolve competências diferenciadas por especialidades cirúrgicas. No desempenho das suas competências, o seu foco de atenção são as necessidades da equipa cirúrgica, e a sua tomada de decisão assenta nos conhecimentos científicos e técnicos para o desempenho dos procedimentos e técnicas cirúrgicas. Zela pela segurança do doente e da equipa cirúrgica. A sua perícia e conhecimento da equipa cirúrgica permite-lhe antecipar as necessidades inerentes ao procedimento, diminuindo desta forma o tempo cirúrgico e consequentemente a exposição da pessoa em situação perioperatória a riscos anestésicos (Figueira, 2023). Segundo o Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 117/2018, é essencial assegurar os princípios de assepsia durante os procedimentos cirúrgicos para minimizar os riscos associados, como infeção, hemorragia e retenção de corpos estranhos. Esses princípios visam garantir que a pessoa em situação perioperatória sofra o mínimo possível com a agressão cirúrgica, promovendo uma recuperação mais segura e eficaz. De acordo com a AESOP (2013), estas práticas não só reduzem as complicações cirúrgicas imediatas, como também têm um impacto positivo na experiência da pessoa, reduzindo o tempo de internamento e

facilitando uma recuperação mais rápida e com menos desconforto. Estes princípios na rotina das equipas cirúrgicas é fundamental para manter a qualidade dos cuidados de saúde e garantir a segurança da pessoa em procedimentos invasivos. Durante o seu percurso de ensino clínico foi oportuno participar na realização de novas técnicas cirúrgicas como a utilização de laser néon V. Nas fístulas anais, o tratamento minimamente invasivo com laser passou a ser uma alternativa nas técnicas poupadoras de esfíncter, diminuindo assim o risco de incontinência fecal que está associado a várias das outras técnicas usadas, como método indutor de cicatrização. A terapia a laser de baixa potência foi capaz de reduzir a área dos trajetos fistulosos, bem como diminuir o processo inflamatório e a congestão vascular local, tendo como objetivo a eliminação do trajeto, prevenção de possíveis doenças e preservação da função esfincteriana (Cabral et al., 2023).

Para o sucesso cirúrgico e na promoção do cuidado à pessoa neste contexto de BO é importante a seleção do material para cada procedimento e técnica cirúrgica, como a reorganização da SO. Fazem parte das competências do enfermeiro instrumentista, a contagem de compressas, corto-perfurantes e instrumentos cirúrgicos, em sintonia com a enfermeira circulante. As competências do enfermeiro instrumentista vão para além do conhecimento do programa operatório e a providência dos materiais necessários. Realçam-se os conhecimentos sobre os dispositivos médicos e de sutura, na conceção da assepsia com a abertura dos campos cirúrgicos, na correta lavagem das mãos, no procedimento de vestir os cirurgiões e colocação dos campos estéreis, na realização de pensos das feridas operatórias, transferência do doente da marquesa cirúrgica para a maca e respetiva passagem para o recobro I. Na UCA procede-se á esterilização dos dispositivos médicos de uso múltiplo (DMUM). O procedimento até á esterilização, começa pelo levantamento desses dispositivos após a cirurgia, lavagem, descontaminação, empacotamento, esterilização, secagem, o que requer uma observação atenta para a sua utilização estar conforme e estéril, tendo em conta a sua rastreabilidade. Com a evolução rápida das diversidades e complexidades em CA, o pensamento remete para uma análise, de que para além dos conhecimentos já adquiridos, a procura de atualização das novas técnicas e procedimentos cirúrgicos, faz o caminho cada vez mais desafiante e prometedor para o EEEMCAEPSP.

De referir que na UCA existem para consulta vários manuais e *guias standard* de apoio para vários procedimentos, tais como o controlo de infeção, triagem e acondicionamento de resíduos e de vigilância epidemiológica, constituindo-se, como fonte de enriquecimento científico e de acesso fácil na plataforma digital da CA.

Por fim na fase do intraoperatório, o enfermeiro de recobro I ou imediato, tem responsabilidade na recuperação do doente após a cirurgia, até aos reflexos protetores da via aérea, estabilização das funções vitais, reversão dos bloqueios regionais e um nível de cooperação próximo ao que tinha antes do ato anestésico cirúrgico (AESOP, 2006).

A pessoa no período pós-operatório imediato encontra-se muito fragilizada e exposta a elevados riscos, sejam eles associados à administração de medicação anestésica como à intervenção cirúrgica a que foi submetido, para além da dor a que está sujeito e que o expõem a riscos acrescidos e complicações. Assim, torna-se muito importante que hajam profissionais competentes, treinados para prestar cuidados de qualidade e eficientes em unidades diferenciadas criadas para o efeito.

O período perioperatório tem associado a si, uma dor intrínseca, a dor perioperatória, presente no doente cirúrgico, independentemente da idade, causada por doença preexistente, pela intervenção cirúrgica, ou a conjugação de ambas. Para o controlo da dor é necessário a sua avaliação. Para tal existem vários instrumentos: Escala Visual Analógica (EVA), Escala Numérica, sendo esta última a mais utilizada na CA. Sempre que se previa a ocorrência de dor, ou a avaliação evidenciava a sua presença, foram implementadas as intervenções de enfermagem: gerir e ensinar/instruir estratégias não farmacológicas, deste modo, pretendia-se implementar cuidados que permitissem reduzir ou eliminar a dor para níveis considerados aceitáveis pela pessoa. No recobro imediato, foi um dos momentos de avaliação do CT pela EVACT.

Como é habitual em CA, para anestesias loco regionais, utiliza-se a escala de avaliação do bloqueio motor, sendo um fator de alta para o recobro II. Diariamente e nesta fase intra-operatória, do recobro I realiza-se o teste de manutenção ao desfibrilhador que faz parte da confirmação da *CheckList* de abertura do recobro I.

No caso específico dos equipamentos médicos, a manutenção, está não só relacionada com a segurança do profissional que a executa, mas também da pessoa que se encontra em contacto com os equipamentos e que acaba por ser o mais afetado na ocorrência de eventuais falhas (Sousa, 2019). No recobro I é importante realçar as recomendações para tratamento da dor aguda pós-operatória em CA, pela associação portuguesa de cirurgia ambulatória (APCA), para dor ligeira, moderada ou dor severa (Sarmento et al., 2023). Estes protocolos estão bem definidos na UCA. A gestão da dor, já é abordada desde a fase pré-operatória até e após a alta clínica da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa de forma a capacitar a pessoa para o seu controlo.

Na alta clínica a pessoa submetida a intervenção cirúrgica na UCA deve ter a informação verbal e escrita com cuidados a seguir no pós-operatório. Caso tenha os critérios para a alta

é-lhe entregue carta de alta médica, carta de alta de enfermagem, receita médica para a unidade de saúde familiar ou centro de saúde, com o folheto informativo de recomendações acerca de medicação, alimentação, repouso, e contacto em caso de dúvidas ou urgência. Neste momento é entregue a medicação de cedência, e é marcada a consulta de *follow-up* para a especialidade cirúrgica. Além das competências técnicas e adesão aos princípios de assepsia, o desenvolvimento da consciência cirúrgica é um aspeto crucial para o enfermeiro perioperatório e para toda a equipa de saúde envolvida nos cuidados perioperatórios. Essa consciência cirúrgica implica um conhecimento das necessidades de segurança no BO, priorizando a criação de um ambiente seguro, não apenas para a pessoa em situação perioperatória mas também para toda a equipa.

O bloco operatório é reconhecido como "o local de prestação de cuidados mais dispendiosos de um hospital, pela tecnologia existente, pela diferenciação das cirurgias, pela especialização dos intervenientes e pela situação clínica do doente" (AESOP, 2006, p. 4) citado por (Teixeira, 2018). Pode-se referir que existe um elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, particularmente da ocorrência de eventos adversos, decorrente da vulnerabilidade da pessoa. O EE desempenha um papel fundamental no reconhecimento e na promoção da autoconfiança e auto-capacidade da pessoa em situação perioperatória. Não só aplica conhecimentos técnicos e científicos avançados, como também valoriza as dimensões humanas e individuais do cuidado, centrada na pessoa. Ao valorizar as habilidades individuais e a contribuição de cada profissional, ajuda a criar uma cultura de confiança e essencial para a qualidade dos cuidados prestados no reconhecimento da capacidade e autonomia da pessoa e respetiva família/pessoa significativa. O EE age como um facilitador do processo de autocuidado, encorajando a pessoa a participar de forma ativa nas decisões sobre a sua saúde. Isso inclui a educação sobre a sua condição, o esclarecimento sobre os procedimentos a que será submetido, e a promoção de comportamentos que contribuam para a sua recuperação e bem-estar. O EE contribui para uma maior adesão ao plano terapêutico, reduzindo a ansiedade e permitindo o envolvimento da pessoa no seu próprio processo de cura. O reconhecimento das capacidades do outro é uma prática que fortalece a relação terapêutica, na promoção de um cuidado mais personalizado e empoderado. Na gestão de risco e consciência cirúrgica, o EE mobiliza conhecimentos e habilidades que garantem a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional.

O contexto Perioperatório é um contexto muito específico, que envolve diversos riscos quer para os profissionais que aqui trabalham, quer para a pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa, que aqui são cuidados. Assim, é necessária uma

qualificação adequada do pessoal, de modo a diminuir estes riscos ao máximo e proporcionar cuidados á pessoa com a máxima segurança.

O *Perioperative Patient Focused Model* descrito por Rothrock & Smith (2000) é um modelo de cuidados centrado na pessoa em situação perioperatória, que visa proporcionar um cuidado holístico e seguro à pessoa durante todo o processo cirúrgico. Este modelo destaca a importância de atender às necessidades individuais da pessoa, abordando não apenas os aspetos técnicos dos cuidados, mas também as respostas fisiológicas, comportamentais e a interação com o sistema de saúde. É um modelo referencial essencial para os cuidados especializados em contextos perioperatórios.

Em contexto de BO, a gestão do risco clínico é essencial, pois a pessoa em situação perioperatória, está sujeita a vários riscos clínicos e o enfermeiro perioperatório depara-se muitas vezes com situações particulares onde a sua consciência cirúrgica é determinante (Luís, 2022). É fundamental que o enfermeiro numa SO, desenvolva "consciência cirúrgica". É um princípio ético e moral que orienta o enfermeiro na prática do cuidar à pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício, em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado (Cardoso, 2022). Demonstra consciência cirúrgica, na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório, lidera o processo de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos associado aos cuidados perioperatórios, promove a gestão, assim como o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório. Durante o estágio, cumpriu com os princípios de assepsia e controlo da contaminação, promovendo uma cultura de consciência cirúrgica. Durante a fase intra-operatória, a realização de uma cirurgia envolve procedimentos invasivos que requerem rigorosas condições técnicas e asséticas para garantir a segurança e o bem-estar da pessoa e da equipa multidisciplinar. Manter um ambiente cirúrgico adequado é essencial para prevenir complicações, como infeções, mas também para proporcionar condições ótimas de trabalho para todos os profissionais envolvidos. Existem algumas regras que são básicas no BO e uma das mais importantes e que não deve nunca ser descurada, é a importância da manutenção da técnica assética. O BO é um serviço onde existe uma marcada barreira entre o estéril e o não estéril, e que não deve nunca ser quebrada, sob o risco de expor a pessoa, a possíveis infeções que podem ser fatais. Destaca a vigilância, manutenção e conservação do material elétrico existente no serviço, cumprimento rigoroso de todas as normas sobre desinfeção e esterilização de material cirúrgico, de acordo com as práticas recomendadas pela AESOP e pela comissão de controlo de infeção.

O tratamento adequado dos resíduos hospitalares, é essencial e deve estar associado a uma boa triagem. Estes devem ser colocados em contentores adequados, para o tratamento e evacuação correta, como medida de proteção e propagação de infeção (AORN, 1994). O BO é considerado um serviço de alto risco não só para a pessoa, mas também para os profissionais. Na prevenção e controlo de infeção em perioperatório, realça o controlo e administração atempada da profilaxia antibiótica, na preparação física da pessoa, os cuidados com o local de incisão, o protocolo de preparação da pele, tricotomia, desinfeção do local cirúrgico e a promoção/manutenção da normotermia, na utilização de mantas térmicas de ar quente forçado, que teve oportunidade de utilizar. O objetivo da assepsia progressiva é obter um nível de assepsia o mais elevado possível aquando da incisão cirúrgica (Figueira, 2023). Para a realização de todas as atividades inerentes ao processo de controlo de infeção em perioperatório, o EE deve munir-se de evidência científica, que sustente as suas práticas, sendo também da sua responsabilidade a supervisão dos pares. No caso de quebra da assepsia devem ser implementadas medidas corretivas com consciência cirúrgica. Cabe ao EE tomar todas as medidas necessárias a uma efetiva diminuição do risco de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). O manuseamento do material e equipamento estéril é feito o mais próximo possível da sua utilização, ou seja, a abertura dos materiais é realizada apenas no momento da sua utilização e é confirmada a esterilidade, integridade e validade de todo o material. A esterilização dos dispositivos médicos é sempre confirmada pela equipa de enfermagem através dos indicadores de esterilização.

Procedeu sempre à triagem e acondicionamento de resíduos hospitalares, procedendo á sua correta separação, de acordo com o grupo a que pertencem, para posterior reciclagem ou reutilização, demonstrando-se sensível às questões relacionadas com a sustentabilidade (Lopes, 2021).

Por reprocessamento, entende-se um processo executado num dispositivo usado para permitir a sua reutilização segura. Inclui a limpeza, desinfeção, esterilização e procedimentos conexos, bem como testes e o restabelecimento da segurança técnica e funcional do dispositivo utilizado, tal como descrito no Regulamento da União Europeia n.º 2017/745 Artigo n. º 17 p. 28 e 29.

Os enfermeiros perioperatórios são intervenientes importantes na gestão e controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório. O enfermeiro perioperatório deve igualmente gerir a utilização dos dispositivos médicos de acordo com a legislação, políticas, protocolos e instruções do fabricante, assegurando a documentação e a rastreabilidade bem como normas de segurança na sua utilização. Foi experienciado durante o estágio, o

controlo das medidas de higiene e reprocessamento de instrumentos cirúrgicos, acondicionamento e registo das peças para anatomia patológica, citologia e microbiologia, procedendo à correta rotulagem e verificação de identificação da pessoa, bem como registo do procedimento. Estas atividades foram úteis para a sua aprendizagem na medida em que existem alguns dispositivos médicos, com os quais não estava ainda familiarizada.

A rastreabilidade segundo Martins e Ribeiro (2017) é definida como a capacidade de esquematizar a linha histórica de todo o processamento dos produtos para saúde, e da sua utilização, através de informações antecipadamente registadas, por meio de um sistema de informação, que pode ser manual ou automatizado, de todas as etapas de limpeza, desinfeção e/ou esterilização. Sendo a esterilização neste processo tão significativa nas unidades hospitalares, contribuindo para a diminuição das IACS é importante referir o tipo de dispositivo médico, qual a sua utilização, bem como os custos associados à sua produção (Claro, 2017). A rastreabilidade proporciona a segurança de que apenas artigos processados adequadamente e de origem conhecida terão contacto com a pessoa, além de auxiliar na identificação de artigos danificados com segurança.

Sobre a vigilância epidemiológica, quando se trata de saúde pública o objetivo são as medidas de prevenção, alerta, controlo e resposta com vista a garantir à pessoa em situação perioperatória o direito à proteção da sua saúde. O SINAVE (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica) é um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, atualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, sujeito ao regime de informação de saúde e de proteção de dados pessoais. Este sistema de vigilância, prepara planos de contingência face a situações de emergências ou situações graves, como de calamidade pública. O EEEMCAEPSP tem como objetivo a prevenção de transmissão de doenças infecciosas. No contexto cirúrgico e perioperatório, a prevenção da transmissão de infeções e a descontaminação são objetivos essenciais quando se lida com uma pessoa com infeção documentada. Essas medidas são cruciais para proteger tanto a pessoa quanto a equipa de saúde, evitando a propagação de agentes infecciosos dentro do ambiente hospitalar e no caso de situações indesejáveis, deve reportar por notificação, para a melhoria dos níveis de saúde (DGS, 2022).

A especialização na área do perioperatório possibilita o desenvolvimento profissional e pessoal, permitindo desenvolver competências acrescidas ao nível da procura e uso da melhor evidência científica, visão crítico-reflexiva sobre a prática e o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais mais eficazes. Trabalhar em equipa é fundamental para o atingimento em pleno da missão do EE. Na prestação de cuidados de

enfermagem especializada, teve presente a consciência cirúrgica, pois é um princípio ético e moral, que nos rege como enfermeiros quando cuidamos da pessoa em situação perioperatória. O estágio desencadeou um pensamento crítico-reflexivo, de um enorme contributo sem limites, para a aprendizagem pessoal e profissional, sensibilizou e aprimorou a tomada de consciência das competências específicas desenvolvidas.

4. Considerações finais

Este relatório de estágio constitui uma narração do percurso desenvolvido ao longo deste trajeto de estágio, assim como uma avaliação à unidade curricular de estágio de enfermagem à pessoa em situação perioperatória II. Serve para dar visibilidade ao trabalho realizado ao longo do estágio na UCA, tendo como referencial os objetivos traçados inicialmente. Considera-se um marco histórico, a aprovação da enfermagem perioperatória e reconhecimento como especialidade médico-cirúrgica, na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação perioperatória do 2.º ciclo de estudos conducente ao grau de mestre aprovado pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses (Despacho n.º 11688/2020, 2020). A enfermagem perioperatória exige liderança, uma prática de cuidados baseados na melhor evidência científica, uma comunicação eficaz, capacidade de aprendizagem ao longo do tempo e centrada na pessoa em situação perioperatória. É sem dúvida um desafio permanente principalmente em CA, pela sua diversidade de especialidades cirúrgicas, e constante atualização tecnológica, que exige ao enfermeiro neste contexto, desenvolver conhecimentos especializados e habilidades para o seu desempenho e aprimorar as suas competências face à pessoa em situação perioperatória. Ao longo deste percurso adaptou-se às situações e imprevistos que foram surgindo. Este percurso de ensino clínico representa uma abordagem integrada que valoriza a união entre a prática e a evidência científica promovendo a formação que vai "da prática à evidência e da evidência à prática". Esta é essencial para que o EE seja capaz de aplicar os conhecimentos científicos nos cuidados de enfermagem, gerando uma prática clínica avançada e ao mesmo tempo produzir novas evidências a partir da prática. A prática baseada na evidência é central para o EEEMCAEPSP utilizar a melhor evidência disponível para tomar decisões, promovendo os cuidados mais eficazes e seguros, e isso inclui as pesquisas avançadas, revisões sistemáticas e outras formas de evidência.

As reflexões recorrentes com a tutora e orientador sobre quais as necessidades da UCA e da pessoa em situação perioperatória neste contexto, foram essenciais para a salvaguarda de uma prática de enfermagem avançada e com foco na segurança e no conforto. Cabe ao EE perioperatório não esquecer o saber ser, o saber fazer e o saber estar, como características comuns e especificas no âmbito das suas competências.

A aquisição de competências de forma mais autónoma, a valorização e o reconhecimento da importância da aprendizagem, permitiu a prestação de cuidados de enfermagem

diferenciados, através da consciência crítica, da responsabilidade ética, deontológica e social, para a excelência do cuidar em enfermagem. O ensino clínico, tornou-se fundamental no processo de formação, revelando-se numa experiência enriquecedora, importante na formação do EE, e contribuiu para colocar em prática, os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares que fazem parte integral do mestrado. Tudo isto se refletiu na prática clínica, permitindo uma tomada de consciência, e perceber quais os aspetos a melhorar, que visam o conforto e a segurança da pessoa em situação perioperatória. A importância do estágio na UCA reflete uma preparação para a vida profissional. A experiência criou uma aproximação das responsabilidades e dos desafios reais enfrentados no dia-a-dia da prática clínica, proporcionando o desenvolvimento e aprimoramento de competências para atuar no futuro como EE.

Teve um olhar e perceção como estudante de situações que no seu dia-a-dia da prática clínica são subestimados. Teve oportunidade de participar em todas as fases do perioperatório. Apesar de ter desenvolvido as suas competências e funções como enfermeira instrumentista, de anestesia e circulante foi nestas duas últimas vertentes que realçou as intervenções em enfermagem avançada no conforto térmico à pessoa em CA. Destaca a importância da avaliação do CT no perioperatório envolvendo toda a equipa, com motivação e formação contínua. Cabe afirmar que para o sucesso na gestão de enfermagem, é de crucial importância a formação contínua dos enfermeiros, por forma a prestar cuidados de enfermagem assentes na mais recente evidência científica e maximizar a gestão dos recursos existentes. Considera que o pouco tempo que é cedido para formação contínua na UCA, exigiu um enorme esforço para a realização das sessões de formação em serviço, sendo uma das sessões efetuada de forma faseada. Por este motivo, a formação das equipas na CA, deve ser incentivada e uniformizar as mesmas, no cumprimento de protocolo institucional. Acrescenta a importância, adesão e interesse dos pares, quer na participação das sessões de formação em serviço, quer pelo apoio demonstrado no final das sessões. A divulgação e partilha das sessões de formação em serviço ficam documentadas em pasta partilhada da UCA, o que favorece e contribui para a excelência e avanço da enfermagem perioperatória. Foi sentida uma difícil conciliação pessoal, familiar e profissional, na realização deste percurso de estágio, assim como o desenvolvimento da investigação, sendo sem dúvida crucial e fundamental a orientação de mestres e especialistas. Considera que as atividades desenvolvidas na aquisição de competências de especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória, em contexto de CA, durante o ensino clínico refletem uma enfermagem avançada. Após uma análise crítico-reflexiva, das atividades desenvolvidas que

permitiram a aquisição de competências adquiridas em contexto do estágio, estas têm por base, as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas para o enfermeiro especialista em especialização médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Intervenções de Enfermagem Especializada no Conforto Térmico

em

Contexto de Cirurgia de Ambulatório

1. Resumo

Enquadramento: As cirurgias de ambulatório são essenciais para o sistema de saúde, permitindo a recuperação no mesmo dia, porém o conforto térmico da pessoa em situação perioperatória é um elemento crucial muitas vezes negligenciado. A crescente procura por este tipo de cirurgias realça a necessidade de centrar a nossa atenção no conforto térmico para prevenir complicações pós-operatórias. Nesse sentido, as intervenções de enfermagem são fundamentais para o diagnóstico precoce e a prevenção de problemas, garantindo a segurança e o bem-estar da pessoa em situação perioperatória.

Objetivos: Efetuar uma revisão da literatura sobre as intervenções de enfermagem especializada focadas no conforto térmico em contexto de cirurgia de ambulatório.

Metodologia: Foi efetuada uma *scoping Review* com base no método do JBI (*Joanna Briggs Institute*), estabeleceram-se critérios de elegibilidade para o presente estudo, centrando na população, no conceito e no contexto, tendo sido utilizadas as seguintes bases de dados: PubMed via Medline, CINAHL Complete (via EBSCOhost), ScienceDirect via Elsevier, SciELO (Biblioteca Científica Eletrónica Online) e Biblioteca do Conhecimento Online (B-ON), foram usados os seguintes descritores: "Conforto Térmico", "Enfermagem Especializada", "Cirurgia de Ambulatório", "Intervenções de Enfermagem" e "Regulação da Temperatura".

Resultados: O processo final resultou numa amostra de 17 artigos, que evidenciaram a eficácia de intervenções especializadas de enfermagem na manutenção do conforto térmico em cirurgias de ambulatório. Destacam-se estratégias como o uso de cobertores reflexivos, protocolos de aquecimento, prevenção da hipotermia com mantas aquecidas, aquecimento ativo por ar forçado e a necessidade de formar os profissionais de saúde acerca desta temática.

Conclusão: Estas práticas, apoiadas pela literatura e consenso de especialistas, sugerem a necessidade de protocolos específicos e abordagens multidisciplinares para assegurar a normotermia, contribuindo para a melhoria da experiência da pessoa em situação perioperatória, a eficiência dos cuidados de saúde e a redução de custos.

Palavras-chave: Conforto Térmico, Intervenções de Enfermagem, Cirurgias de Ambulatório, Prevenção da Hipotermia.

2. Abstract

Background: Outpatient surgeries are essential for the healthcare system, allowing recovery on the same day, however, the thermal comfort of the person on the perioperative situation is a crucial element that is often neglected. The growing demand for this type of surgery highlights the need to focus our attention on thermal comfort to prevent postoperative complications. On this sense, nursing interventions are fundamental for early diagnosis and prevention of problems, ensuring the safety and well-being of the person on the perioperative situation.

Objectives: To carry out a literature Review on specialized nursing interventions focused on thermal comfort on the context of outpatient surgery.

Methods: A *scoping Review* conducted according to the eligibility criteria suggested by the JBI (*Joanna Briggs Institute)* population, concept, and context, was carried out using the following databases: PubMed (via Medline), CINAHL Complete (via EBSCOhost), ScienceDirect via Elsevier, SciELO (Electronic scientific library Online) and Online Knowledge Library (B-ON). The following descriptors were used: "Thermal Comfort", "Specialized Nursing", "Outpatient Surgery", "Nursing Interventions" and "Temperature Regulation".

Results: The final process resulted in a sample of 17 articles, which demonstrated the effectiveness of specialized nursing interventions on maintaining thermal comfort on outpatient surgeries. Strategies such as the use of reflective blankets, heating protocols, prevention of hypothermia with heated blankets, active forced air heating and the need to train health professionals on this topic.

Conclusions: These practices, supported by literature and expert consensus, suggest the need for specific protocols and multidisciplinary approaches to ensure normothermia, contributing to improved the person's experience on the perioperative situation, the efficiency of healthcare and the reduction of costs.

Keywords: Thermal Comfort, Nursing Interventions, Outpatient Surgeries, Prevention of Hypothermia.

3. Fundamentação/enquadramento teórico

As cirurgias de ambulatório são um componente crucial do sistema de saúde, oferecendo procedimentos eficazes com recuperação no mesmo dia. Contudo, o conforto térmico da pessoa durante essas cirurgias é um aspeto frequentemente subestimado, porém de importância vital. O conforto térmico influencia a experiência da pessoa, e também pode ter implicações significativas na recuperação pós-operatória e no risco de complicações (Muniz et al., 2015; Félix et al., 2010; Madrid et al., 2016). Neste contexto, a teoria do conforto de Katharine Kolcaba oferece uma perspetiva de grande valor para entender e melhorar o cuidado à pessoa. Kolcaba (1994) define o conforto em três formas: alívio, tranquilidade e transcendência, que podem ser aplicadas em contextos físicos, psicoespirituais, sociais e ambientais. Segundo Cardoso et al. (2019). A teoria do conforto é apresentada como um marco teórico que consolida a enfermagem como ciência e fomenta a interação, a autonomia e o reconhecimento das necessidades da pessoa através da promoção do conforto, resultando, assim, na melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

De acordo com Boudiab e Kolcaba (2015), esta teoria desempenha várias funções essenciais que enriquecem a prática e a investigação em enfermagem. Em primeiro lugar, a teoria serve como orientação para o reconhecimento das necessidades de conforto da pessoa e respetiva família/pessoa significativa, especialmente as mais complexas. Em segundo lugar, apoia a conceção de investigações destinadas a dar resposta a necessidades não satisfeitas, muitas vezes crónicas e interligadas. Em terceiro lugar, proporciona métodos de avaliação ao nível das intervenções para identificar as melhores práticas e políticas. Por último, funciona como um guia para a elaboração ou adaptação de questionários de conforto, adequando-os a questões de investigação específicas e a populações-alvo (Boudiab & Kolcaba, 2015).

Segundo Martins et al. (2022), a teoria do conforto de Kolcaba sustenta que as intervenções de enfermagem que promovem conforto são consideradas práticas exemplares na assistência de enfermagem quando percebidas como confortantes pelo indivíduo, família ou comunidade beneficiada.

No contexto das cirurgias de ambulatório, o foco no conforto térmico alinha-se principalmente com o elemento físico do conforto. Segundo a teoria de Kolcaba, as intervenções que têm como objetivo melhorar o conforto térmico da pessoa, podem proporcionar alívio imediato de desconfortos físicos, mas também promover uma sensação

de tranquilidade durante a experiência cirúrgica, contribuindo para uma recuperação mais eficaz e a diminuição do risco de complicações.

Com o aumento no número de cirurgias de ambulatório, cresce a necessidade de uma abordagem especializada em conforto térmico. As complicações pós-operatórias, como a morbidade e a mortalidade, podem ser influenciadas pelo conforto térmico, o que coloca em relevo a importância das intervenções de enfermagem especializada. Estas intervenções visam um diagnóstico antecipado e ações preventivas para manter a funcionalidade e prevenir complicações (Espada, 2023).

A configuração do ambiente cirúrgico, incluindo os sistemas de ventilação e de tratamento de ar, desempenha um papel crítico no conforto térmico. Estes sistemas são elaborados para minimizar infeções, mas também devem garantir condições térmicas confortáveis para a pessoa e equipa cirúrgica (Feliz, 2010).

Um dos maiores desafios no conforto térmico durante as cirurgias de ambulatório é a prevenção da hipotermia perioperatória inadvertida. Esta condição pode ocorrer devido à supressão dos mecanismos de regulação da temperatura pelo uso de agentes anestésicos e a exposição prolongada a baixas temperaturas (Wongyingsinn & Pookprayoon, 2023; Sessler, 2021). A hipotermia está associada a várias complicações pós-operatórias, incluindo infeções no sítio cirúrgico e atraso na cicatrização (Silva & Peniche, 2014; Ousey et al., 2017).

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo efetuar uma revisão da literatura sobre as intervenções de enfermagem especializadas focadas no conforto térmico em contexto de cirurgia de ambulatório. Espera-se, assim, contribuir com conhecimento científico para a melhoria da segurança da pessoa, o desenvolvimento de protocolos de enfermagem, a educação e formação em enfermagem e para a otimização dos resultados cirúrgicos, satisfação e recuperação da pessoa. A hipotermia, definida como uma temperatura corporal central inferior a 36° C, é um evento comum, mas muitas vezes sub-diagnosticado na pessoa em procedimentos cirúrgicos (Bayter-Marín et al., 2017). Estima-se que entre 70 a 90% das pessoas em situação perioperatória desenvolvam hipotermia dentro de uma hora após a indução da anestesia, com repercussões significativas, incluindo aumento do risco de infeção, sangramento e necessidade de transfusão, além de desconforto pós-operatório e complicações cardíacas (Hernandez, Cutter & Apfelbaum, 2013). Apesar da prevalência e dos riscos associados à hipotermia, existem lacunas no conhecimento e na prática relacionadas à implementação de estratégias eficazes para prevenir e gerir este problema em ambientes de cirurgia de ambulatório (Rocha et al., 2022).

4. Finalidade e objetivos

O foco principal deste estudo é o mapeamento das evidências científicas sobre as intervenções de enfermagem especializadas para a manutenção do conforto térmico à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório. O objetivo é, com base nos resultados encontrados, desenvolver um conjunto de estratégias eficazes para garantir o conforto térmico da pessoa nestas situações, que podem ser implementadas em unidades de cirurgia de ambulatório. Como objetivo específico, procurou-se avaliar a eficácia das intervenções existentes no controlo da temperatura corporal e no conforto térmico da pessoa em situação perioperatória antes, durante e após procedimentos cirúrgicos em ambulatório.

Estes objetivos surgiram a partir de uma questão de investigação fundamental: "Quais são as intervenções de enfermagem especializadas no conforto térmico em contexto de cirurgia de ambulatório?". Através desta investigação, pretende-se contribuir para a melhoria da prática clínica em ambientes cirúrgicos de ambulatório, assegurando o bem-estar da pessoa/família potencializando os resultados positivos dos procedimentos cirúrgicos.

5. Metodologia

Neste estudo, optou-se pela metodologia da *scoping review*. As *scoping reviews* são ferramentas extremamente úteis e de crescente aplicação na síntese de evidências. Utilizam-se para tratar questões de investigação abrangentes e para cartografar evidências provenientes de uma gama diversificada de fontes (Pollock et al., 2021). Embora partilhem semelhanças metodológicas com as revisões sistemáticas, as *scoping reviews* são especialmente valorizadas por fornecerem um panorama geral sobre um conjunto extenso e variado de dados relativos a uma temática ampla. Diferenciam-se das revisões sistemáticas, que visam consolidar dados empíricos de um número mais restrito de estudos, focando-se em questões ou temáticas mais específicas (Arksey & O'Malley, 2005). No entanto, é imprescindível que as *scoping reviews* sejam realizadas com métodos rigorosos e transparentes, garantindo a fiabilidade dos resultados obtidos (Pollock et al., 2021).

5.1. Seleção das palavras-chave e da base de dados

Para a presente investigação a seleção criteriosa de palavras-chave e a escolha de bases de dados adequadas são passos cruciais. Neste sentido, optou-se pelas seguintes bases de dados: PubMed via Medline, ScienceDirect via Elsevier, SciELO (Biblioteca Científica Eletrónica Online). Foi igualmente incluída a B-ON (Biblioteca do Conhecimento Online). Estas bases foram escolhidas pela sua reconhecida fiabilidade e ampla cobertura em literatura científica. A PubMed é uma referência em ciências da saúde, a ScienceDirect oferece um vasto repositório de publicações técnicas e científicas, e a SciELO complementa a investigação com contribuições da América Latina e de países lusófonos, garantindo uma análise extensa e diversificada. A B-ON, por sua vez, é considerada uma fonte confiável e valiosa para investigadores e académicos, especialmente na área de saúde e ciências relacionadas.

Para a pesquisa nestas bases de dados, selecionaram-se palavras-chave especificamente relacionadas com o tema: "Conforto Térmico", "Enfermagem Especializada", "Cirurgia de Ambulatório", "Intervenções de Enfermagem" e "Regulação da Temperatura". Utilizaram-se operadores booleanos para otimizar a pesquisa, resultando na seguinte equação de pesquisa: (Conforto Térmico) E (Enfermagem Especializada) E (Cirurgia de Ambulatório) OU (Intervenções de Enfermagem) OU (Regulação da Temperatura).

5.2. Critérios de inclusão e de exclusão

Conforme delineado por Peter et al. (2020), com recurso ao método do JBI (*Joanna Briggs Institute*), estabeleceram-se critérios de elegibilidade para o presente estudo, centrando na população, no conceito e no contexto. Os critérios definidos foram os seguintes:

População: Foram incluídos estudos que abordam pessoas submetidas a cirurgias de ambulatório, considerando diversos tipos de procedimentos cirúrgicos.

Conceito: A revisão centrou-se em estudos que exploram intervenções de enfermagem especializada para manter o conforto térmico da pessoa em situação perioperatória. Estas intervenções podem incluir uma gama de estratégias e técnicas aplicadas por enfermeiros especializados para assegurar a regulação adequada da temperatura corporal antes, durante e após a cirurgia.

Contexto: Consideraram-se estudos realizados em ambientes diversos de cirurgia de ambulatório, incluindo hospitais e clínicas especializadas, onde ocorrem procedimentos cirúrgicos e as pessoas recebem cuidados especializados para o conforto térmico.

Os critérios de inclusão compreenderam também estudos:

Publicados nos últimos 10 anos (2013-2023):

- Justificação: Este critério garante que as informações recolhidas são atuais e refletem os desenvolvimentos recentes nas práticas de enfermagem para o conforto térmico em cirurgia de ambulatório.

Em inglês, português e espanhol:

- Justificação: A inclusão destas línguas visa maximizar a abrangência e a qualidade dos dados, assegurando a compreensão dos conteúdos pelos investigadores.

Com dados de fonte primária e não primária:

- Justificação: A inclusão de ambos os tipos de fontes proporcionam uma perspetiva mais extensa e variada sobre o tema.

Publicados em revistas científicas:

- Justificação: Este critério assegura um nível de rigor e credibilidade, considerando que estes artigos passam geralmente por um processo de revisão por pares e validação

Os critérios de exclusão incluíram estudos:

Sem acesso ao texto integral ou não gratuitos:

- Justificação: É essencial ter acesso completo ao conteúdo para análise detalhada da informação, metodologia e resultados.

Que envolvam pessoas submetidas a outros procedimentos que não cirurgias de ambulatório:

- Justificação: O objetivo é centrar-se no conforto térmico em contexto de cirurgia de ambulatório, e incluir outras situações poderia introduzir variáveis não pertinentes.

Que abordem intervenções de enfermagem para conforto térmico em contextos não relacionados com a cirurgia de ambulatório:

- Justificação: O foco é específico nas intervenções para conforto térmico em cirurgias de ambulatório, sendo outras intervenções fora deste contexto menos relevantes para os objetivos do estudo.

5.3. Seleção dos estudos

A seleção do estudo foi segmentada em quatro fases desde a identificação dos estudos, passando pela remoção dos duplicados entre cada pesquisa e a aplicação dos critérios de elegibilidade em cada fase: da leitura do título, do resumo ou do artigo integral.

5.4. Extração de dados

Os dados de cada artigo foram introduzidos numa tabela, construída para organizar os artigos por temas e orientar a extração de dados. A informação foi organizada relativamente ao nome do autor, data de publicação, tamanho da amostra, desenho do estudo, intervenções identificadas, resultados e conclusões.

5.5. Considerações éticas

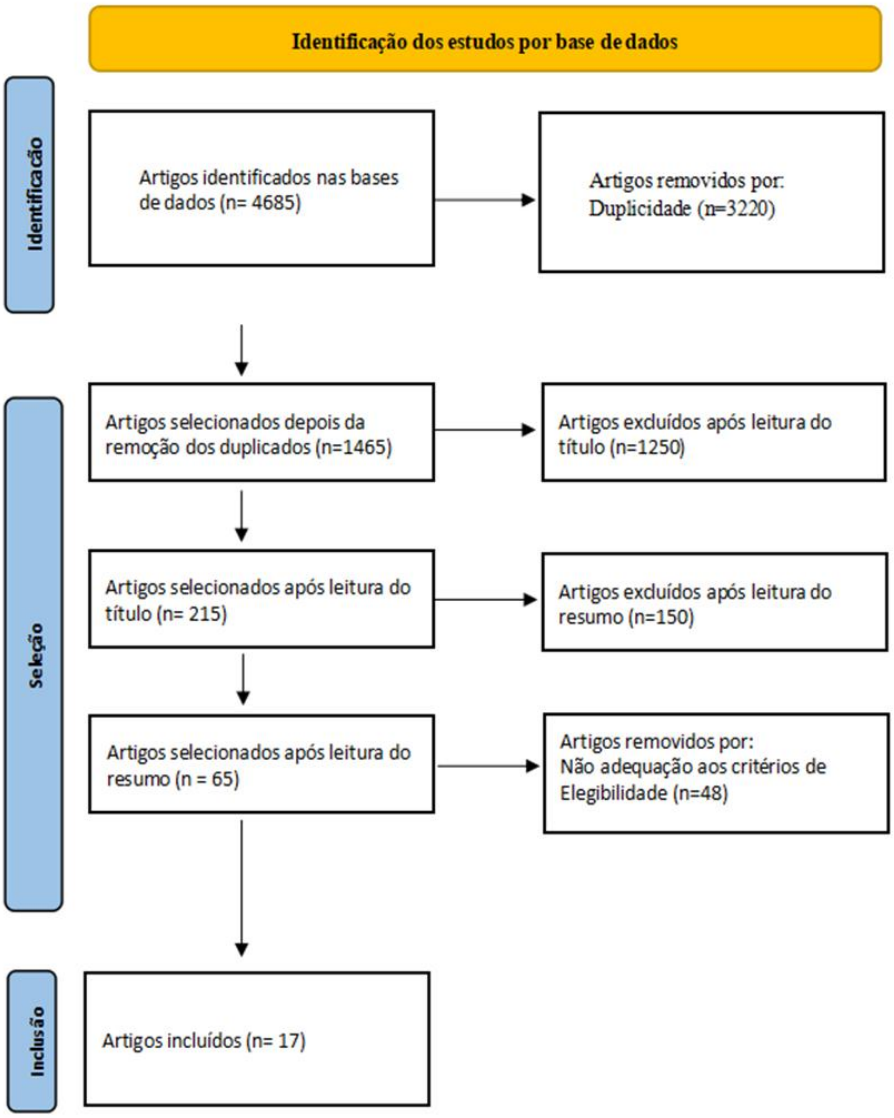
A ética na investigação permeia todas as fases do processo investigativo, evidenciando a importância da integridade dos procedimentos e a aderência aos princípios éticos estabelecidos. Deste modo, a consideração ética é fundamental desde o início até à conclusão do estudo, abarcando a relevância do tema, a integridade dos resultados e a sua contribuição para o avanço do conhecimento, a seleção de uma metodologia apropriada, a utilização de instrumentos e métodos adequados para a recolha de dados, bem como a análise de dados anteriores e a disseminação dos resultados (Nunes, 2013).

Neste sentido, esta *scoping review* foi efetuada tendo em conta os elementos éticos essenciais para garantir a integridade da investigação. Assim, houve respeito pelas fontes, isto é, todos os estudos incluídos foram devidamente citados, respeitando os direitos de autor e reconhecendo o trabalho original dos autores, em consonância com as normas académicas de integridade. A metodologia usada foi explicitamente descrita; houve consideração por dados sensíveis e, por fim, considerou-se a divulgação responsável e o impacto do estudo no conhecimento e na prática.

6. Resultados

A pesquisa identificou um total de 4685 resultados nas bases de dados supracitadas. Destes 4685, foram removidos 3220 por duplicidade, ficando-se com um total de 1465 artigos. Após a leitura do título foram eliminados 1250, ficando-se com 215. Após a leitura do resumo foram eliminados 150, ficando-se com 65 para leitura integral. Desses 65, foram eliminados 48 por não adequação aos critérios de elegibilidade. Assim, foram incluídos 17 artigos na presente revisão.

Figura 5: Fluxograma de seleção da amostra *PRISMA Flowchart* Adaptado: Page et al. (2021)



6.1. Análise integral dos artigos

Seguidamente apresenta-se a análise integral de cada um dos 17 estudos incluídos na presente *scoping review*.

Akhtar et al. (2016) conduziram um controlado randomizado prospetivo, que testou a hipótese de que o pré-aquecimento com ar forçado melhora a satisfação da pessoa após cirurgia ambulatorial. O estudo incluiu 115 pessoas, e os resultados indicaram que, embora o pré-aquecimento tenha aumentado o conforto térmico, não houve redução significativa na hipotermia de redistribuição, nem melhoria na satisfação pós-operatória da pessoa.

Bayter-Marín et al. (2017) realizaram uma revisão da literatura não sistemática, que analisou as causas de baixas temperaturas em cirurgias eletivas intra-operatórias e a eficácia de medidas preventivas. O estudo concluiu que existem medidas eficazes, simples e económicas para prevenir a hipotermia, destacando o aquecimento com ar quente sob pressão.

As conclusões do estudo de **Azenha et al. (2018)** reiteraram a importância crítica da manutenção da normotermia perioperatória na elevação da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em cirurgia de ambulatório e na otimização da gestão dos serviços de saúde. As recomendações formuladas tiveram como propósito oferecer uma abordagem prática e fundamentada em evidências para a prevenção e tratamento da hipotermia, contribuindo para uma recuperação mais acelerada das pessoas em situação perioperatória e para a diminuição dos custos associados a tempos de recuperação prolongados e a estadias hospitalares extensas.

Broback et al. (2018) efetuaram uma revisão sistemática da literatura para avaliar a eficácia do uso de cobertores de aquecimento de ar forçado na prevenção da hipotermia acidental em pessoas submetidas a cirurgias programadas sob anestesia geral. A maioria dos estudos incluídos nessa revisão apresentou resultados estatisticamente significativos e baixo risco de viés, indicando que o aquecimento pré-operatório com cobertores de ar forçado tem um efeito significativo na prevenção da hipotermia inadvertida.

Granum et al. (2019) efetuaram um estudo que avaliou o uso de uma manta *Full Access Underbody* (FAU) em 60 pessoas submetidas a cirurgia, divididas em dois grupos: FAU e controlo. Os resultados mostraram uma menor incidência de hipotermia no grupo FAU, sugerindo que a manta foi eficaz na redução da incidência de hipotermia no início da cirurgia e na melhoria do conforto das pessoas em situação perioperatória.

O estudo de **Palmer, Soucier e Deeds (2019)** teve como objetivo melhorar a satisfação da pessoa em situação perioperatória com o conforto térmico, utilizando cobertores reflexivos.

Os resultados mostraram que houve um aumento significativo na média de satisfação da pessoa em relação ao conforto térmico após a introdução dos cobertores reflexivos.

O estudo realizado por **Penaforte et al., publicado em 2019** incidiu sobre a perceção dos enfermeiros relativamente à importância da normotermia no decorrer do perioperatório. Trata-se de uma investigação de caráter qualitativo, exploratório e descritivo, que contou com a participação de 10 enfermeiros voluntários ativos em blocos operatórios, recorrendo a entrevistas semiestruturadas para a recolha de dados. Este estudo teve como objetivo entender como os enfermeiros veem a manutenção da normotermia durante o perioperatório e a sua importância para a segurança e o conforto da pessoa em situação perioperatória. Os resultados revelaram que a normotermia é um elemento crucial para a segurança da pessoa, mas também uma prioridade de monitorização. Foi destacada a importância de se identificarem procedimentos apropriados, sinais, sintomas e possíveis complicações relacionadas à regulação da temperatura corporal, realçando a utilização de escalas de avaliação do conforto térmico para uma abordagem mais efetiva.

Tyvold (2019) realizou um estudo para avaliar qual das medidas de aquecimento ativo, cobertor auto térmico ou cobertor de ar forçado, era mais eficaz na prevenção da perda de calor intra-operatória inadvertida em pessoas submetidas a cirurgia plástica ambulatorial. Os resultados mostraram que a temperatura central foi significativamente mais baixa no grupo de cobertor auto-térmico durante a anestesia, e a hipotermia foi mais frequente neste grupo. O estudo concluiu que o uso de um cobertor de ar forçado sob o corpo da pessoa foi mais eficaz na prevenção da hipotermia perioperatória inadvertida.

Souza et al. (2019) realizaram um estudo descritivo e transversal, cujo objetivo central foi descrever os cuidados de enfermagem para a manutenção da temperatura corporal durante o intraoperatório num centro cirúrgico de um hospital. Os resultados apontaram para a incidência de hipotermia não intencional como uma condição real no centro cirúrgico, com implicações para a recuperação das pessoas neste contexto. Concluiu-se que a prevenção da hipotermia está relacionada com a realização de cuidados de enfermagem mais seguros.

Kang e Park (2020) realizaram um estudo que avaliou o efeito da diretriz de hipotermia baseada em evidências da *American Society of PeriAnesthesia Nurses*. O ensaio clínico randomizado incluiu 54 pessoas submetidas a cirurgia do membro superior sob anestesia geral. Os resultados mostraram melhorias significativas na temperatura corporal, tremores, desconforto térmico e conforto no grupo experimental, que utilizou várias medidas de aquecimento, em comparação com o grupo de controlo que recebeu um cobertor de algodão típico do hospital.

O estudo de **Yoo et al. (2020)** avaliou a eficácia da intervenção de pré-aquecimento de 10 minutos na prevenção de hipotermia perioperatória em 60 pessoas, agendados para cirurgia eletiva sob anestesia geral. Os resultados indicaram que os 10 minutos de pré-aquecimento não tiveram efeito adicional na prevenção da hipotermia perioperatória.

Becerra e Valencia (2021) realizaram um estudo que avaliou o efeito de diferentes períodos de pré-aquecimento na temperatura perioperatória em ressecções trans uretrais de curta duração sob anestesia geral. Os resultados revelaram que o pré-aquecimento aumentou significativamente a temperatura corporal antes da indução da anestesia e manteve temperaturas mais altas ao final da cirurgia nos grupos pré-aquecidos.

Yoo et al. (2021) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a eficácia do aquecimento ativo por ar forçado durante a indução da anestesia para prevenir hipotermia perioperatória inadvertida em pessoas submetidas a cirurgias de duração superior a 120 minutos. A amostra incluiu 130 pessoas, divididas em dois grupos: aquecimento durante a indução e controlo. O grupo de aquecimento durante a indução mostrou menores taxas de hipotermia intra-operatória e pós-operatória em comparação com o grupo controlo, embora a perda de sangue intra-operatória e as pontuações de conforto térmico fossem idênticas entre os grupos.

Rocha et al. (2022) realizaram um estudo que teve como objetivo mapear as publicações sobre hipotermia e os cuidados de enfermagem no reaquecimento seguro de pessoas com hipotermia. Utilizando uma *scoping review* baseada no método do Instituto Joanna Briggs e *PRISMA-ScR*, a pesquisa analisou 10 estudos de várias bases de dados. Os resultados indicaram uma falta de protocolos assistenciais para a orientação da equipa de enfermagem no uso de dispositivos de aquecimento para a pessoa em hipotermia, destacando a necessidade de desenvolver tais protocolos.

Güven et al. (2023) realizaram um estudo descritivo que teve como objetivo avaliar a incidência, os fatores de risco e as medidas de prevenção da hipotermia em pessoas submetidas a cirurgia de ambulatório. A amostra incluiu 170 pessoas, e as intervenções incluíram o uso de cobertores e lençóis no pré-operatório, líquidos intravenosos aquecidos no intraoperatório e um sistema de aquecimento forçado de ar. Os resultados indicaram uma incidência de hipotermia perioperatória de 20%, com fatores de risco que compreenderam a idade avançada, o género feminino, as doenças crónicas, a anestesia geral e a duração prolongada da cirurgia.

O estudo de **Kameda e Okada (2023)** analisou os efeitos de um protocolo de cuidados de aquecimento na regulação da temperatura e na perceção de conforto térmico em pessoas com hipotermia após cirurgia abdominal. Incluiu 54 pessoas, divididas em dois grupos:

controlo e intervenção com protocolo de cuidados de aquecimento. O grupo de intervenção apresentou uma redução significativa na diferença de temperatura entre as temperaturas central e periférica, resultando num maior conforto térmico.

O estudo de **Yılmaz e Khorshid (2023)** teve como objetivo determinar os efeitos de fluidos intravenosos aquecidos (WIVF) na temperatura corporal central e no conforto térmico de pessoas submetidas a cirurgia de TUR-P e irrigação da bexiga. A pesquisa incluiu dados base de 105 pessoas do sexo masculino. O grupo experimental foi aquecido com fluidos intravenosos aquecidos, enquanto o grupo controlo usou um cobertor de algodão. Os resultados mostraram que a temperatura corporal foi maior no grupo experimental, com mudanças significativas na temperatura central e pontuações mais altas de conforto térmico.

A Tabela 1 apresenta um resumo dos artigos. De mencionar que a sua forma de apresentação é aleatória.

Tabela 1: Resumo dos artigos

Autor (es), ano	Base de dados	Objetivos	Desenho de estudo	Amostra	Intervenções	Resultados	Conclusões
Akhtar et al., 2016	PubMed	Testar a hipótese de que o pré-aquecimento com ar forçado melhora a satisfação da pessoa após cirurgia ambulatorial e avaliar o efeito no conforto térmico e na temperatura central	Ensaio controlado randomizado prospetivo	115 Pessoas (18 a 75 anos), submetidas as cirurgias ambulatoriais de duração <4 horas. Dados finais de 102 pessoas incluídos	Pré-aquecimento com sistema de aquecimento Mistral-AIR inicialmente ajustado para 43° C. Todas as pessoas receberam aquecimento intraoperatório	O pré-aquecimento não reduziu significativamente a hipotermia de redistribuição. Houve aumento no conforto térmico com pré-aquecimento. Não houve aumento significativo na satisfação da pessoa no pós-operatório	Pré-aquecimento ativo aumentou o conforto térmico, mas não reduziu significativamente a hipotermia de redistribuição nem melhorou a satisfação pós-operatória da pessoa
Bayter-Marín et al., 2017	SciELO	Analisar as causas de baixas temperaturas em cirurgias eletivas intra-operatórias e verificar a eficácia de medidas preventivas	Revisão da literatura não sistemática	Não se aplica	Aquecimento da pessoa com ar quente sob pressão por 1 hora e manutenção da temperatura do ar condicionado acima de 22° C na sala de cirurgia	A hipotermia é um evento comum e pouco diagnosticado em pessoas no contexto cirúrgico, mas fácil de detetar e prevenir	Existem medidas eficazes, simples e económicas para prevenir a hipotermia, sendo o aquecimento com ar quente sob pressão destacado

Azenha et al., 2018	B-ON	Fornecer aos anestesiologistas uma abordagem prática da prevenção e do tratamento da hipotermia perioperatória não planeada à pessoa em cirurgia de ambulatório. Inclui a síntese de evidências científicas sobre a importância da normotermia perioperatória e o desenvolvimento de recomendações para promover a normotermia em tais pessoas em situação perioperatória	Recomendações baseadas em evidências e consenso de especialistas	Aplica-se a adultos submetidos a cirurgia de ambulatório, excluindo menores de 18 anos, grávidas e pessoas apenas com anestesia local	Desenvolvimento de recomendações para a manutenção da normotermia perioperatória, incluindo identificação de fatores de risco para hipotermia, complicações da hipotermia, medidas preventivas, e estratégias de monitorização e conduta pré, intra e pós-operatórias	As recomendações enfatizam a importância da manutenção da normotermia para melhorar a segurança, o conforto da pessoa e os resultados da cirurgia. Destacam-se a necessidade de monitorização contínua da temperatura e a aplicação de medidas preventivas e de tratamento para a hipotermia perioperatória	A manutenção da normotermia perioperatória é crucial para a qualidade dos cuidados da pessoa em cirurgia de ambulatório e para a otimização da gestão dos cuidados de saúde. As recomendações visam contribuir para uma abordagem prática e baseada em evidências para prevenir e tratar a hipotermia, promovendo uma recuperação mais rápida e reduzindo os custos associados a tempos de recuperação e estadia prolongada
Broback et al., 2018	B-ON	Avaliar a eficácia do uso de cobertores de aquecimento de ar forçado na prevenção da hipotermia acidental em pessoas submetidos a cirurgias programadas sob anestesia geral	Revisão sistemática da literatura utilizando as bases de dados CINAHL, Embase, Cochrane Register of Controlled Trials, MEDLINE e ScienceDirect	10 Estudos	Intervenção de aquecimento pré-operatório com um cobertor de aquecimento de ar forçado	A maioria dos estudos incluídos apresentou resultados estatisticamente significativos e tem baixo risco de viés. Os resultados indicaram que o aquecimento pré-	A conclusão do estudo afirma que manter a normotermia (temperatura corporal normal) em pessoas em contexto perioperatório é crucial para prevenir complicações relacionadas à

						operatório com um cobertor de aquecimento de ar forçado tem um efeito significativo na prevenção da hipotermia acidental em pessoas adultas submetidos a cirurgias programadas sob anestesia geral	anestesia e para garantir a qualidade do trabalho realizado. Os resultados específicos deste estudo demonstraram que o aquecimento pré-operatório com um cobertor de aquecimento de ar forçado tem um efeito significativo na prevenção da hipotermia acidental em pessoas adultas submetidas a cirurgias eletivas sob anestesia geral
Granum et al., 2019	ScienceDirect	Avaliar se o uso de uma manta *Full Access Underbody* (FAU) previne a hipotermia em pessoas submetidas a cirurgia e explorar a experiência de conforto das pessoas	Não randomizado, controlado	60 Pessoas, divididas em dois grupos: FAU e grupo de controlo	Uso da manta FAU no grupo de intervenção, avaliação da temperatura e conforto	Menor incidência de hipotermia no grupo FAU (relação de risco de 0,28 [0,13 a 0,59]). Mudança na perceção de conforto antes e após o uso da manta	A manta FAU reduziu significativamente a incidência de hipotermia no início da cirurgia. A atenção ao conforto térmico durante a cirurgia é importante
Palmer et al., 2019	PubMed	Melhorar a satisfação da pessoa cirúrgica com o conforto térmico utilizando cobertores reflexivos	Desenho pré e pós-intervenção utilizando uma ferramenta de recolha de dados de satisfação da pessoa	Coorte pré intervenção de 134 pessoas e coorte pós-intervenção de 188 pessoas	Utilização de cobertores reflexivos nos períodos pré e pós-operatórios para aumentar as pontuações de satisfação das	A coorte pós-intervenção demonstrou um aumento significativo na média de satisfação da pessoa (P =.01) com 80% de satisfação no conforto	Os cobertores reflexivos aumentaram a satisfação das pessoas em relação ao conforto térmico. Iniciativas futuras devem incluir uma

					pessoas em relação ao conforto térmico	térmico	análise económica que comparem custos e benefícios
Penaforte et al., 2019	B-ON	Conhecer a perspetiva do enfermeiro sobre a normotermia no perioperatório	Qualitativo, exploratório e descritivo	10 Enfermeiros voluntários em funções no bloco operatório	Utilização de entrevistas semiestruturadas para a recolha de informação, seguida de técnica de análise de conteúdo	A importância da normotermia no Perioperatório é orientada para a promoção da segurança da pessoa em perioperatório. A normotermia é vista como alvo de monitorização, enfatizando o reconhecimento e uso de procedimentos, identificação de sinais, sintomas ou complicações e pelo recurso à escala de avaliação do conforto térmico	A normotermia é crucial para a segurança e conforto da pessoa em situação perioperatória. A prática de registos e o uso da escala de avaliação do conforto térmico são apontados como áreas de melhoria no perioperatório. Destaca-se a necessidade de estratégias para assegurar a normotermia
Tyvold, 2019	B-ON	Avaliar qual das medidas de aquecimento ativo, cobertor auto térmico ou cobertor de ar forçado, era mais eficaz na prevenção da perda de calor intraoperatória	Ensaio Controlado Randomizado	112 Pessoas programadas para cirurgia plástica ambulatorial	Randomização para cobertor auto-térmico ou cobertor de ar forçado	Os resultados mostraram que a temperatura central foi significativamente mais baixa no grupo de cobertor auto-térmico durante a anestesia (P <0,0001). A hipotermia (<36 °C)	O uso de um cobertor de ar forçado sob o corpo da pessoa foi mais eficaz na prevenção da hipotermia perioperatória inadvertida em comparação com um

		inadvertida. Secundariamente, avaliar se eles preveniram a hipotermia perioperatória inadvertida, definida como temperatura central do corpo abaixo de 36 °C				foi registada em 47% das pessoas no grupo de cobertor auto-térmico e em 25% no grupo de cobertor de ar forçado (P = 0,02). Nenhuma das intervenções foi suficiente para prevenir a hipotermia perioperatória inadvertida	cobertor auto-térmico. No entanto, nenhuma das intervenções foi completamente eficaz, indicando a importância de considerar outras estratégias de aquecimento ou medidas para manter a temperatura corporal adequada em pessoas submetidas a cirurgias ambulatoriais
Souza et al., 2019	B-ON	Descrever os cuidados de enfermagem para manutenção da temperatura corporal durante o intraoperatório	Estudo descritivo, transversal	Centro cirúrgico de um hospital no interior de São Paulo	Número de cirurgias analisadas, tipos de cirurgias, método de aquecimento utilizado, incidência de hipotermia pós-operatória	Incidência de hipotermia, tempo médio de duração da anestesia, métodos de aquecimento utilizados, relação com cuidados de enfermagem seguros	A hipotermia não intencional é uma condição real no centro cirúrgico, causando prejuízos à recuperação dos pacientes. A sua prevenção está relacionada à realização de cuidados de enfermagem mais seguros e à redução de complicações pós-operatórias
Kang & Park, 2020	ScienceDirect	Avaliar o efeito do uso da diretriz de hipotermia baseada em evidências	Ensaio clínico randomizado	54 Pessoas submetidas a cirurgia do membro superior com	O grupo experimental recebeu um turbante na	Melhorias significativas na temperatura corporal, tremores,	A diretriz da *American Society of PeriAnesthesia Nurses* é aplicável para

		desenvolvida pela American Society of PeriAnesthesia Nurses na temperatura corporal, tremores, desconforto térmico e conforto, e incidência de hipotermia		anestesia geral	cabeça, meias para dormir, manta aquecida, *Bair Hugger* para aquecimento forçado por ar e um kit *Mega Acer* para aquecimento de fluido intravenoso. O grupo controlo recebeu um cobertor de algodão típico do hospital	desconforto térmico e conforto térmico no grupo experimental comparado com o grupo controlo	prevenir hipotermia sob anestesia geral, o que auxilia na recuperação da pessoa através da supressão de várias complicações relacionadas à hipotermia
Yoo et al., 2020	PubMed	Avaliar a eficácia da intervenção *10 min pre-warming* na prevenção de hipotermia perioperatória	Estudo prospetivo randomizado	60 Pessoas agendadas para cirurgia eletiva sob anestesia geral	Grupo 10 min pre-warming (pré-aquecimento por 10 minutos) vs. grupo controlo	Incidência de hipotermia intra-operatória e pós-operatória, temperatura corporal, conforto térmico	10 Minutos de pré-aquecimento não têm efeito adicional na prevenção de hipotermia perioperatória
Becerra & Valencia, 2021	ScienceDirect	Avaliar o efeito de diferentes períodos de pré-aquecimento na temperatura perioperatória em ressecções trans uretrais de curta duração sob anestesia geral	Ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado	297 Pessoas submetidas à ressecção trans ureteral de bexiga ou próstata sob anestesia geral	Pré-aquecimento com cobertor de ar forçado durante 15, 30 ou 45 minutos no período pré-anestesia	O pré-aquecimento aumentou significativamente a temperatura corporal antes da indução da anestesia e manteve temperaturas mais altas ao final da cirurgia nos grupos pré-aquecidos comparados ao grupo controlo	O pré-aquecimento antes da ressecção trans uretral sob anestesia geral reduziu a queda da temperatura corporal durante o período perioperatório e diminuiu a taxa de complicações pós-operatórias

Yoo et al., 2021	PubMed	Avaliar a eficácia do aquecimento ativo por ar forçado durante a indução da anestesia para prevenir hipotermia perioperatória inadvertida em pessoas aquecidos no intraoperatório e submetidos a cirurgias com duração> 120 minutos	Ensaio clínico controlado randomizado	130 Pessoas agendadas para cirurgia programada sob anestesia geral com duração> 120 minutos. Divididos em dois grupos: aquecimento durante a indução (n=65) e controlo (n=65)	Grupo de aquecimento durante a indução aquecido durante o período de indução anestésica com um aquecedor de ar forçado ajustado para 47° C; grupo de controlo coberto passivamente com uma manta de algodão. Todas as pessoas foram aquecidas com um aquecedor de ar forçado durante a cirurgia. Avaliação da temperatura corporal com termómetro de membrana timpânica nos períodos pré e pós-operatório e com sonda de temperatura nasofaríngea durante a cirurgia. Avaliação das pessoas com	Foram observadas menores taxas de hipotermia intra-operatória e pós-operatória no grupo de aquecimento durante a indução em comparação com o grupo de controlo (19,0% vs 57,1%, P <0,001; 3,3% vs 16,9%, P = 0,013, respetivamente). A temperatura corporal foi mais alta no grupo de aquecimento durante a indução (P < 0,001). No entanto, a perda de sangue intra-operatória, bem como as pontuações na escala de conforto térmico pós-operatório, na escala de tremores e na escala de satisfação da pessoa foram semelhantes entre os grupos. A duração da permanência na unidade de cuidados pós-anestesia também foi semelhante entre os grupos	O aquecimento ativo durante a indução por ar forçado é um método eficaz, simples e conveniente para prevenir a hipotermia perioperatória inadvertida em pessoas aquecidos no intraoperatório e submetidos a cirurgias maiores com duração> 120 minutos

					escala de tremores, escala de conforto térmico e escala de satisfação na unidade de cuidados pós-anestesia		
Rocha et al., 2022	SciELO	Mapear as publicações sobre hipotermia e os cuidados de enfermagem no reaquecimento seguro de pessoas hipotérmicas	*Scoping review* baseada no método do Instituto *Joanna Briggs (JBI) e PRISMA-ScR*	Seleção de 10 estudos de várias bases de dados, incluindo LILACS, Bibliográfico Espanhol em Ciências, Banco de Dados em Enfermagem, Coleciona SUS, MEDLINE, PubMed Central, EMBASE, SCOPUS, e Web of Science	Categorização dos cuidados de enfermagem a pessoas hipotérmicas, incluindo temperatura, cuidados da equipa e uso de dispositivos e manutenção de ambientes hospitalares	Falta de protocolos assistenciais para orientação da equipa de enfermagem no uso de dispositivos de aquecimento em pessoas hipotérmicas	Necessidade de desenvolvimento de protocolos assistenciais para a equipa de enfermagem no controlo do reaquecimento de pessoas hipotérmicas
Güven et al., 2023	ScienceDirect	Determinar a incidência, os fatores de risco e as medidas de prevenção da hipotermia em pessoas submetidas a cirurgia de ambulatório	Estudo descritivo	170 Pessoas de cirurgia de ambulatório	As intervenções incluíram: - Uso de cobertores e lençóis no período pré-operatório. - Utilização de líquidos intravenosos aquecidos (IV) durante o	Os resultados mostraram que a incidência de hipotermia perioperatória foi de 20% entre as pessoas de cirurgia de ambulatório; fatores de risco incluíram a idade avançada (idade superior a 60 anos), ser do género feminino, ter doenças crónicas, anestesia	A incidência de hipotermia é menor em cirurgias de ambulatório em comparação com cirurgias com internamento. A taxa de aquecimento pode ser melhorada com medidas de prevenção e consciencialização da equipa

					período intraoperatório. Uso de um sistema de aquecimento forçado de ar, que inclui o uso de mantas aquecidas e a circulação de ar aquecido no ambiente cirúrgico	geral e duração prolongada da cirurgia	
Kameda & Okada, 2023	PubMed	Analisar os efeitos de um protocolo de cuidados de aquecimento na regulação da temperatura e na perceção de conforto térmico em pessoas com hipotermia após cirurgia abdominal	Ensaio clínico controlado não randomizado	54 Pessoas submetidas a cirurgia abdominal maior, divididos em dois grupos: grupo controlo (27 pessoas) e grupo de intervenção com protocolo de cuidados de aquecimento (27 pessoas)	O grupo controlo recebeu cuidados de rotina, e o grupo de intervenção recebeu o protocolo de cuidados de aquecimento. A temperatura corporal (central e periférica) e os sintomas físicos foram monitorizados	O grupo de intervenção apresentou uma redução significativa no "gap" de temperatura (diferença entre as temperaturas central e periférica) nas horas seguintes à cirurgia, resultando num maior conforto térmico	Os grupos de pessoas aquecidas com recurso ao protocolo de cuidados de aquecimento experienciaram maior conforto térmico e regulação da temperatura após cirurgia abdominal, o que pode ser benéfico para prevenir complicações pós-operatórias, como tremores e outras

Yılmaz & Khorshid, 2023	B-ON	Determinar os efeitos de fluidos intravenosos aquecidos (WIVF) na temperatura corporal central e no conforto térmico de pessoas submetidas a cirurgia de TUR-P e irrigação da bexiga	Estudo clínico randomizado	*Baseline data* de 105 pessoas do sexo masculino submetidos a cirurgia de TUR-P e irrigação da bexiga	Grupo experimental aquecido com fluidos intravenosos aquecidos, grupo controlo com cobertor de algodão	A temperatura corporal foi maior no grupo experimental. Foram verificadas mudanças significativamente diferentes na temperatura central entre grupos. Foram observadas pontuações de conforto térmico mais alto no grupo experimental	A intervenção com fluidos intravenosos aquecidos melhorou a temperatura corporal e o conforto térmico das pessoas em comparação com o grupo controlo durante a cirurgia

7. Discussão

Esta *scoping review* teve como objetivo o mapeamento de evidências científicas sobre as intervenções de enfermagem especializadas no conforto térmico em pessoas submetidas a cirurgias de ambulatório. Visou-se desenvolver um conjunto de estratégias eficazes que possam ser implementadas em unidades de cirurgia de ambulatório para assegurar o conforto térmico à pessoa em situação perioperatória, avaliando a eficácia das intervenções existentes no controlo da temperatura corporal e no conforto térmico antes, durante e após os procedimentos cirúrgicos.

A importância da normotermia no contexto Perioperatório é reconhecida em larga escala, sendo considerada um fator crítico para a segurança da pessoa, a qualidade dos cuidados de saúde e a otimização dos recursos hospitalares.

Carvalho (2018) reforça a complexidade do fenómeno da hipotermia perioperatória, evidenciando a influência dos fármacos anestésicos e das condições ambientais do bloco operatório. Este autor alerta para a escassez de protocolos e instrumentos de avaliação do conforto térmico em Portugal, salientando a necessidade de medidas de proteção cutânea e a importância de uma estratégia multidisciplinar para o controlo efetivo da hipotermia.

Filho et al. (2019), por sua vez, sublinham o papel do cuidado de enfermagem na promoção de uma prática profissional integral e personalizada, que deve compreender conceitos teóricos para a melhoria contínua das práticas de cuidado, incluindo a manutenção da normotermia.

Cardoso et al. (2019) e Brandão e Santos (2019) reiteram a relevância da teoria do conforto e da especificidade das funções de enfermagem na promoção do conforto e na implementação de cuidados que abordem a totalidade das necessidades da pessoa, destacando a promoção do conforto térmico como um elemento fulcral da qualidade do atendimento em saúde. Os resultados obtidos realçam importância da formação contínua dos enfermeiros perioperatórios, bem como a necessidade da sua formação na segurança e no conforto à pessoa em situação perioperatória.

Com base nos resultados encontrados, podem ser implementadas as seguintes estratégias eficazes para garantir o conforto térmico à pessoa em unidades de cirurgia de ambulatório:

- Utilização de cobertores reflexivos (Palmer et al., 2019);
- Desenvolvimento de protocolos de cuidados de aquecimento (Rocha et al., 2022);
- Prevenção da hipotermia perioperatória (Souza et al., 2019);
- Utilização de mantas aquecidas específicas (Granum et al., 2019);
- Aquecimento ativo por ar forçado (Yoo et al., 2020);
- Formação e sensibilização dos profissionais de saúde (Penaforte et al., 2019).

Em síntese, a discussão dos resultados desta *scoping review* ressalta a importância de uma abordagem prática e baseada em evidências para a prevenção e tratamento da hipotermia no perioperatório. Embora tenham sido consultadas bases de dados reconhecidas (PubMed via Medline, ScienceDirect via Elsevier, SciELO, B-ON), pode haver estudos relevantes noutras bases de dados ou publicações "cinzentas" (relatórios técnicos, teses, dissertações) que não foram incluídos, o que pode limitar a abrangência da revisão. Este estudo apresenta limitações que é importante considerar. Uma das limitações significativas está relacionada com a escassez de literatura científica específica sobre o tema. Por outras palavras, a maioria dos estudos encontrados foca-se em cirurgias que não são de ambulatório o que indica uma lacuna importante na literatura específica para intervenções de enfermagem no contexto de cirurgia de ambulatório. Esta lacuna sugere que as conclusões retiradas do estudo podem não ser totalmente representativas ou específicas para o contexto desejado. Outra das limitações a ter em consideração é a variedade de procedimentos e condições abrangidas pelas cirurgias de ambulatório, a qual pode dificultar a generalização dos resultados das intervenções de enfermagem especializadas.

Por fim, outra limitação importante consiste na heterogeneidade geográfica e cultural dos estudos incluídos, dado que são de países diferentes o que introduz variáveis culturais, climáticas e de práticas de saúde que podem impactar a aplicabilidade das intervenções em diferentes contextos.

A nível de sugestões, sugere-se a realização de mais estudos centrados exclusivamente em intervenções de enfermagem para o conforto térmico em cirurgias de ambulatório de modo a preencher a lacuna identificada na literatura.

8. Conclusão

A revisão destacou várias estratégias eficazes, incluindo o uso de cobertores reflexivos, o desenvolvimento de protocolos de cuidados de aquecimento, a prevenção da hipotermia perioperatória, o uso de mantas aquecidas, o aquecimento ativo por ar forçado e a formação e sensibilização dos profissionais de saúde. Estas estratégias chamam a atenção para a necessidade de protocolos assistenciais específicos, da formação contínua das equipas de enfermagem, e do desenvolvimento de estratégias multidisciplinares para assegurar o conforto térmico à pessoa em situação perioperatória.

Não obstante, este estudo apresenta limitações, como a escassez de literatura específica para intervenções em cirurgias de ambulatório, a dificuldade em generalizar resultados devido à diversidade de procedimentos e condições, a possibilidade de haver estudos pertinentes não incluídos por estarem em bases de dados ou publicações cinzentas não consultadas, e a heterogeneidade geográfica e cultural dos estudos incluídos. Tais limitações remetem para a necessidade de mais investigações centradas unicamente em intervenções de enfermagem para o conforto térmico em cirurgias de ambulatório, para a investigação sobre o impacto de novas tecnologias, e a realização de estudos longitudinais sobre a eficácia das intervenções, bem como para estudos que incluam as perceções da pessoa em contexto de perioperatório.

A implementação das estratégias identificadas contribuirá para a melhoria da experiência e satisfação da pessoa e respetiva família/pessoa significativa, a eficiência dos cuidados de saúde, e a minimização de custos associados a complicações decorrentes da hipotermia. Sugere-se a realização de mais estudos centrados neste tema e a adoção de uma metodologia prática e baseada em evidências para a prevenção e tratamento da hipotermia no perioperatório, destacando-se a importância de uma prática profissional integral e individualizada na promoção do conforto térmico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso de aprendizagem e obtenção do grau de mestre em enfermagem na área de especialização médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória, conduziu à aquisição de conhecimentos científicos baseados na melhor evidência que foram trazidos para a prática do contexto profissional, sendo uma mais-valia e contributo para o seu desempenho na instituição. O foco deste estudo incidiu nas intervenções de enfermagem especializada no CT em cirurgia de ambulatório centrada na satisfação, qualidade dos cuidados à pessoa em CA, tendo como objetivo dar resposta à questão de investigação, mapear as evidências científicas sobre as intervenções de enfermagem especializadas para a manutenção do conforto térmico em pessoas submetidas a cirurgias de ambulatório.

Muito além das competências desenvolvidas e adquiridas do projeto de investigação, a sua realização e concretização, contribuiu para o processo de melhoria continua na avaliação do CT em CA, tendo como referencial teórico, a teoria do conforto de Kolcaba. Como melhoria contínua e implicação para a prática clínica, garantir que as pessoas em situação perioperatória, especialmente antes da indução anestésica, mantenham a temperatura corporal dentro dos valores da normotermia, particularmente em cirurgias previstas com duração superior a meia hora. Esta abordagem é crucial para prevenir a ocorrência de HPI e, consequentemente, evitar notificações de incidentes críticos na UCA.

É da competência do EE perioperatório a implementação de escalas de avaliação e promoção do CT, sistematização e monitorização da temperatura corporal, identificar fatores de risco e sinais de hipotermia, manter a normotermia e deste modo evitar complicações associadas a estes diagnósticos (AESOP, 2017). A implementação da escala visual de avaliação no conforto térmico foi uma ferramenta de avaliação do CT usado na UCA, com sistematização e monitorização da temperatura corporal através do registo no *Sclinico e* com formação administrada á equipa, tendo inicialmente passado por uma fase experimental até à sua implementação. Considerou haver boa adesão por parte da equipa multidisciplinar. De igual forma a implementação de um fluxograma no processo de enfermagem na prevenção da HPI, poderá ser o primeiro passo para futuras linhas de investigação, como uma linha condutora, sugerindo a elaboração de um estudo quantitativo dos indicadores de qualidade na implementação de um fluxograma do processo de enfermagem na identificação e prevenção da HPI para quantificar ganhos em saúde efetivos na UCA e melhor evidencia na perceção da pessoa na avaliação do conforto

térmico. Na realização da investigação, esta assumiu um papel primordial, no conhecimento científico com evidência, como iniciar uma investigação, quais os passos a seguir, o que levou a uma reflexão sobre uma enfermagem especializada tendo como objetivo a obtenção de grau de mestre. O estudo realizado, uma *ScR*, além de aprofundar os conhecimentos nas intervenções de enfermagem especializada no conforto térmico à pessoa em CA, veio realçar a importância que o enfermeiro assume no CT e segurança da pessoa em situação perioperatória. As recomendações e práticas identificadas, apoiadas pela literatura científica e pelo consenso de especialistas, frisam a necessidade de protocolos assistenciais específicos, a formação contínua das equipas de enfermagem e o desenvolvimento de estratégias multidisciplinares para garantir o conforto térmico à pessoa em cirurgias de ambulatório. A implementação destas estratégias contribuirá para a melhoria da experiência e satisfação da pessoa, bem como para a eficiência dos cuidados de saúde e a redução dos custos associados a complicações decorrentes da hipotermia em unidades de cirurgia de ambulatório.

Esta investigação, pretende a melhoria contínua da prática clínica no bem-estar do percurso da pessoa em CA com resultados positivos resultantes dos procedimentos cirúrgicos. De realçar que as intervenções de enfermagem especializada no CT são o testemunho das competências desenvolvidas nos primeiros passos na área de investigação, que vão de encontro às competências de mestre conforme previsto no Decreto-Lei n.º 74/2006 (2006). Considera ter alcançado os objetivos delineados e propostos para o percurso realizado quer no desenvolvimento do projeto, quer no desenvolvimento das competências de enfermeiro perioperatório. Certa de que esta caminhada, se revelou num desafio gratificante, de difícil conciliação a nível pessoal, familiar e profissional, mas também se traduziu num processo de crescimento profissional e, ao mesmo tempo pessoal. Destaca a aquisição de conhecimento científico baseado na evidência científica, para o seu empoderamento em CA e no desenvolvimento de competências especializadas. Contribui sem dúvida a aprendizagem das competências adquiridas das unidades curriculares, a experiência e aprendizagem nos ensinos clínicos, como a sua longa experiência profissional dos 30 anos de enfermagem no bloco operatório. Uma área fascinante, que levou a este desafio, com o objetivo do desenvolvimento e conclusão do trabalho de investigação, na aquisição de grau de mestre ” Um aprendiz em formação “.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akhtar, Z., Hesler, B. D., Fiffick, A. N., Mascha, E. J., Sessler, D. I., Kurz, A., Ayad, S., & Saager, L. (2016). A randomized trial of prewarming on patient satisfaction and thermal comfort in outpatient surgery. *Journal of Clinical Anesthesia*, *33*, 376–385. https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2016.04.041

Altman, A. D., Helpman, L., McGee, J., Samouëlian, V., Auclair, M.-H., Brar, H., & Nelson, G. S. (2019). Enhanced recovery after surgery: Implementing a new standard of surgical care. *Canadian Medical Association Journal*, *191*(17), E469–E475. https://doi.org/10.1503/cmaj.180635

Alves, C. (2015). *Escala Visual do Conforto térmico: Estudo das propriedades métricas* [Master`s thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Científico da ESSEP. https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/10725

Alves, E. C., Correia, T., Brandão, P., Teixeira, L., & Povo, A. (2020). SINAS: Effective Impact in the Quality Improvement of Ambulatory Surgery at an Ambulatory Centre. *Acta Médica Portuguesa*, *33* (9), 546 – 551. https://doi.org/10.20344/amp.12580

Andrade, M. G. T. (2023). Enfermagem em Cirurgia de Ambulatório: Papel da Comunicação na Qualidade dos Cuidados. [Relatório Final de Estágio, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa]. Repositório Comum da ESSNorteCVP. http://hdl.handle.net/10400.26/50091

Apóstolo, J. (2017). Síntese da Evidência no Contexto da Translação da Ciência. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://www.researchgate.net/publication/322861762_Sintese_da_evidencia_no_contexto_da_translacao_da_ciencia

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. International Journal of Social Research Methodology, 8(1), 19–32. https://doi.org/10.1080/1364557032000119616

Arnold, S., Armahizer, M., Torres, L. F., Tripathi, H., Tandri, H., Chang, J. J., Choi, H. A., & Badjatia, N. (2023). Minimizing Shivering During Targeted Normothermia: Comparison Between Novel Transnasal and Surface Temperature-Modulating Devices. NeurocritCare, 39(3), 639-645. https://doi.org/10.1007/s12028-023-01793-3

Arqueiro, I. M. S. (2021). Avaliação do Risco de Lesão do Posicionamento Cirúrgico no Bloco Operatório. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://repositorio.esenfc.pt/rc/

Assis, A., Bastos, F., & Zerbinati, L. S. (2021). Odontologia Prática Ambulatorial de Cirurgia e Traumatoligia Buco Maxilo Facial - Plano de Ensino 2021. http://repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/5502/1/ODONTOLOGIA_PR%C3%81TICA%20AMBULATORIAL%20DE%20CIRURGIA%20E%20TRAUMATOLIGIA%20BUCO%20MAXILO%20FACIAL_2021.1.pdf

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2017). Práticas Recomendadas para Bloco Operatório. Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida. AESOP. https://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2018/02/Draft-Brochura-AESOP-PR-Hipotermia-Pantone-569.pdf

Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). (2018). Introduction to the AORN guidelines for perioperative practice. In AORN (Ed.) Guidelines for Perioperative Practice (pp. 1-5). Denver: AORN Inc. ISBN: 978-0939583089

Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, E., Cruz, L., Carvalho, M., Macedo, A., Carreira, C., Pinheiro, F., & Correia, M. (2018). Recomendações portuguesas de manutenção de normotermia em cirurgia de ambulatório . Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória, 1–14. https://www.apca.com.pt/documentos/2018/RECOMENDACOES_PORTUGUESAS_DE_MANUTENCAO_DA_NORMOTERMIA_EM_CIRURGIA_DE_AMBULATORIO.pdf

Balsanelli, A. P., & Cunha, I. C. K. O. (2006). Liderança no contexto da enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *40*(1), 117–122. https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000100017

Barbosa, J. A. D. C. F. (2022). A comunicação da informação inter-equipas de enfermagem na transição de cuidados do doente crítico. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositorio Cientifico IPVC. http://hdl.handle.net/20.500.11960/2820

Barbosa, K. K., Silva, R. A. N., Barbosa, D. A., & Abrão, R. K. (2017). Metodologias ativas na aprendizagem significativa de enfermagem. Humanidades & Inovação, 8(44), 100-109.

Bayter-Marín, J. E., Rubio, J., Valedón, A., & Macías, Á. A. (2017). Hipotermia en cirugía electiva. El enemigo oculto. Revista Colombiana de Anestesiología, 45(1), 48–53. https://doi.org/10.1016/j.rca.2016.08.003

Becerra, Á., Valencia, L., Saavedra, P., Rodríguez-Pérez, A., & Villar, J. (2021). Effect of prewarming on body temperature in short-term bladder or prostatic transurethral resection under general anesthesia: A randomized, double-blind, controlled trial. Scientific Reports, 11(1), 20762. https://doi.org/10.1038/s41598-021-00350-2

Bente, H., & Scheid, O. M. (2017). Contribuição epigenética para a diversificação. Anais da Academia Nacional de Ciências, 114(14), 3558-3560.

Berça, I. C. F., & Veiga-Branco, M. A. R. da. (2022). Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde: perspetiva dos profissionais de enfermagem . Servir, 2(02), e26552. https://doi.org/10.48492/servir0202.26552

Bernardo, A. R. L. D. (2021). Capacitação da mulher com cancro da mama. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum da ESEL. http://hdl.handle.net/10400.26/43235

Bevil, K. M., Klesius, L. L., Chambers, T., & Borden, S. B. (2020). Educating Perioperative Nurses About Local Anesthetic Systemic Toxicity Using High-Fidelity Simulation. Pain Management Nursing, 21(3), 271–275. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.09.007

Bjorklund-Lima, L., Müller-Staub, M., Cardozo, M. C. E., Bernardes, D. S., & Rabelo-Silva, E. R. (2019). Indicadores clínicos de classificação dos resultados de enfermagem para pacientes com risco de lesão por posicionamento perioperatório: um estudo de coorte. Revista de Enfermagem Clínica, 28(23-24), 4367-4378.

Boudiab, L. D., & Kolcaba, K. (2015). Comfort Theory. Advances in Nursing Science, 38(4), 270–278. https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000089

Brandão, E., Santos, I. (2019). Theories of Nursing in Promotion of Comfort in Dermatology. Revista Enfermagem, 9(9), 203–205. http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.38330

Broback, B. E., Skutle, G. Ø., Dysvik, E., & Eskeland, A. (2018). Preoperativ oppvarming med varmluftsteppe forebygger hypotermi under operasjon. *Sykepleien Forskning, 65819*, e-65819. https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.65819

Cabral, F. C. B., Olivares, A. V. O. de, Pereira, C. V., Gouvêa, C. A., Murad, G. A., Ribeiro, G. M. C., Ramos, S. A. M., Soares, T. H. V., Alves, A. A. C., & Moura, A. A. (2023). Intervenções cirúrgicas das fístulas anais. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, *23*(4), e12474. https://doi.org/10.25248/reamed.e12474.2023

Caldeira, C. (2021). Planos de Emergência e Catástrofe. *2º Webinar da Comissão de Gestão de Risco Global*. SESARAM, EPERAM.

Camões, M. V. V. D. A. (2021). *Classificação e Implementação da Regra 21 do Regulamento (UE) 2017/745 do Parlamento Europeu e do Conselho de 5 de abril de 2017 relativo aos dispositivos médicos-Casos de estudo*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de

Lisboa, Faculdade de Farmácia]. Repositório da Universidade de Lisboa. http://hdl.handle.net/10451/54070

Cangiani, L. M., & Porto, A. M. (2000). Anestesia ambulatorial. *Rev Bras Anestesiologia, 50*(1), 68-85. https://bjan-sba.org/article/5e498c2c0aec5119028b4999/pdf/rba-50-1-68.pdf

Cardoso, R. B., Caldas, C. P., & Souza, P. A. (2019). Uso da Teoria do Conforto de Kolcaba na Implementação Do Processo de Enfermagem: Revisão Integrativa. *Revista Integrativa, 8*(1), 118–128. http://dx.doi.org/10.18554/reas.v7i2.2758

Cardoso, R., Caldas, C., & Souza, P. (2019). Uso Da Teoria Do Conforto de Kolcaba Na Implementação Do Processo de Enfermagem: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem e atenção à saúde, 8*(1), 118–128. http://dx.doi.org/10.18554/reas.v7i2.2758

Carvalho, A. I. (2016). *A supervisão clínica no processo de integração de enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum do ESEP. http://hdl.handle.net/10400.26/12851

Carvalho, I. (2018). *Eficácia de um sistema de isolamento térmico na hipotermia inadvertida e no conforto perioperatório*. [Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/119367/2/321263.pdf

Caseiro, J. M. (2009). Critérios de admissão e de alta em cirurgia do ambulatório-A perspetiva do Anestesiologista. *Revista Portuguesa de Cirurgia, 8*, 49-57. https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/223

Caus, N. C. S., Barbosa, K. H., Leachi, H. F. L., Rocha, A. F., & Ribeiro, R. P. (2023). Análise da incidência de sinais e sintomas relacionados à exposição ocupacional ao fumo cirúrgico na residência. Revista de Enfermagem Referência, 1-8.

Cesário, J. M. S., Flauzino, V. H. P., Hernandes, L. O., Gomes, D. M., & Vitorino, P. G. S. (2021). Assistência de enfermagem ao paciente oncológico submetido à anestesia. *Research, Society and Development*, *10*(5), e31310514798-e31310514798. http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14798

Chiavenato, I. (2007). *Administração – Teoria, Processo e Prática*. Makron Books.

Claro, C. M. S. (2017). *Rastreabilidade dos dispositivos médicos reutilizáveis H. Stª. Maria/Serviço de esterilização centralizado, externa*. [Projeto de Estágio, Universidade Atlântica]. Repositório Científico da Universidade Atlântica. https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/1126/1/trabalho%20licenciatura.pdf

Classificação Internacional Prática de Enfermagem. (2017). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf

Cobo-Cervantes, C. E., Martinez-Vásquez, A., Paños-Serna, E. I., & Velasco-Medina, J. A. (2017). Artroplastia total invertida de hombro en régimen de Cirugía Mayor Ambulatória/ Reverse total shoulder arthroplasty in a major outpatient régimen. *Cirurgía Mayor Ambulatorial, 23*(1), 7-14.

Coletto, P. M. C., Quirino, G. M. C., Itacarambi, L. R., Matos, R. S., Gomes, J., Itacarambi, L. R., Melo, V. S., Brandão, V. F., Santos, O. P., Paula, T. M., Batista, V. A. B., Ferreira, V. S., & Gomes, S. M. A. (2022). Checklist de cirurgia segura: conhecimento e desafios da equipe de enfermagem. *Health Residencies Journal - HRJ*, *3*(14), 641–658. https://doi.org/10.51723/hrj.v3i14.344

Correia C. P. R. (2023). *Competências especializadas em enfermagem perioperatória: O Empowerment da Pessoa a Vivenciar a Experiência Cirúrgica*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny]. Repositório Comum da ESESJC. *http://hdl.handle.net/10400.26/48780*

Coulter, A., Fitzpatrick, R., & Cornwell, J. (2009). *Medidas da experiência dos pacientes no hospital: finalidade, métodos e usos* (pp. 7-9). King's Fund.

Coutinho, V. R. D. (2022). Simulação realística em contexto de Enfermagem. *Rev Enferm Contemp., 11*, e4217. http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.2022.e4217

De Vries, E. N., Prins, H. A., Crolla, R. M. P. H., Den Outer, A. J., Van Andel, G., Van Helden, S. H., Schlack, W. S., Van Putten, M. A., Gouma, D. J., Dijkgraaf, M. G. W., Smorenburg, S. M., & Boermeester, M. A. (2010). Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. *New England Journal of medicine*, *363* (20), 1928 – 1937. https://doi.org/10.1056/NEJMsa0911535

Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro. (2012). Diário da República n.º 29/2012, Série I de 2012-01-26. https://files.dre.pt/1s/2012/01/01900/0048000482.pdf

Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, da Presidência do Conselho de Ministros. (2023). Diário da República n.º 215/2023, Série I de 2023-11-07. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278

Decreto-Lei n.º 161/96, de 04 de Setembro, do Ministério da Saúde: Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE). (1996). Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1823&tabela=leis&so_miolo=

Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, do Ministério da Saúde. (2002). Diário da República n.º 191/2002, Série I-A de 2002-08-20. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/185-2002-171692

Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387

Departamento de Cirurgia do Centro Hospitalar Lisboa Norte. (2015). *Manual de Boas Práticas da Cirurgia de Ambulatório*. https://www.ulssm.min-saude.pt/media/k2/attachments/unidade_cirurgia_ambulatorio/Manual%20Ambulatorio%20Maio%202015.pdf

Despacho n.º 1250/2020, de 28 de janeiro, da Direção-Geral da Saúde. (2020). Diário da República n.º 19/2020, Série II de 2020-01-28. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1250-2020-128571977

Despacho n.º 1380/2018, de 8 de fevereiro, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2018). Diário da República n.º 28/2018, Série II de 2018-02-08. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1380-2018-114654436

Despacho n.º 25832/2007, de 13 de novembro, do Ministério da Saúde. (2007). Diário da República n.º 218/2007, Série II de 2007-11-13. https://dre.tretas.org/dre/222810/despacho-25832-2007-de-13-de-novembro#anexos

Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). (2021). Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094

Dias, H. C., & Paiva, K. C. M. D. (2011). Competências do enfermeiro: estudo em um hospital privado. *Revista Brasileira de enfermagem*, *64*, 511-520

Espada, F. A. A. (2023). *Promoção do conforto na pessoa em processo cirúrgico:intervenção do enfermeiro de reabilitação*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum da ESEL. https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/45040

Esteves, L. S. F., Cunha, I. C. K. O., Bohomol, E., & Negri, E.C. (2018). Supervised internship in undergraduate education in nursing: integrative review. *Rev Bras Enferm, 71*(4), 1740-50. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0340

European Operating Room Nurses Association (2020). Best Practice for perioperative care. https://eorna.eu/wp-content/uploads/2020/09/EORNA-Best-Practice

forPerioperative-Care-Edition-2020.pdf

Felix, V. B., Moura, D., Pereira, M. L., & Tribess, A. (2010). Avaliação de conforto térmico em ambientes cirúrgicos utilizando método de Fanger e temperaturas equivalentes. *Ambiente Construído, 10*(4), 69–78. https://doi.org/10.1590/S1678-86212010000400006

Ferguson, M. J., Sampson, C., Duff, J., & Green, T. (2022). Integrated simulations to build teamwork, safety culture and efficient clinical services: A case study. *Journal of Perioperative Nursing*, *35* (3). https://doi.org/10.26550/2209-1092.1168

Figueira, M. (2023). *Os cuidados especializados do enfermeiro especialista em contexto perioperatório: prevenção da infeção do local da ferida cirúrgica*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny]. RCAAP. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/46162/1/Relat%C3%B3rio%20final%20Maribel%20Figueira.pdf

Figueiredo, A. R. E., Potra, T. M. F. S., & Lucas, P. R. M. B. (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos pacientes – revisão do escopo. *Âmbitos: Revista internacional de comunicação, 49*, 32-48.

Filho, J., Tamboril, A., Domingos, J., Silva, C., Silva, H., & Pinto, A. (2019). Promoção do conforto na assistência de enfermagem em dermatologia: Subsídios da Teoria de Kolcaba. *International Journal of Development Research, 9*(9), 29703–29705. https://www.journalijdr.com/promo%C3%A7%C3%A3o-do-conforto-na-assist%C3%AAncia-de-enfermagem-em-dermatologia-subs%C3%ADdios-da-teoria-de-kolcaba

Garceau, C., Cosgrove, M. S., & Gonzalez, K. (2023). Inadvertent Perioperative Hypothermia. *AANA Journal, 91*(4), 303-309.

Gaspar, D. M. P. D. S. (2022). *Adesão à preparação pré-operatória em cirurgia de ambulatório: Influência da consulta da enfermagem pré-operatória presencial*.

Gomes L. E. M., Gomes, J. T., Negreiros, L. M. V., & Leal, R. F. (2020). O prontuário do paciente e o dever legal e ético de registo dos profissionais da saúde: uma revisão literária. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, *12*(7), e3615. https://doi.org/10.25248/reas.e3615.2020

Gonçalves, D. M. P. D. S. (2012). *Prevenção e Controlo de Infeção na Prática dos Enfermeiros: Contributos da Formação*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://repositorio.esenfc.pt/rc/

Granum, M. N., Kaasby, K., Skou, S. T., & Grønkjær, M. (2019). Preventing Inadvertent Hypothermia in Patients Undergoing Major Spinal Surgery: A Nonrandomized Controlled Study of Two Different Methods of Preoperative and Intraoperative Warming. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 34*(5), 999–1005. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.03.004

Greenberg, S., Bittner, E., Banayan, J., & Lane-Fall, M. (2019). Representantes editoriais dos EUA da edição brasileira do Boletim da APSF. *Boletim da APSF, 2*(2), 12-26. https://www.apsf.org/wp-content/uploads/newsletters/2019/0202-pt-br/APSF0202-PT-BR.pdf

Guimarães, A. J. N. S. (2022). *Adaptação cultural e validação da escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositorio Científico IPVC. http://hdl.handle.net/20.500.11960/2787

Güven, B., İbrahimoğlu, Ö. & Kuş, İ. (2023). Inadvertent Perioperative Hypothermia in Ambulatory Surgery Patients: Incidence, Risk Factors, and Prevention Initiatives. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 38*(5), 792–798. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2023.02.002

Hernandez, M., Cutter, T. W., & Apfelbaum, J. L. (2013). Hypothermia and Hyperthermia in

the Ambulatory Surgical Patient. *Clinics in Plastic Surgery, 40*(3), 429–438. https://doi.org/10.1016/j.cps.2013.04.015

Hospital Garcia de Orta. (2020). *A Cuidar de si com Qualidade | Reconhecidos pelas Práticas de Excelência*.

INEM. (2022). *Relatório de Atividade dos meios de emergência médica*. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/07/Relatorio-Meios-de-Emergencia-Medica-2022_VFF_17072023.pdf

Kameda, N., & Okada, S. (2023). Evaluation of Postoperative Warming Care Protocol for Thermal Comfort and Temperature Management Immediately After Surgery: Nonrandomized Controlled Trial. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 38*(3), 427–433. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.07.001

Kang, S. I., Oh, H. K., Kim, M. H., Kim, M. J., Kim, D. W., Kim, H. J., & Kang, S. B. (2018). Revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados sobre a eficácia clínica de protetores plásticos impermeáveis de feridas na redução de infeções de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgia abdominal. *Cirurgia, 164*(5), 939-945.

Kang, S., & Park, S. (2020). Effect of the ASPAN Guideline on Perioperative Hypothermia Among Patients with Upper Extremity Surgery Under General Anesthesia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 35*(3), 298–306. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.11.004

Keane, J., & Pawlowski, J. (2019). Utilização de simulação para treinamento de equipas de cirurgia em segurança contra incêndio. *Diário AORN*, *109*(3), 374-378.

Klein, N. A., & Ahlert, E. M. (2019). Aprendizagem baseada em problemas como metodologia ativa na educação profissional. *Revista Destaques Académicos, 11*(4). https://doi.org/10.22410/issn.2176-3070.v11i4a2019.2398

Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing, 19*(6), 1178–1184. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x

Kolcaba, K., & Brice, A. (2021). *Frequently Asked Questions on Theoretical Comfort*. The comfort Line. https://WWW.thecomfortline.com/faq

Lee, Y., & Kisook K., (2021). Optimal Application of Forced Air Warming to Prevent Perioperative Hypothermia during Abdominal Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(5), 1–17. https://doi:10.3390/ijerph18052517

Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, da Assembleia da República: Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896

Lei n.º 95/2019, de 04 de Setembro, da Assembleia da República: Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. (2019). Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108

Lima T. C., Paixão, F. R. C., Cândido, E. C., Campos, C. J. G., & Ceolim, M. F. (2014). Estágio curricular supervisionado: análise da experiência discente. *Revista Brasileira de Enfermagem, 67*(1), 133-140. https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140018

Lopes C. M. M., Haas, V. J., Dantas, R. A. S., Oliveira, C. G., & Galvão, C. M. (2016). Assessment scale of risk for surgical positioning injuries. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016; https://doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704

Lopes, C. R. P. (2021). *Bloco Operatório Verde: Sustentabilidade Ambiental.* [Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Iscte. http://hdl.handle.net/10071/23479

Luís, A. R. (2022). *Enfermagem Perioperatória: Contributos para a Maximização da Segurança Cirúrgica.* [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny]. Repositório Comum do ESESJC. http://hdl.handle.net/10400.26/43825

Lupo, B. L., Collins, S. B., Hewer, I., & Hooper, V. D. (2020). Comparing Forced-Air to Resistive-Polymer Warming for Perioperative Temperature Management: A Retrospective Study. *Journal of Perianesthesia Nursing, 35*(2), 178–84. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.08.013

Madrid, E., Urrútia, G., Figuls, M. R., Pardo-Hernandez, H., Campos, J. M., Paniagua, P., Maestre, L., & Alonso-Coello, P. (2016). Active body surface warming systems for preventing complications caused by inadvertent perioperative hypothermia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*(CD009016). https://doi.org/10.1002/14651858.CD009016.pub2

Magalhães, C. M. D. S. (2017). *Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados* [Relatório de Estágio, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. *http://hdl.handle.net/10400.14/22926*

Marchioro, D., Ceratto, P. C., Bitencourt, J. V. O. V, Martini, J. G., Filho, C. C. S., & Silva, T. G. (2017). Estágio curricular supervisionado: relato dos desafios encontrados pelos (as) estudantes. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR, Umuarama, 21*(2), 119-122. https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5912/3460%3C

Martins, A. (2015). *Adaptação da escala do conforto térmico para a população portuguesa.* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Científico da ESSEP. https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/10876

Martins, A., Sousa, P., & Marques, R. (2022). Conforto: Contributo teórico para a enfermagem. *Cogitare Enfermagem, 27*, 1–8. https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.85214

Martins, F. O. S., & Ribeiro, M. L. L. (2017). Implantação e uso de sistema de rastreabilidade automatizado em central de materiais e esterilização. *Revista SOBECC*, *22*(1), 52–58. https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201700010009

Martins, N. J. M. B. V. (2021). *Cultura de Segurança do Doente em Cirurgia de Ambulatório: Tradução e Adaptação do "Ambulatory Surgery Center Survey On Patient Safety"*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://repositorio.esenfc.pt/rc/

Matos, I. (2019). *Competências especializadas: Segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica: da urgência ao perioperatório*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny]. Repositório Comum da ESESJC. http://hdl.handle.net/10400.26/29346

Midões, P. F. G. (2023). *Fatores que influenciam a contagem cirúrgica para a segurança da pessoa submetida a cirurgia: scoping review*. [Relatório Final de Estágio, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa]. Repositório Comum da ESSNorteCVP. https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/45406

Mithany, R. H., Daniel, N., Shahid, M. H., Aslam, S., Abdelmaseeh, M., Gerges, F., Gill, M. U., Abdallah, S. B., Hannan, A., Saeed, M. T., Manasseh, M., & Mohamed, M. S. (2023). Revolutionizing Surgical Care: The Power of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS). *Cureus, 15*(11), e48795. https://doi.org/10.7759/cureus.48795

Mozella, A. D. P., Gonçalves, F. B., Vasconcelos, J. O., & Cobra, H. A. A. B. (2014). Revisão de artroplastia unicompartimental de joelho: Implantes usados e causas de falha. *Revista Brasileira de Ortopedia*, *49*(2), 154–159. https://doi.org/10.1016/j.rbo.2014.02.002

Munday, J., Higgins, N., Mathew, S., Dalgleish, L., Batterbury, A. S., Burgess, L., Campbell, J., Delaney, L. J., Griffin, B. R., Hughes, J. A., Ingleman, J., Keogh, S., & Coyer, F. (2020). Nurse-Led Randomized Controlled Trials in the Perioperative Setting: A Scoping Review. *Journal of multidisciplinary healthcare*, *13*, 647–660. https://doi.org/10.2147/JMDH.S255785

Munday, J., Sturgess, D., Oishi, S., Bendeich, J., Kearney, A., & Douglas, C. (2022). Implementation of Continuous Temperature Monitoring during Perioperative Care: A

Feasibility Study. *Patient Safety in Surgery, 16*(32), 1-9. https://doi.org/10.1186/s13037-022-00341-w

Muniz, G. S., Teles, N. S. B., Leitão, I. M. T. de A., Almeida, P. C. de, & Leitão, M. C. (2015). Hipotermia Acidental: Implicações para os cuidados de enfermagem no transoperatório. *Revista SOBECC, 19*(2), 79–86. https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/62

Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, *26*(2), 505–510. https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020

Norma n.º 001/2017, de 08 de fevereiro, da Direção Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx

Norma n.º 001/2017, de 08 de fevereiro, da Direção Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx

Norma n.º 017/2022, de 17 de dezembro, da Direção Geral da Saúde. (2022). Taxonomia para notificação de incidentes e eventos adversos. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2012/Dezembro/Norma_015_2012.pdf

Norma n.º 018/2014, de 9 de dezembro, da Direção Geral da Saúde. (2014a). Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus, Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados.https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf

Norma n.º 02/2013, de 12 de dezembro, da Direção Geral da Saúde. (2013). https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-Cirurgia-Segura-Salva-Vidas-.pdf

Norma n.º 020/2014, de 30 de dezembro, da Direção Geral da Saúde. (2014b). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA020_2014_ACT.DEZ2015.pdf

Norma n.º 17/2022, de 19 de dezembro da Direção Geral da Saúde. (2022). Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente. https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma_017_2022-de-19_12_2022-pdf.aspx

Nunes, J. S., Gomes, R., Povo, A., & Alves, E. C. (2018). Quality Indicators in Ambulatory Surgery: A Literature Review Comparing Portuguese and International Systems. *Acta Médica Portuguesa*, *31*(7–8), 425–430. https://doi.org/10.20344/amp.10416

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem. https://www.researchgate.net/publication/303686244_Consideracoes_eticas_a_atender_nos_trabalhos_de_investigacaoacademica_de_enfermagem

O'Connor-Reina, C., Garcia-Iriarte, M. T., Angel, D. G., Morente, J. C., & Rodríguez-Diaz, A. (2007). Radiofrequency volumetric tissue reduction for treatment of turbinate hypertrophy in children. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, *71*(4), 597–601. https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2006.12.009

Oden, T. N., Doruker, N. C., & Korkmaz, F. D. (2022). Compliance of Health Professionals for Prevention of Inadvertent Perioperative Hypothermia in Adult Patients: A Review. *AANA Journal*, *90*(4), 281–287. https://doi:10.1002/14651858.CD009891

Oliveira, E. C. S., Oliveira, R. C., Silva, F. P., & Nunes, C. S. (2019). Padronização de fármacos em carros de emergência nas unidades de terapia intensiva e emergência. *Revista de Enfermagem referencia, 22*(IV). https://doi.org/10.12707/RIV19021

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. International Council of Nurses. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/KIT_DIE2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade emc Rev.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2009). *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas*. https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598552-por.pdf

Orientação n.º 014/2015, de 17 de dezembro, da Direção Geral da Saúde. (2015). Processo de Gestão da Medicação. https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/6357/1/Orientacao%20014_2015.pdf

Ousey, K., Edward, K.-L., Lui, S., Stephenson, J., Walker, K., Duff, J., & Leaper, D. (2017). Perioperative, local and systemic warming in surgical site infection: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Wound Care, 26*(11), 614–624. https://doi.org/10.12968/jowc.2017.26.11.614

Outeiro, I. P. D. S. (2023). *O conforto do silêncio: efeitos do ruído na pessoa em situação crítica*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/45490

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, *372*(71). https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Palmer, J., Soucier, M., & Deeds, J. (2019). An innovative warming strategy to increase patient satisfaction. *Nursing, 49*(7), 49–53. https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000559920.61696.84

Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 117/2018. (2018).https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10776/parecer-nº117-ce-31122018_intervencoes-do-enfermeiro-durante-a-cirurgia-de-septoplastia.pdf

Parecer n.º 10/2010, da Ordem dos Enfermeiros. (2010). Dotação de enfermeiros no bloco operatório. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer%2010_CE_08.06.2010_DotacaoEnfermeirosBO.pdf

Penaforte, H., Sá, C., Seara, L., Costa, M., & Mendes, A. (2019). Normotermia no perioperatório: Perspetiva do enfermeiro. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde, 2*(1), 7–17. https://doi.org/10.37914/riis.v2i1.43

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis, 18*(10), 2119–2126. https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167

Picolotto, A., Barella, D., Moraes, F. R., & Gasperi, P. (2019). A Cultura de Segurança do Paciente da Equipe de Enfermagem de um Ambulatório Central. *Rev Fund Care Online, 11*, 333-338. http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.333-338

Pinto, J., Sá, L., Amaral, A., & Amado, J. (2024). Elaboração de perfil de indicadores de qualidade sensíveis às intervenções de enfermagem em cirurgia de ambulatório. *Revista de Enfermagem Referência*, *VI*(*3*), e31223. https://doi.org/10.12707/RVI23.63.31223

Pinto, M. C., Silva, L. S. D., & Souza, E. D. A. (2020). A Importância dos registos de enfermagem para a auditoria. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, *24*(3). https://doi.org/10.25110/arqsaude.v24i3.2020.6750

Pollock, D., Davies, E. L., Peters, M. D. J., Tricco, A. C., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., Khalil, H., & Munn, Z. (2021). Undertaking a scoping review: A practical guide for nursing and midwifery students, clinicians, researchers, and academics. *Journal of Advanced Nursing, 77*(4), 2102–2113. https://doi.org/10.1111/jan.14743

Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro, do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República n.º 21/2009, Série I de 2009-01-30. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/132-2009-601735

Pu, J., Zhao, W. J., Xie, X. F., & Huang, H. P. (2022). A Systematic Review and Meta-Analysis of Risk Factors for Unplanned Intraoperative Hypothermia Among Adult Surgical Patients. *Journal of Perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 37(3), 333–338. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.08.013

Ramos, A. R. L. F. (2022). *A gestão terapêutica e a segurança do doente no Bloco Operatório.* [Relatório Final de Estágio, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositorio Cientifico IPVC. http://hdl.handle.net/20.500.11960/3353

Rauch, S., Miller, C., Brauer, A., Wallner, B, Bock, M., & Paal, P. (2021). Perioperative Hypothermia—A Narrative Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(16), 8749. https://doi.org/10.3390/ijerph18168749

Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195

Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617

Regulamento n.º 533/2014, de 2 de dezembro, da Ordem dos Enfermeiros: Norma para o cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem. (2014). Diário da República n.º 233/2014, Série II de 2014-12-02. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf

Regulamento n.º 674/2021, de 20 de julho, da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem em Prevenção e Controlo de Infeção. (2021). Diário da República n.º 139/2021, Série II de 2021-07-20. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/674-2021-167839756

Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. (2019). Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040

Ribeiro, E., Ferreira, R. C., Montanari, F. L., Botelho, M. T. S. L., Correia, M. D. L., & Duran, E. C. M. (2021). Conceptual and operational definition of the components of the nursing diagnosis hypothermia in the perioperative period. *Revista brasileira de enfermagem, 74*(2) 1-8. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0684

Rocha, C. C. M., Carmo, T. G., Moraes, É. B., Primo, C. S. M., Moura, A. C., & Monteiro, V. M. (2022). Cuidado de enfermagem no reaquecimento seguro de pacientes hipotérmicos: scoping review. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem, 12*(37), 243–255. https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.243-255

Rothrock, J. C., & Smith, D. A. (2000). Selecting the perioperative patient focused model. *AORN Journal, 71*(5), 1030-1037. https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)61552-4

Santos, J. (2023). Advanced Nursing: Remembering the past, appreciating the present and perspecting the future. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, *27*(1), 84–91. https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.218

Santos, S. L. V. (2016). *Integração de novos enfermeiros no bloco operatório de uma instituição privada, norma de procedimento, programa de integração/avaliação e guia de acolhimento*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum. http://hdl.handle.net/10400.26/17562

Sarmento, P., Fonseca, C., Marcos, A., Marques, M., Lemos, P., & Vieira, V. (2013). Recomendações para o Tratamento da Dor Aguda Pós-Operatório em Cirurgia Ambulatória. *Revista Da Sociedade Portuguesa De Anestesiologia, 22*(2), 35–43. https://doi.org/10.25751/rspa.3531

Sessler, D. I. (2021). Perioperative Temperature Monitoring. *Anesthesiology, 134*(1), 111–118. https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000003481

Shimabukuro, P. M. S., Neto, L. C., Badessa, G. G., Alfano, A. M. V. L., Silveira, C. H., & Míron, B. G. (2023). Importância da estação de bloqueio anestésico para otimização da assistência cirúrgica. *Revista de Administração em Saúde*, *23*(92). http://dx.doi.org/10.23973/ras.92.355

Silva, A. B., & Peniche, A. C. G. (2014). Perioperative hypothermia and incidence of surgical wound infection: a bibliographic study. *Einstein (São Paulo), 12*(4), 513–517. https://doi.org/10.1590/S1679-45082014RW2398

Silva, A. D., & Nascimento, S. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, *6*(13), 946–969. https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092

Silva, S. H. D. (1989). Auditoria em enfermagem: Proposta de um instrumento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *23*(3), 305–323. https://doi.org/10.1590/0080-6234198902300300305

Smith, N., Abernethy, C., Allgar, V., Foster, L., Martinson, V., & Stones, E. (2020). An open label randomized controlled trial on the effectiveness of the Orve + wrap ® versus Forced Air Warming in restoring normothermia in the postanesthetic care unit. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(7–8), 1085–1093. https://doi.org/10.1111/jocn.15159

Sousa, C. (2020). *Simulação de alta fidelidade enquanto estratégia formativa de enfermeiros de unidades de cuidados intensivos em reanimação cardiopulmonar*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositorio Cientifico IPVC. http://hdl.handle.net/20.500.11960/2556

Sousa, L. D. F. (2023). *Cuidado especializado, em ambiente perioperatório, à pessoa a vivenciar a cirurgia bariátrica*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny]. Repositório Comum. http://hdl.handle.net/10400.26/50334

Souza, E., Gonçalves, N., & Alvarez, A. (2019). Cuidados de enfermagem no período intraoperatório para manutenção da temperatura corporal. *Revista SOBECC*, *24*(1), 31–36. https://doi.org/10.5327/10.5327/Z1414-4425201900010007

Soysal, G. E., İlçe, A., & Erkol, M. H. (2018). Effect of "An Innovative Technology" Active Warming and Passive Warming on Unplanned Hypothermia During Perioperative Period: A Clinical Trial. *Therapeutic hypothermia and temperature management*, *8*(4), 216–224. https://doi.org/10.1089/ther.2017.0048

Soysal, G. E., Ílçe, A., & Erkol, M. H. (2018). Effect of “An Innovative Technology” Active Warming and Passive Warming on Unplanned Hypothermia During Perioperative Period: A Clinical Trial. *Therapeutic Hypothermia and Temperature Management*, *8*(4), 216–224. https://doi.org/10.1089/ther.2017.0048

Street, M., Phillips, N. M., Haesler, E., & Kent, B. (2018). Refining nursing assessment and management with a new postanaesthetic care discharge tool to minimize surgical patient risk. *Journal of Advanced Nursing*, *74*(11), 2566–2576. https://doi.org/10.1111/jan.13779

Tamera, F., & Montenegro, M. (2019). Indesejáveis dos Enfermeiros Cirúrgicos Para cuidados de hipotermia perioperatória Determinação de Conhecimento e Aplicações. https://doi.org/10.5336/enfermeiras.2019-70341

Teixeira, A. F. R. (2024). *A importância das softs skills no desempenho profissional do enfermeiro perioperatório*. [Relatório Final de Estágio, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa]. Repositório Comum. http://hdl.handle.net/10400.26/50085

Teixeira, G., Lucas, P., & Gaspar, F. (2022). International Portuguese Nurse Leaders' Insights for Multicultural Nursing. *International journal of environmental research and public health*, *19*(19), 12144. https://doi.org/10.3390/ijerph191912144

Teixeira, M. A. N. G. (2018). *Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório: criação de um dispositivo de formação*. [Trabalho de projeto de mestrado, Universidade de Lisboa, Instituto de Educação]. Repositório da Universidade de Lisboa. http://hdl.handle.net/10451/35202

Tyvold, S. S. (2019). Preventing hypothermia in outpatient plastic surgery by self-warming or forced-air-warming blanket. *European Journal of Anesthesiology, 36*(11), 843–850. https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001087

Van Wicklin, S. A. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. Perioperative Care and Operating Room Management, 18(100083), 1–8. https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083

Vieira, F., & Bastos, C. (2023). Contextualização da infeção do local cirúrgico. Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://doi.org/10.48684/NG9Z-X279

Werle, T. S. D. S., & Andrade, A. R. D. (2022). Ferramentas de gestão para enfermeiros auditores. *Research, Society and Development*, *11*(3), e15811326265. https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26265

Wongyingsinn, M., & Pookprayoon, V. (2023). Incidence and associated factors of perioperative hypothermia in adult patients at a university-based, tertiary care hospital in Thailand. *BMC Anesthesiology, 23*(1), 137. https://doi.org/10.1186/s12871-023-02084-2

Yarbrough, A., Godsey, J., Whitacre, K., & Waite, C. (2021). Hypothermia in the Postoperative Patient: Implications and Opportunities for Medical-Surgical Nurses. *MedSurg Nursing, 30*(1).

Yılmaz, H., & Khorshid, L. (2023). The Effects of Active Warming on Core Body Temperature and Thermal Comfort in Patients After Transurethral Resection of the Prostate: A Randomized Clinical Trial. *Clinical Nursing Research, 32*(2), 313–322. https://doi.org/10.1177/10547738221090593

Yoo, J. H., Ok, S. Y., Kim, S. H., Chung, J. W., Park, S. Y., Kim, M. G., Cho, H. B., & You, G. W. (2020). Effects of 10-min of pre-warming on inadvertent perioperative hypothermia in intraoperative warming patients: a randomized controlled trial. *Anesthesia and Pain Medicine, 15*(3), 356–364. https://doi.org/10.17085/apm.20027

Yoo, J. H., Ok, S. Y., Kim, S. H., Chung, J. W., Park, S. Y., Kim, M. G., Cho, H. B., Song, S. H., Cho, C. Y., & Oh, H. C. (2021). Efficacy of active forced air warming during induction of anesthesia to prevent inadvertent perioperative hypothermia in intraoperative warming patients. *Medicine, 100*(12), e25235. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000025235

Zhang, S., Di, W., Wang, Y., Shi, J., Yin, X., Zhang, Y., Zhao, A., Campo, R., & Bigatti, G. (2023). Hysteroscopic myomectomy with the IBS® Intrauterine Bigatti Shaver: A Retrospective Comparative Analysis of the impact of rotational speed and aspiration flow rate. *Facts, views & vision in ObGyn*, *15*(1), 53–59. https://doi.org/10.52054/FVVO.15.1.063

ANEXOS

ANEXO I: CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PRÓTESE DO OMBRO STENLESS

Certificado

Certifica-se que **PAULA CRISTINA BASTOS MACHADO** foi Formando(a) do tema "**Prótese do ombro stenless**", com a duração de **01h00**, integrado na Formação em Serviço e apresentado no Serviço de **UNIDADE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - GERAL** no dia **21-09-2023**.

Vila Nova de Gaia, 03 janeiro de 2024

Responsável do Serviço de Formação

(Paula Rangel, Enf. Gestor)

ANEXO II: CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO – DEMONSTRAÇÃO E EXPOSIÇÃO DO INSTRUMENTAL CIRÚRGICO NA CIRURGIA DA PRÓTESE MONOCOMPARTIMENTAL DO JOELHO

Certificado

Certifica-se que **PAULA CRISTINA BASTOS MACHADO** foi Formando(a) do tema "**Protese do joelho monocompartimental - instrumental**", com a duração de **02h00**, integrado na Formação em Serviço e apresentado no Serviço de **UNIDADE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - GERAL** no dia **17-10-2023**.

Vila Nova de Gaia, 03 janeiro de 2024

Responsável do Serviço de Formação

(Paula Rangel, Enf. Gestor)

ANEXO III: CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO – APRESENTAÇÃO DE SHAVER INTRAUTERINO BIGATTI DA KARL-STORZ

Certificado

Certifica-se que **PAULA CRISTINA BASTOS MACHADO** foi Formando(a) do tema "**Bigatti Shaver da Karl-Storz**", com a duração de **01h30**, integrado na Formação em Serviço e apresentado no Serviço de **UNIDADE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - GERAL** no dia **18-10-2023**.

Vila Nova de Gaia, 03 janeiro de 2024

Responsável do Serviço de Formação

(Paula Rangel, Enf. Gestor)

ANEXO IV: CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO – APRESENTAÇÃO DE CELONELITE - ORL

Certificado

Certifica-se que **PAULA CRISTINA BASTOS MACHADO** foi Formando(a) do tema "**Celonelite - ORL**", com a duração de **01h00**, integrado na Formação em Serviço e apresentado no Serviço de **UNIDADE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - GERAL** no dia **18-10-2023**.

Vila Nova de Gaia, 03 janeiro de 2024

Responsável do Serviço de Formação

(Paula Rangel, Enf. Gestor)

ANEXO V: CERTIFICADO DE PRESENÇA DO 5º CONGRESSO INTERNACIONAL IACS: DESAFIOS E INOVAÇÃO EM CONTROLO DE INFEÇÃO

ESS
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

5º CONGRESSO INTERNACIONAL
IACS2023

CERTIFICADO

Certifica-se a presença de:

Paula Cristina Bastos Machado

no **5º Congresso Internacional IACS 2023: Desafios e Inovação em Controlo de Infeção**, realizado nos dias 26 e 27 de outubro de 2023, no auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal, num total de 14 horas de formação.

Santa Maria da Feira, 27 de outubro de 2023

Presidente Conselho Direção da ESSNorteCVP
Prof. Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica
Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

www.essnortecvp.pt

ANEXO VI: CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO PÓSTER "USO DE PROTETORES DE FERIDA CIRÚRGICA NA PREVENÇÃO DE INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO"

ESS
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

5º CONGRESSO INTERNACIONAL
IACS2023

CERTIFICADO

Certifica-se que:

Vera Gonçalves, Ana Campos, Augusta Gomes, Fernando Pinto, Paula Machado

apresentou o **póster** intitulado: **"Uso De Protetores De Ferida Cirúrgica Na Prevenção De Infeção Do Local Cirúrgico"**, inserido no 5º Congresso Internacional IACS 2023: Desafios e Inovação em Controlo de Infeção, realizado nos dias 26 e 27 de outubro de 2023, no auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal.

Santa Maria da Feira, 27 de outubro de 2023

Presidente Conselho Direção
da ESSNorteCVP

Prof. Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica

Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

www.essnortecvp.pt

O Uso De Protetores De Ferida Cirúrgica Na Prevenção De Infeção Do Local Cirúrgico

Vera Gonçalves, Ana Campos, Augusta Gomes, Fernando Pinto, Paula Machado
ESSNCVP

ESS+ Escola Superior de Saúde Norte CRUZ VERMELHA PORTUGUESA
5º CONGRESSO INTERNACIONAL IACS2023

Introdução

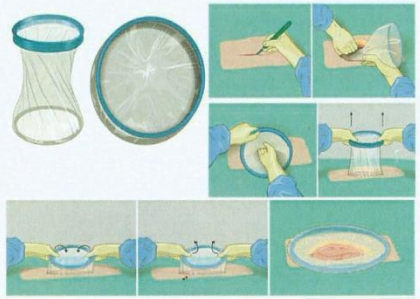
Os protetores de ferida cirúrgica (PFC) são dispositivos estéreis de uso único, constituído por anéis circunferenciais de poliuretano termoplástico e manga protetora, utilizados como afastadores cirúrgicos auto-estáticos. A sua retração elástica forma um cilindro oco que fornece exposição e serve como protetor da ferida cirúrgica.
O risco de ILC está associado a diversos fatores relacionados com o doente e com a técnica cirúrgica.

Metodologia

Elaborada revisão integrativa da literatura de 2018 a 2023 com consulta nas bases de dados EBSCO, PubMED, dias 26 e 27 de setembro de 2023 com os termos MeSH: Surgical Wound Infection AND Protective Devices.
Critérios de exclusão: artigos sem referência ao dispositivo PFC e estudos em curso.

Objetivo

Compreender através da evidência científica, se o uso de PFC no contexto da prática do enfermeiro perioperatório está associado a uma redução da taxa de ILC.



Resultados

Foram sujeitos a análise, 49 artigos de referência na prática de enfermagem, destes selecionaram-se 7 artigos.

Resultados

Apesar de vários artigos apresentarem limitações relativas ao estabelecimento de condições semelhantes comparativas, devido etiologia multifatorial das ILC, existe uma forte evidência na redução da taxa de infeção incisional superficial em cirurgia limpa-contaminada/contaminada, associada ao uso de PFC (Li et al., 2022), particularmente em cirurgia gastrointestinal e biliar (Zhang et al., 2018) (Liu et al., 2019), cirurgias onde as ILC são também mais comuns (Edwards et al., 2012).
O uso de PFC permite a proteção e isolamento dos bordos da ferida, como barreira impermeável, que previne a contaminação por manipulação cirúrgica e manuseamento da peça operatória (Muniandy et al., 2021).

Conclusões

As ILC podem ser evitáveis através da aquisição de conhecimentos e da implementação da prática baseada na evidência, é desta forma que enfermeiro instrumentista tem um papel ativo, integrado na equipa cirúrgica, na prevenção e controlo de infeção. A utilização de PFC em conjunto com o feixe de intervenções de prevenção de ILC, permite a redução da sua taxa de incidência. Os enfermeiros perioperatórios estão numa posição privilegiada para a gestão e perceção de uma conduta em consciência cirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

ESS+ Escola Superior de Saúde Norte CRUZ VERMELHA PORTUGUESA
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.
UD
RIS CINTESIS Health. Research.

ANEXO VII: REGISTOS DE ENFERMAGEM; ENQUADRAMENTO DA CIPE; MODELO DE SETE EIXOS DA CIPE; SCLINICO

Certificado

Certifica-se que **PAULA CRISTINA BASTOS MACHADO** foi Formando(a) do tema "**Revisão, sensibilização e uniformização dos registos de enfermagem**", com a duração de **01h30**, integrado na Formação em Serviço e apresentado no Serviço de **UNIDADE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - GERAL** no dia **14-11-2023**.

Vila Nova de Gaia, 03 janeiro de 2024

Responsável do Serviço de Formação

(Paula Rangel, Enf. Gestor)

ANEXO VIII: CERTIFICADO DE PRESENÇA "VI JORNADAS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA DE LEIRIA. ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA, INOVAR E HUMANIZAR"

CERTIFICADO

VI JORNADAS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA DE LEIRIA

HOTEL VILLA BATALHA - BATALHA

Certifica-se que:

Paula Cristina Bastos Machado

Participou nas **VI Jornadas de Enfermagem Perioperatória de Leiria - Enfermagem Perioperatória, Inovar e Humanizar**, que tiveram lugar no **Hotel Villa Batalha**, nos dias **16 a 17 de novembro de 2023**.

TOTAL HORAS: 16H

AEPOL

MARGARIDA JORDÃO
PRESIDENTE AEPOL

ANEXO IX: CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO PÓSTER "HIPOTERMIA PERIOPERATÓRIA INADVERTIDA - FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM"

CERTIFICADO

VI JORNADAS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA DE LEIRIA

HOTEL VILLA BATALHA - BATALHA

Certifica-se que:

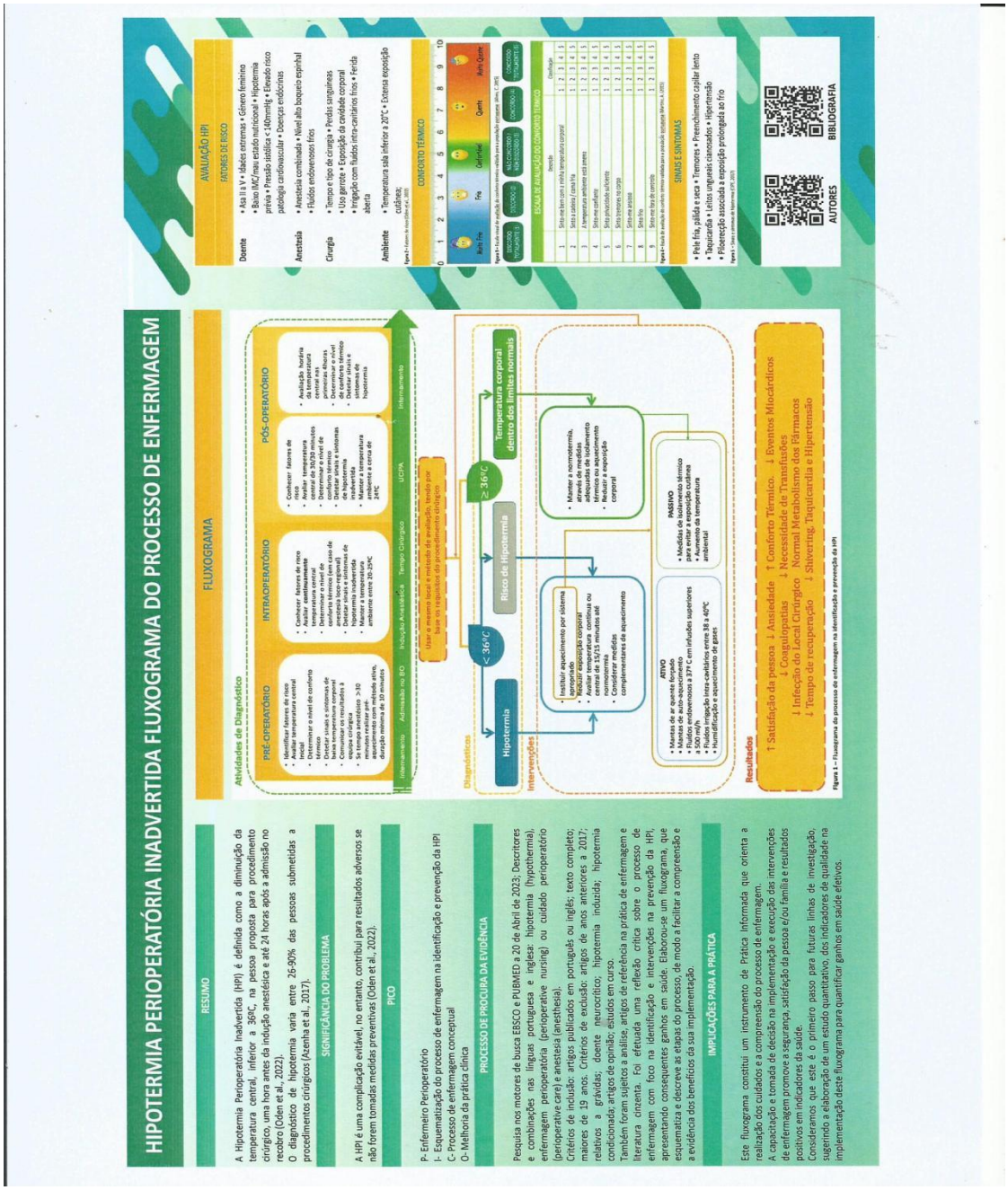
HIPOTERMIA PERIOPERATÓRIA INADVERTIDA FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Foi apresentado sob a forma de **Poster**, nas VI Jornadas de Enfermagem Perioperatória de Leiria - Enfermagem Perioperatória, Inovar e Humanizar, que decorreram no Hotel Villa Batalha, nos dias 16 e 17 novembro de 2023.

1º Autor: Fernando Pinto
Apresentador: Fernando Pinto
Co-Autores: Paula Machado; Vera Gonçalves; Maria Gomes; Ana Campos

AEPOL

MARGARIDA JORDÃO
PRESIDENTE AEPOL


HIPOTERMIA PERIOPERATÓRIA INADVERTIDA FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM
RESUMO
A Hipotermia Perioperatória Inadvertida (HPI) é definida como a diminuição da temperatura central, inferior a 36ºC, na pessoa proposta para procedimento cirúrgico, uma hora antes da indução anestésica e até 24 horas após a admissão no recobro (Oden et al., 2022).
O diagnóstico de hipotermia varia entre 26-90% das pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos (Azenha et al., 2017).
SIGNIFICÂNCIA DO PROBLEMA
A HPI é uma complicação evitável, no entanto, contribui para resultados adversos se não forem tomadas medidas preventivas (Oden et al., 2022).
PICO
P- Enfermeiro Perioperatório
I- Esquematização do processo de enfermagem na identificação e prevenção da HPI
C- Processo de enfermagem conceptual
O- Melhoria da prática clínica
PROCESSO DE PROCURA DA EVIDÊNCIA
Pesquisa nos motores de busca EBSCO e PUBMED a 20 de Abril de 2023; Descritores e combinações nas línguas portuguesa e inglesa: hipotermia (hypothermia), enfermagem perioperatória (perioperative nursing) ou cuidado perioperatório (perioperative care) e anestesia (anesthesia).
Critérios de inclusão: artigos publicados em português ou inglês; texto completo; maiores de 19 anos. Critérios de exclusão: artigos de anos anteriores a 2017; relativos a grávidas; doente neurocrítico; hipotermia induzida; hipotermia condicionada; artigos de opinião; estudos em curso.
Também foram sujeitos a análise, artigos de referência na prática de enfermagem e literatura cinzenta. Foi efetuada uma reflexão crítica sobre o processo de enfermagem com foco na identificação e intervenções na prevenção da HPI, apresentando consequentes ganhos em saúde. Elaborou-se um fluxograma, que esquematiza e descreve as etapas do processo, de modo a facilitar a compreensão e a evidência dos benefícios da sua implementação.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA
Este fluxograma constitui um instrumento de Prática Informada que orienta a realização dos cuidados e a compreensão do processo de enfermagem.
A capacitação e tomada de decisão na implementação e execução das intervenções de enfermagem promove a segurança, satisfação da pessoa e/ou família e resultados positivos em indicadores da saúde.
Consideramos que este é o primeiro passo para futuras linhas de investigação, sugerindo a elaboração de um estudo quantitativo, dos indicadores de qualidade na implementação deste fluxograma para quantificar ganhos em saúde efetivos.
FLUXOGRAMA
Atividades de Diagnóstico
PRÉ-OPERATÓRIO
• Identificar fatores de risco
• Avaliar temperatura central inicial
• Determinar o nível de conforto térmico
• Detetar sinais e sintomas de hipotermia e/ou tremores
• Comunicar os resultados à equipa cirúrgica
• Se tempo anestésico >30 minutos realizar pré-aquecimento, recomendado ativo, duração mínima de 30 minutos
INTRAOPERATÓRIO
• Conhecer fatores de risco
• Avaliar continuamente temperatura central
• Determinar o nível de conforto térmico (em caso de tremores ou sintomas)
• Detetar sinais e sintomas de hipotermia inadvertida
• Manter temperatura ambiente entre 20-24ºC
PÓS-OPERATÓRIO
• Conhecer fatores de risco
• Avaliar temperatura central a 24/72 horas
• Determinar o nível de conforto térmico
• Detetar sinais e sintomas de hipotermia
• Manter temperatura ambiente a cerca de 24ºC
• Avaliação horária da temperatura central nas primeiras 24 horas
• Determinar o nível de conforto térmico
• Detetar sinais e sintomas de hipotermia
Internamento
Admissão no BO
Indução Anestésica
Tempo Cirúrgico
UCPA
Internamento
Usar o mesmo local e método de avaliação, tendo por base as especificidades do procedimento cirúrgico
Diagnósticos
< 36ºC
Hipotermia
Risco de Hipotermia
≥ 36ºC
Temperatura corporal dentro dos limites normais
Intervenções
• Instituir aquecimento por sistema apropriado
• Reduzir exposição corporal
• Avaliar temperatura central ou central de 15/15 minutos até normotermia
• Considerar medidas complementares de aquecimento
ATIVO
• Mantas de ar quente forçado
• Mantas de auto-aquecimento
• Fluidos endovenosos a 37º C em infusões superiores a 500 ml/h
• Fluidos irrigação intra-cavitários entre 38 a 40ºC
• Humidificação e aquecimento de gases
PASSIVO
• Medidas de isolamento térmico para reduzir a exposição ao frio
• Aumento da temperatura ambiental
• Manter a normotermia, através de medidas ativas de aquecimento térmico ou aquecimento
• Reduzir a exposição corporal
Resultados
↑ Satisfação da pessoa ↓ Ansiedade ↑ Conforto Térmico. ↓ Eventos Miocárdicos
↓ Coagulopatias ↓ Necessidade de Transfusões
↓ Infeção do Local Cirúrgico Normal Metabolismo dos Fármacos
↓ Tempo de recuperação ↓ Shivering, Taquicardia e Hipertensão
Figura 1 – Fluxograma do processo de enfermagem na identificação e prevenção da HPI
AVALIAÇÃO HPI
FATORES DE RISCO
Doente
• Asa II à V • Idades extremas • Género feminino
• Baixo IMC/mau estado nutricional • Hipotermia prévia • Pressão sistólica < 140mmHg • Elevado risco patologia cardiovascular • Doenças endócrinas
Anestesia
• Anestesia combinada • Nível alto bloqueio espinhal • Fluidos endovenosos frios
Cirurgia
• Tempo e tipo de cirurgia • Perdas sanguíneas
• Uso garrote • Exposição da cavidade corporal
• Irrigação com fluidos intra-cavitários frios • Ferida aberta
Ambiente
• Temperatura sala inferior a 20ºC • Extensa exposição cutânea;
Figura 2 – Fatores de risco (Silva et al., 2021)
CONFORTO Ttérmico
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Muito Frio
Frio
Confortável
Quente
Muito Quente
Figura 3 – Escala visual de avaliação do conforto térmico e sensação térmica (Lenzuni et al., 2009)
ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONFORTO TÉRMICO
Descrição
Classificação
1 Sinto-me bem com a cor/cria pouco calor corporal 1 2 3 4 5
2 Sinto a pele/ roupa fria 1 2 3 4 5
3 A temperatura ambiente está ameno 1 2 3 4 5
4 Sinto-me confiante 1 2 3 4 5
5 Sinto vivacidade suficiente 1 2 3 4 5
6 Sinto tremores no corpo 1 2 3 4 5
7 Sinto-me pesado 1 2 3 4 5
8 Sinto frio 1 2 3 4 5
9 Sinto-me frio (dedos, pernas) 1 2 3 4 5
Figura 4 – Escala de avaliação do conforto térmico adaptada a população portuguesa (Matos A., 2015)
SINAIS E SINTOMAS
• Pele fria, pálida e seca • Tremores • Prenchimento capilar lento
• Taquicardia • Lesões ungueais cianosadas • Hipertensão
• Piloerecção associada a exposição prolongada ao frio
Figura 5 – Sinais e sintomas de hipotermia (CPE, 2021)
AUTORES
BIBLIOGRAFIA

ANEXO X: CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL – SUPORTE BÁSICO DE VIDA COM DESFIBRILHADOR AUTOMÁTICO EXTERNO (DAE)

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL
Dec.Reg. nº 35/2002

[redacted]

Formação, Ensino e Investigação
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Centro de Formação e Ensino

[redacted]

Pessoa Coletiva nº 508142156
(Entidade Acreditada)

Certifica-se que *PAULA CRISTINA BASTOS MACHADO*, com o número de identificação civil 8456918-2ZZ7, frequentou no(s) dia(s) 23 de Janeiro de 2024, com a duração total de 07h00, obtendo a classificação final de 12 valores, o Curso de Formação Profissional:

Suporte Básico de Vida com Desfibrilhador Automático Externo

Vila Nova de Gaia, 06 fevereiro de 2024

Responsável do Centro de Formação e Ensino

(Paula Rangel, Enf. Gestor)

Certificado nº 190 / 2024
Validade de 60 meses

INEM ENTIDADE ACREDITADA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM MEDICA

Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, E.P.E.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Suporte Básico de Vida com Desfibrilhador Automático Externo

- Cadeia de sobrevivência - Riscos para o Reanimador - Executar correctamente as manobras de (SBV) - Saber o conceito de DAE e as regras de segurança inerentes à sua utilização. - Descrever e executar corretamente a sequência do Algoritmo de SBV/DAE

Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, E.P.E.

INEM ENTIDADE ACREDITADA FORMAÇÃO EM EMERGÊNCIA MÉDICA

ANEXO XI: CERTIFICADO DE PRESENÇA NO "1º WEBINAR BLOCO VERDE"

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Webinar

Certifica-se que: Paula Machado

Participou no **1º webinar 2024 "Bloco Verde"** promovido pelo Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, no dia 22 de abril de 2024, com a duração de 2 horas:

1º webinar 2024 "Bloco Verde"

- Sustentabilidade Ambiental no Bloco Operatório (Enf. Augusta)
- Projeto Bloco Verde (Enf. Luz de Fátima)
- Implementação prática do Projeto Bloco Verde (Enf. Luís Pinho)

Serviço de Investigação, Formação e Ensino
ULS Castelo Branco, EPE

Assinatura Diretor SIFE

NEMC Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica
ULS CASTELO BRANCO

Castelo Branco | 30 de abril de 2024

Unidade Local de Saúde Castelo Branco, EPE

SIFE

NEMC Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica

1º WEBINAR 2024

Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica - ULS de Castelo Branco

- Data: 22 de abril 2024
- Plataforma Teams, INSCRIÇÃO em: https://events.teams.microsoft.com/event/13f3e4f1-7127-4a8b-986c-0ea3abd23bf9@22c84608-f01d-46c5-8024-63cc962e5f51
- Público-Alvo:

- Todos os profissionais das diferentes áreas multidisciplinares com interesse na temática;
- Enfermeiros;
- Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Alunos de Formação no cumprimento de estágios em saúde na ULSCB;
- Médicos e Alunos de Medicina com interesse na temática.

PROGRAMA:

- ***21:00 – 22:30 - "O Bloco Verde"***

- A Sustentabilidade do Bloco Operatório

Augusta Gomes, Mestranda Esp. Enf. Médico-Cirúrgica na vertente PSPO, B.O., ULS Médio Tejo Unidade de Abrantes

- Projeto Bloco Verde

Luz de Fátima, Enf.ª Esp. Enf. Médico-Cirúrgica, Coordenadora das Áreas Cirúrgicas, Bloco Operatório Central, ULSRL

- Implementação Prática do Projeto Bloco Verde

Luís Pinho, Enfermeiro, Bloco Operatório Central, Hospital São João

Moderação: Isabel Justino, Enf.ª Esp. Enf. Médico-Cirúrgica, B.O., ULSCB

Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

ANEXO XII: CERTIFICADO DE PRESENÇA NO XXI CONGRESSO NACIONAL DA AESOP "HORIZONTES DIGITAIS NA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA"

CENTRO DE ARTES E ESPETÁCULOS

8 A 10 DE MAIO DE 2024 - FIGUEIRA DA FOZ

CERTIFICADO

HORIZONTES DIGITAIS NA ENFERMAGEM PERIOPERATORIA

Certifica-se que:

Paula Cristina Bastos Machado

Esteve presente no ***XXI Congresso Nacional da AESOP***, que teve lugar no CAE - Figueira da Foz, nos dias 9 e 10 de maio de 2024
Este evento teve a duração de 18horas.

Esmeralda Nunes
Presidente da AESOP 23/24

AESOP organização

XXI CONGRESSO NACIONAL DA AESOP

aesop-enfermeiros.org

ANEXO XIII: CERTIFICADO DO E-PÓSTER "INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO"

CENTRO DE ARTES E ESPETÁCULOS

8 A 10 DE MAIO DE 2024 - FIGUEIRA DA FOZ

CERTIFICADO

HORIZONTES DIGITAIS NA ENFERMAGEM PERIOPERATORIA

Certifica-se que:

O trabalho: ***INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO***

Foi apresentado sob a forma de ***E-Poster***,
no XXI Congresso Nacional da AESOP,
que se realizou dias 9 e 10 de maio de 2024, no CAE Figueira da Foz.

1º Autor: Paula Machado
Apresentador: Paula Machado
Co-Autores: Sofia Pinto
Orientador Científico: Jorge Moreira

Esmeralda Nunes
Presidente da AESOP 23/24

AESOP organização

XXI CONGRESSO NACIONAL DA AESOP

aesop-enfermeiros.org

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Autores: Paula Machado(1),Sofia Pinto(2)
Orientador Científico: Mestre Jorge Moreira
Instituição: Unidade Local Saude Gaia/Espinho-Cirurgia de Ambulatório

Introdução

As intervenções de enfermagem especializadas são fundamentais para garantir o conforto térmico e para o diagnóstico precoce e a prevenção de problemas, garantindo a segurança e o bem-estar dos doentes em contexto de cirurgia de ambulatório.

As cirurgias de ambulatório são um componente crucial do sistema de saúde, oferecendo procedimentos eficazes com recuperação no mesmo dia. Contudo, o conforto térmico do doente durante essas cirurgias é um aspeto muitas vezes negligenciado, porém de importância vital. O conforto térmico influencia a experiência do doente, e também pode ter implicações significativas na recuperação pós-operatória e no risco de complicações (Muniz et al., 2015; Felix et al., 2010; Madrid et al., 2016).

Fundamentaçao

Com o aumento no número de cirurgias de ambulatório, cresce a necessidade de uma abordagem especializada em conforto térmico. As complicações pós-operatórias, como a morbidade e a mortalidade, podem ser influenciadas pelo conforto térmico, o que coloca em relevo a importância das intervenções de enfermagem especializada. Estas intervenções visam um diagnóstico antecipado e ações preventivas para manter a funcionalidade e prevenir complicações (Espada, 2023). Um dos maiores desafios no conforto térmico durante as cirurgias de ambulatório é a prevenção da hipotermia perioperatória acidental. Apesar da prevalência e dos riscos associados à hipotermia, existem lacunas no conhecimento e na prática relacionadas à implementação de estratégias eficazes para prevenir e gerir este problema em ambientes de cirurgia de ambulatório (Rocha et al., 2022).

Objetivos

Mapear as evidências científicas sobre as intervenções de enfermagem especializadas para a manutenção do conforto térmico em doentes submetidos a cirurgias de ambulatório.

Palavras Chave:

Conforto térmico; intervenções de enfermagem; cirurgias de ambulatório; prevenção da hipotermia.

Escala visual de avaliação do conforto térmico validada para a população Portuguesa de Alves, C. (2015)

Resultados

Com base nos resultados encontrados, podem ser implementadas as seguintes estratégias eficazes para garantir o conforto térmico dos pacientes em unidades de cirurgia de ambulatório:

-
-
-

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONFORTO TÉRMICO

- Utilização de cobertores reflexivos (Palmer et al., 2019)
- Desenvolvimento de protocolos de cuidados de aquecimento (Rocha et al., 2022)
- Prevenção da hipotermia perioperatória (Souza et al., 2019)
- Utilização de mantas aquecidas específicas (Granum et al., 2019)
- Aquecimento ativo por ar forçado (Yoo et al., 2020);
- Formação e sensibilização dos profissionais de saúde (Penaforte et al.,2019)

Referências Bibliográficas

Metodologia

- ☑ Efetuada uma scoping review;
- ☑ Pesquisa realizada nas bases de dados: PubMed via Medline, ScienceDirect via Elsevier, SciELO (Biblioteca Científica Eletrónica Online). e Biblioteca do Conhecimento Online (B-ON);
- ☑ Amostra: 17 artigos publicados nos ultimos 10 anos (2013 - 2023).

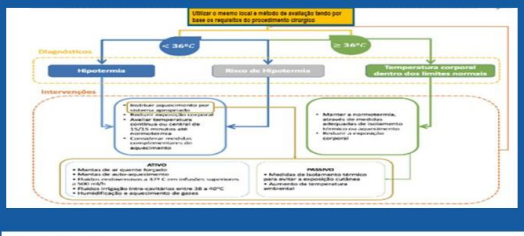
Conforme delineado por Peters et al. (2020), com recurso ao método do JBI (Joanna Briggs Institute), estabeleceram-se critérios de elegibilidade para o presente estudo.

População: Foram incluídos estudos que abordam doentes submetidos a cirurgias de ambulatório, considerando diversos tipos de procedimentos cirúrgicos.

Conceito: Estudos que exploram intervenções de enfermagem especializada para manter o conforto térmico, para assegurar a regulação adequada da temperatura corporal antes, durante e após a cirurgia.

Contexto: Estudos realizados em ambientes diversos de cirurgia de ambulatório, incluindo hospitais e clínicas especializadas, onde ocorrem procedimentos cirúrgicos e os doentes recebem cuidados especializados para o conforto térmico.

FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA PERIOPERATÓRIA INADVERTIDA



Conclusão

Esta scoping review visa a importância e o desenvolvimento de Competências de Enfermagem Especializada e de Mestre para uma prática profissional integral e individualizada na promoção do conforto térmico dos doentes em cirurgia de ambulatório. Promove o desenvolvimento de estratégias eficazes que possam ser implementadas em unidades de cirurgia de ambulatório para assegurar o conforto térmico dos doentes, avaliando a eficácia das intervenções existentes no controlo da temperatura corporal e no conforto térmico. Estas estratégias chamam a atenção para a necessidade de protocolos assistenciais específicos, da formação contínua das equipas de enfermagem, e do desenvolvimento de estratégias multidisciplinares para assegurar o conforto térmico dos doentes em cirurgia de ambulatório. Não obstante, este estudo apresenta limitações, como a escassez de literatura específica para intervenções em cirurgias de ambulatório. A implementação destas estratégias contribuirá para a melhoria da experiência e satisfação do doente, bem como para a eficiência dos cuidados de saúde e a redução dos custos associados a complicações decorrentes da hipotermia em unidades de cirurgia de ambulatório.

APÊNDICES

APÊNDICE I: CRONOGRAMA DE ATIVIDADES A DESENVOLVER DURANTE O ESTÁGIO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA II

Projeto	Atividades	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.
Intervenções de Enfermagem especializada no conforto térmico	Elaboração do projeto						
	Apresentação do projeto á direção da Uca						
	Elaboração de ferramentas de apoio para a implementação de avaliação do conforto térmico-Poster da escala de avaliação de conforto térmico						
	Implementação da escala de avaliação de conforto térmico						
	Elaboração da grelha de observação						
	Procedimento da avaliação do conforto térmico na Uca						
Elaboração de Protocolos na UCA	Criação de um protocolo para controlo das validade e gestão de stocks dos medicamentos na UCA						
Elaboração de normas e procedimentos na UCA	Elaboração de dossier com as listas de verificação de validades e gestão de stocks dos medicamentos na UCA: Stock geral e estruturas de apoio						
Elaboração do manual de integração de novos Enfermeiros na UCA	Programa de integração de Enfermeiros na UCA						
	Planificação do processo de integração de enfermeiros da UCA-Intraoperatório						
	Enfermeiro Circulante						
	Enfermeiro Instrumentista						
	Enfermeiro Recobro I						
	Estratégias de melhoria na fase intraoperatória						
	Avaliação do processo de integração na UCA- (Anexo II e Anexo III)						
	Cronograma do processo de integração de Enfermeiros na UCA- (Anexo V)						
	Conclusão e Referencias bibliográficas						
Integração nas várias etapas do circuito do doente na UCA	Consulta pré-operatória						
	Telefonema das 48h e da consulta pediátrica						
	Sala de CheckList						
	Sala de preparação						
	Enfermeiro de anestesia						
	Enfermeiro Circulante						
	Enfermeiro Instrumentista						
	Recobro I						
	Recobro II						
	Pernoita						
	Telefonema pós-operatório das 24h						
Formação em Serviço	"Fluxograma do processo de enfermagem na identificação e prevenção da hipotermia inadvertida no Perioperatório em contexto de cirurgia de ambulatório"						
	" Criar um protocolo para controlo das validades e gestão de stocks dos medicamentos na unidade de cirurgia de ambulatório"						
	"Manual de integração de enfermeiros da UCA"						
	"Intervenções de Enfermagem Especializada na avaliação do conforto térmico em contexto de cirurgia de ambulatório"						
Outros	Videos dos Workshops de formação na Uca Participação em congressos e- pósteres						

APÊNDICE II: APRESENTAÇÃO DO PROJETO À UCA

| Circular. Informativa | UCA

23-01-2024

ASSUNTO:

Desenvolver um projeto de investigação "Intervenções de Enfermagem Especializada: Conforto Térmico em contexto de cirurgia de ambulatório".

Mês: outubro- março de 2024

ESCALA VISUAL DE AVALIAÇAO DO CONFORTO TÉRMICO NA UCA

Formadora: Enfermeira Paula Cristina Bastos Machado

População Alvo-Doentes intervencionados na UCA escolhidos aleatoriamente.

Conceito-Intervenções de enfermagem especializada para manter o conforto térmico e assegurar a regulação da temperatura corporal no Perioperatório.

Contexto-Unidade Cirurgia de Ambulatório.

Objetivos do trabalho e questão de investigação: O foco principal deste estudo é o mapeamento de evidências científicas sobre as intervenções de enfermagem especializadas para a manutenção do conforto térmico em pacientes submetidos a cirurgias de ambulatório. O objetivo é, com base nos resultados encontrados, desenvolver um conjunto de estratégias eficazes para garantir o conforto térmico dos pacientes nestas situações, que podem ser implementadas em unidades de cirurgia de ambulatório. Como objetivo específico, procurar avaliar a eficácia das intervenções existentes no controlo da temperatura corporal e no conforto térmico á pessoa em situação perioperatória em Unidade Cirurgia de Ambulatório.

Com o envio desta circular informativa considera-se efetuada a comunicação das determinações nela contidas a todos os profissionais da Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Vamos @QREDITAR!

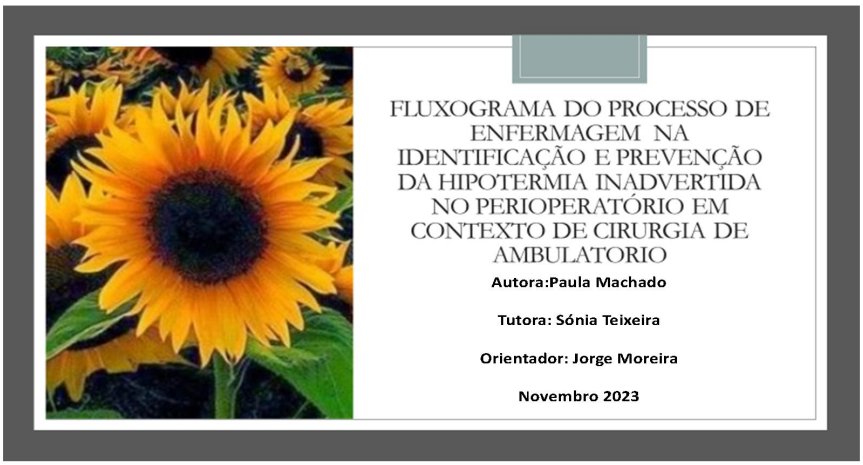
APÊNDICE III: PÓSTER "ESCALA VISUAL DE AVALIAÇÃO DO CONFORTO TÉRMICO"

Unidade Cirurgia de Ambulatório
CONFORTO TÉRMICO
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Muito Frio
Frio
Confortável
Quente
Muito Quente
Figura 3 – Escala visual de avaliação do conforto térmico validada para a população Portuguesa de Alves, C. (2015)
FATORES DE RISCO
Doente • Asa II a V • Idades extremas • Género feminino • Baixo IMC/mau estado nutricional • Hipotermia prévia • Pressão sistólica < 140mmHg • Elevado risco patologia cardiovascular • Doenças endócrinas
Anestesia • Anestesia combinada • Nível alto bloqueio espinhal • Fluídos endovenosos frios
Cirurgia • Tempo e tipo de cirurgia • Perdas sanguíneas • Uso garrote • Exposição da cavidade corporal • Irrigação com fluídos intra-cavitários frios • Ferida aberta
Ambiente • Temperatura sala inferior a 20°C • Extensa exposição cutânea;
ESCALA VISUAL DE AVALIAÇAO DO CONFORTO TERMICO
DISCORDO TOTALMENTE (1)
DISCORDO (2)
NÃO CONCORDO / NÃO DISCORDO (3)
CONCORDO (4)
CONCORDO TOTALMENTE (5)
ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONFORTO TERMICO
Descrição
Classificação
1 Sinto-me bem com a minha temperatura corporal 1 2 3 4 5
2 Sinto a cadeira / cama fria 1 2 3 4 5
3 A temperatura ambiente está amena 1 2 3 4 5
4 Sinto-me confiante 1 2 3 4 5
5 Sinto privacidade suficiente 1 2 3 4 5
6 Sinto tremores no corpo 1 2 3 4 5
7 Sinto-me ansioso 1 2 3 4 5
8 Sinto frio 1 2 3 4 5
9 Sinto-me fora de controlo 1 2 3 4 5
SINAIS E SINTOMAS
• Pele fria, pálida e seca • Tremores • Preenchimento capilar lento
• Taquicardia • Leitos ungueais cianosados • Hipertensão
• Piloerecção associada a exposição prolongada ao frio
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

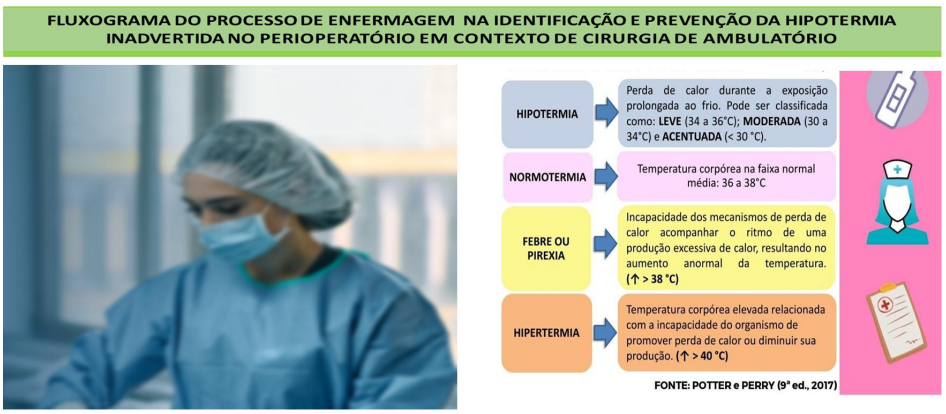
APÊNDICE IV: GRELHA DE OBSERVAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA AVALIAÇÃO DO CONFORTO TÉRMICO NA UCA

GRELHA DE OBSERVAÇÃO			
Intervenções de Enfermagem Especializada na Avaliação do Conforto Térmico em Contexto de Cirurgia de Ambulatório			
SERVIÇO: Unidade de Cirurgia de Ambulatório			
Momentos da Avaliação do Conforto Térmico: Perioperatório Pré-operatório-*CheckList*/Sala de Preparação Período Intraoperatório- Recobro I Pós-Operatório- Recobro II			
Data:			
Periodicidade da Observação; 6/6 meses			
Enfermeiro Especialista:			
Técnica Anestésica:			
Cirurgia: Tempo de duração superior a uma hora			
Critérios	**Conforme**	**Não Conforme**	**N/A**
Na avaliação do Conforto Térmico é utilizada a Escala de Avaliação do Conforto Térmico?			
Nível de conforto térmico é registado no SClinico?			
Os doentes intervencionados na UCA têm temperatura corporal periférica acima de 36,0ºC?			
Pré-aquecimento se o doente apresentar temperatura corporal abaixo de 36ºC?			
Notificação se o doente apresentar temperatura corporal periférica inferior a 36ºC?			
Uso de dispositivos de aquecimento no intraoperatório?			
Qual o tipo de dispositivo de aquecimento corporal utilizado? Manta térmica? Dispositivo de ar quente forçado? Aquecedor de fluidos? Lençóis quentes?			
Utilizado o termómetro digital de ouvido?			
Registos no *SClinico* do Risco de Hipotermia?			
Registos no *SClinico* da Avaliação do Conforto Térmico?			
Registos no *SClinico* da Temperatura Corporal periférica como sinal vital?			
Utilização do termómetro esofágico?			
A sala operatória encontra-se segundo a norma da AESOP? (20ºC-25ºC).			
Se temperatura da sala apresentar valores <20ºC e> 25ºC é comunicado ao AVAC? (Aquecimento, Ventilação, Ar condicionado).			

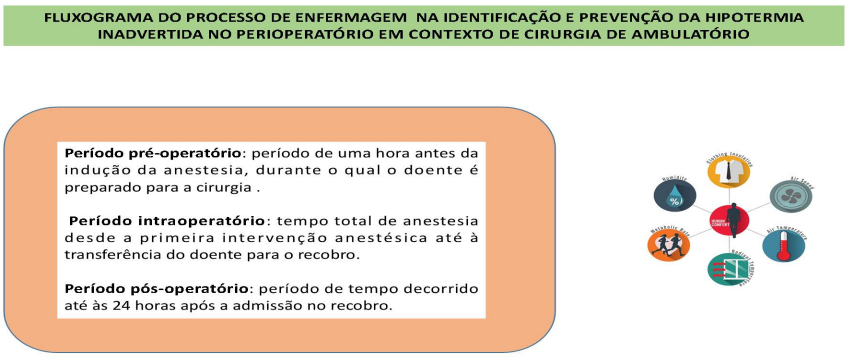
APÊNDICE V: SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO – FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA PERIOPERATÓRIA INADVERTIDA EM CONTEXTO DE CA


FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO PERIOPERATÓRIO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATORIO
Autora:Paula Machado
Tutora: Sónia Teixeira
Orientador: Jorge Moreira
Novembro 2023

1


FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO PERIOPERATÓRIO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
HIPOTERMIA
Perda de calor durante a exposição prolongada ao frio. Pode ser classificada como: LEVE (34 a 36°C); MODERADA (30 a 34°C) e ACENTUADA (< 30 °C).
NORMOTERMIA
Temperatura corpórea na faixa normal média: 36 a 38°C
FEBRE OU PIREXIA
Incapacidade dos mecanismos de perda de calor acompanhar o ritmo de uma produção excessiva de calor, resultando no aumento anormal da temperatura. (↑ > 38 °C)
HIPERTERMIA
Temperatura corpórea elevada relacionada com a incapacidade do organismo de promover perda de calor ou diminuir sua produção. (↑ > 40 °C)
FONTE: POTTER e PERRY (9ª ed., 2017)

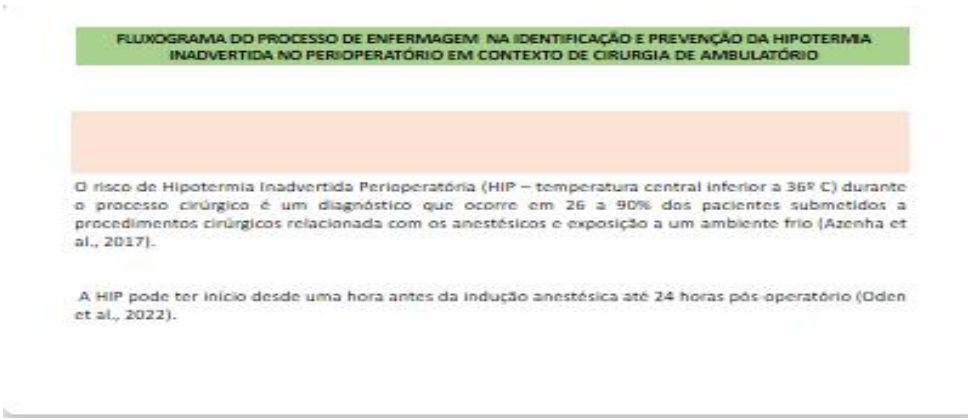
2


FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO PERIOPERATÓRIO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
Período pré-operatório: período de uma hora antes da indução da anestesia, durante o qual o doente é preparado para a cirurgia .
Período intraoperatório: tempo total de anestesia desde a primeira intervenção anestésica até à transferência do doente para o recobro.
Período pós-operatório: período de tempo decorrido até às 24 horas após a admissão no recobro.

3

FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO PERIOPERATÓRIO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
E
R
INT
HIPOTÁLAMO
RES
R
O.E.
FEEDBACK NEGATIVO
FEEDBACK NEGATIVO

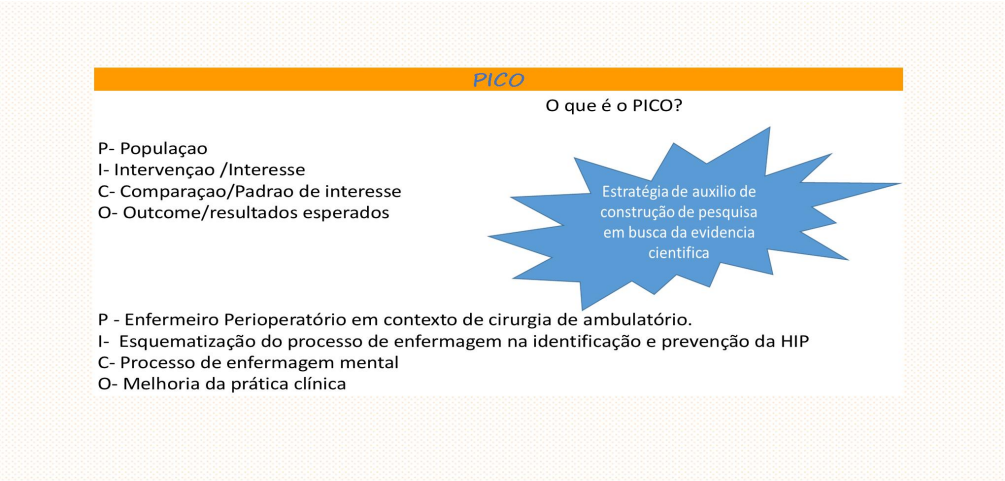
4


FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO PERIOPERATÓRIO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
O risco de Hipotermia Inadvertida Perioperatória (HIP – temperatura central inferior a 36º C) durante o processo cirúrgico é um diagnóstico que ocorre em 26 a 90% dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos relacionada com os anestésicos e exposição a um ambiente frio (Azenha et al., 2017).
A HIP pode ter início desde uma hora antes da indução anestésica até 24 horas pós-operatório (Oden et al., 2022).

5

FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO PERIOPERATÓRIO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
SIGNIFICÂNCIA DO PROBLEMA
A HIP é uma complicação evitável, no entanto contribui para resultados adversos se não forem tomadas medidas preventivas (Oden et al., 2022). A mobilização de saberes na tomada de decisão permite obter ganhos em saúde e conseguir resultados de satisfação para a pessoa e família.

6


PICO
O que é o PICO?
P- Populaçao
I- Intervençao /Interesse
C- Comparaçao/Padrao de interesse
O- Outcome/resultados esperados
Estratégia de auxilio de construção de pesquisa em busca da evidencia cientifica
P - Enfermeiro Perioperatório em contexto de cirurgia de ambulatório.
I- Esquematização do processo de enfermagem na identificação e prevenção da HIP
C- Processo de enfermagem mental
O- Melhoria da prática clínica

7

FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO PERIOPERATÓRIO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
Atividades de Diagnóstico
PRÉ-OPERATÓRIO
• Identificar fatores de risco
• Avaliar temperatura central Inicial
• Determinar o nível de conforto térmico
• Detetar sinais e sintomas de baixa temperatura corporal
• Comunicar os resultados à equipa cirúrgica
• Se tempo anestésico >30 minutos realizar pré-aquecimento com método ativo, duração mínima de 10 minutos
INTRAOPERATÓRIO
• Conhecer fatores de risco
• Avaliar continuamente temperatura central
• Determinar o nível de conforto térmico (em caso de anestesia loco-regional)
• Detetar sinais e sintomas de hipotermia inadvertida
• Manter a temperatura ambiente entre 20-25ºC
PÓS-OPERATÓRIO
• Conhecer fatores de risco
• Avaliar temperatura central de 30/30 minutos
• Determinar o nível de conforto térmico
• Detetar sinais e sintomas de hipotermia inadvertida
• Manter a temperatura ambiente a cerca de 24ºC
• Avaliação horária da temperatura central nas primeiras 4horas
• Determinar o nível de conforto térmico
• Detetar sinais e sintomas de hipotermia
ADMISSAO AO BLOCO
INDUÇAO-TEMPO CIRURGICO
RECOBRO 1-RECOBRO 2

8

Os principais mecanismos implicados na dispersão térmica do paciente na sala cirúrgica ocorrem através da

Conduçao → **Depende da diferença entre dois objetos e da condutância entre eles**

Exemplos: perda de calor para a superfície da maca cirúrgica ;
administração de soluções frias endovenosas;
aplicação de soluções frias sobre a pele.

Conveçao → **Ocorre quando o ar é aquecido próximo do paciente é trocado pelo ar frio proveniente do ar condicionado da sala operatória;**

Contribui com 25% da perda total de calor

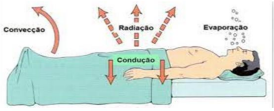
9

Os principais mecanismos implicados na dispersão térmica do paciente na sala cirúrgica ocorrem através da:

Evaporaçao → **Evaporação de líquidos aplicados sobre a pele ;**

Sudorese;

Perdas pelas vias respiratórias e pele. ↑



Irradiaçao → **Transferência de calor por meio de ondas eletromagnéticas;**
Contribui com 60% do total de perda de calor.

10

FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO PERIOPERATÓRIO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

ANESTESIAS

ANESTESIA GERAL

↓ 20% na produção de calor

↓respostas fisiológicas termorreguladoras

→vasoconstrição e tremores musculares

→Os agentes anestésicos atuam sobre o SNC e interferem no controle da tempoeratura

Consequências pós-operatórias

↑consumo O2;
↑isquemia miocárdio;
↑pressão intra-ocular;
↑pressão intracraniana;
↑sensao de desconforto;
↑incidência da dor.

11

FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO PERIOPERATÓRIO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

O principal mecanismo responsável pela hipotermia após a indução anestésica, é o fenómeno de redistribuição do calor entre os compartimentos central e periférico, que contribui para cerca de 80% da redução da temperatura corporal

Este processo ocorre na primeira hora após a indução e é responsável pela diminuição rápida da temperatura central (1,0 a 2,0˚C). Posteriormente, uma redução gradual e linear da temperatura (0,5 a 1,0˚C/h) ocorre na segunda e terceira horas do procedimento anestésico e resulta de uma maior perda de calor para o ambiente em comparação com a sua produção

12

FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO PERIOPERATÓRIO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

ANESTESIA REGIONAL

A anestesia subaracnoídea inibe o controle central termorregulador

→Bloqueio do sistema nervoso simpático e dos nervos motores que inibem a vasoconstrição e os tremores;

→A redistribuição fica restrita aos membros inferiores e continua a ser a principal causa da hipotermia.

ANESTESIA COMBINADA

→Maior risco de HIP- a redistribuição inicial nas extremidades leva rapidamente á hipotermia;
A anestesia regional + anestesia geral ↓ o limiar da vasoconstrição e o resultado é desencadeado mais tardiamente.

13

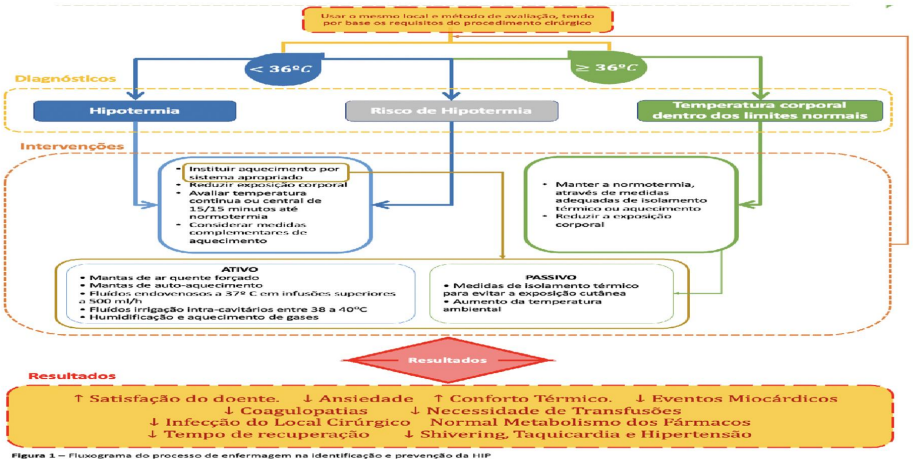


Figura 1 – Fluxograma do processo de enfermagem na identificação e prevenção da HIP

14

FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO PERIOPERATÓRIO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

AVALIAÇÃO HIP	
FATORES DE RISCO	
Doente	• Asa II a V • Idades extremas • Género feminino • Baixo IMC/mau estado nutricional • Hipotermia prévia • Pressão sistólica < 140mmHg • Elevado risco patologia cardiovascular • Doenças endócrinas
Anestesia	• Anestesia combinada • Nível alto boqueio espinhal • Fluídos endovenosos frios
Cirurgia	• Tempo e tipo de cirurgia • Perdas sanguíneas • Uso garrote • Exposição da cavidade corporal • Irrigação com fluídos intra-cavitários frios • Ferida aberta
Ambiente	• Temperatura sala inferior a 21° C • Extensa exposição cutânea

Figura 2 – Fatores de risco (Oden et al., 2022)

15

FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO PERIOPERATÓRIO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

CONFORTO TÉRMICO

Figura 3 – Escala visual de avaliação do conforto térmico validada para a população Portuguesa de Alves, C. (2015)

DISCORDO TOTALMENTE (1) | DISCORDO (2) | NÃO CONCORDO / NEM DISCORDO (3) | CONCORDO (4) | CONCORDO TOTALMENTE (5)

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONFORTO TERMICO

	Descrição	Classificação				
1	Sinto-me bem com a minha temperatura corporal	1	2	3	4	5
2	Sinto a cadeira / cama fria	1	2	3	4	5
3	A temperatura ambiente está amena	1	2	3	4	5
4	Sinto-me confiante	1	2	3	4	5
5	Sinto privacidade suficiente	1	2	3	4	5
6	Sinto tremores no corpo	1	2	3	4	5
7	Sinto-me ansioso	1	2	3	4	5
8	Sinto frio	1	2	3	4	5
9	Sinto-me fora de controlo	1	2	3	4	5

Figura 4 – Escala de avaliação do conforto térmico validada para a população portuguesa de Martins, A. (2015)

16

FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO PERIOPERATÓRIO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

É da competência do enfermeiro perioperatório:

implementar escalas de avaliação e protocolos de monitorização;

identificar fatores de risco de HIP;

promover o conforto térmico;

prevenir a hipotermia;

manter a normotermia;

evitar complicações associadas a estes diagnósticos (AESOP, 2017).

17

FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO PERIOPERATÓRIO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

- **Este fluxograma constitui um instrumento de Prática Informada resultante da análise de artigos, documentos relevantes da evidência científica e *guidelines* internacionais que orientam a realização dos cuidados e a compreensão do processo de enfermagem.**
- **A capacitação e tomada de decisão na implementação e execução das intervenções de enfermagem garante a segurança e satisfação da pessoa e/ou família evidenciando os ganhos em saúde.**
- **Considero que este é o primeiro passo para futuras linhas de investigação, sugerindo a elaboração de um estudo quantitativo dos indicadores de qualidade na implementação deste fluxograma para quantificar os ganhos em saúde efetivos.**

18

EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

→A hipotermia pode ser especialmente problemática em doentes submetidos a procedimentos de curta duração, por não existir tempo necessário que promova o reaquecimento antes do final da cirurgia.

→A Normotermia no final do procedimento cirúrgico pode melhorar a satisfação e o conforto do doente no período pós-operatório.

→A satisfação não é apenas do interesse do doente, uma vez que o reembolso do hospital é também baseado em *scores* de satisfação dos utentes.

→A temperatura corporal é um sinal vital. A Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) preconiza, como monitorização *standard* básica para qualquer procedimento anestésico;

a avaliação contínua da oxigenação;
da ventilação;
da circulação;
da temperatura corporal

19

EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

- Em relação à avaliação da temperatura considera como objetivo principal da sua realização a "*manutenção de uma temperatura corporal adequada durante todo o procedimento anestésico*" e refere também que "*a monitorização da temperatura deve ser realizada em todos os doentes submetidos a procedimentos anestésicos*"
- A medição da temperatura corporal ao nível do esófago distal é a que parece providenciar uma avaliação mais precisa da temperatura central, com menores riscos associados e menor custo.
- Outro local de medição que permite estimar a temperatura central é a cavidade oral, a nível sublingual. Atualmente é considerada como o local de medição não invasiva mais fidedigno e reprodutível. É de fácil utilização, correlaciona-se bem com os valores da temperatura central e pode ser monitorizado no pré, Intra e pós-operatório.

20

EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

- A diferença no tempo de recuperação de cada doente torna-se ainda mais significativa ao final do dia. Tempos de recuperação mais longos assim como uma estadia hospitalar mais prolongada consomem mais recursos de cuidados de saúde e aumentam os custos associados à cirurgia
- Se temperatura inicial for inferior a 36,0˚C, esta deverá ser reportada como incidente crítico e a indução anestésica não deverá ser iniciada.
- Se a temperatura inicial for superior ou igual a 36,0˚C, a indução anestésica poderá ser iniciada e durante o procedimento anestésico a temperatura deverá ser avaliada de modo contínuo ou intermitente a cada 15/30 minutos até ao final da cirurgia.

21

FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO PERIOPERATÓRIO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

22

"O aprendiz é um Mestre em Formação "

Fernanda Simões Rodrigues

23

APÊNDICE VI: CERTIFICADO DO CURSO DE FORMAÇÃO "FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DE HIPOTERMIA PERIOPERATÓRIA INADVERTIDA"

Certificado

Certifica-se que **PAULA CRISTINA BASTOS MACHADO**, foi Formador(a) do Curso **"Fluxograma do processo de enfermagem perante a hipotermia perioperatória"**, integrado na Formação em Serviço, que decorreu no(s) dia(s) "**14 de Novembro de 2023**", com a duração de 00:30 horas.

Vila Nova de Gaia, 14 novembro de 2023

Responsável do Serviço de Formação

((Paula Rangel, Enf.
Gestor))

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Fluxograma do processo de enfermagem perante a hipotermia perioperatória

Conteúdo Programático

MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

ÁREA DE FORMAÇÃO: 729 – Saúde - Programas não classificados noutra área de formação

COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS:

Apresentação de fluxograma do processo de enfermagem na identificação e prevenção da hipotermia inadvertida peri operatória em contexto de cirurgia de ambulatório

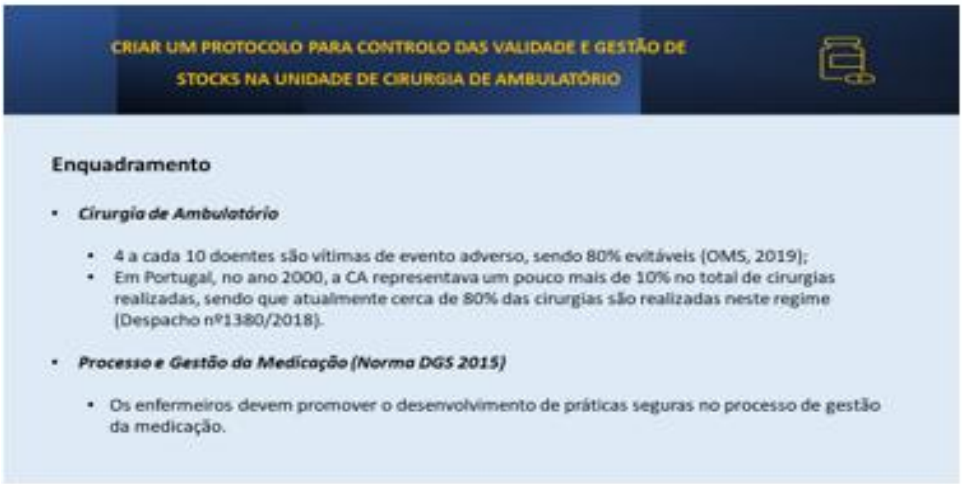
APÊNDICE VII: SESSÃO DE FORMAÇÃO—CRIAR UM PROTOCOLO PARA CONTROLO DAS VALIDADES E GESTÃO DE *STOCKS* DOS MEDICAMENTOS NA UCA

CRIAR UM PROTOCOLO PARA CONTROLO DAS VALIDADE E GESTÃO DE STOCKS NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
Trabalho realizado no âmbito
3º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Especialização de Enfermagem à pessoa em Situação Perioperatória
Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II
Autora:Paula Machado
Tutora:Sónia Teixeira
Co-orientador:Jorge Moreira
Novembro 2023

1

CRIAR UM PROTOCOLO PARA CONTROLO DAS VALIDADE E GESTÃO DE STOCKS NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
Objetivo Geral:
• Promover a segurança na utilização da medicação.
Objetivos específicos:
• Uniformizar o processo de controlo das validades dos medicamentos nos diferentes locais de armazenamento;
• Ajustar os stocks mínimos e recomendáveis dos medicamentos dos diferentes locais de armazenamento, às suas especificidades e padronizados conforme necessidades das especialidades cirúrgicas da UCA.

2


CRIAR UM PROTOCOLO PARA CONTROLO DAS VALIDADE E GESTÃO DE STOCKS NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
Enquadramento
• Cirurgia de Ambulatório
• 4 a cada 10 doentes são vítimas de evento adverso, sendo 80% evitáveis (OMS, 2019);
• Em Portugal, no ano 2000, a CA representava um pouco mais de 10% no total de cirurgias realizadas, sendo que atualmente cerca de 80% das cirurgias são realizadas neste regime (Despacho nº1380/2018).
• Processo e Gestão da Medicação (Norma DGS 2015)
• Os enfermeiros devem promover o desenvolvimento de práticas seguras no processo de gestão da medicação.

3

CRIAR UM PROTOCOLO PARA CONTROLO DAS VALIDADE E GESTÃO DE STOCKS NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Segurança do medicamento (enquadramento legal):

- Lei de Bases da Saúde (lei nº95/2019, de 4 de Setembro);
- OMS (Cirurgia Segura – 2009);
- PNSD 2021-2026;
- DGS (Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde);
- OE / Regulamento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem médico cirúrgica na Área à pessoa em situação perioperatória.

4

CRIAR UM PROTOCOLO PARA CONTROLO DAS VALIDADE E GESTÃO DE STOCKS NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Enquadramento

- ***Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2021-2026)***
  - Pilar 4 e Pilar 5, consideramos pertinentes no que se refere à segurança do medicamento no contexto dos cuidados prestados à Pessoa em Situação perioperatória.

➡ Pilar 4 - Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança.

➡ Pilar 5 - Práticas Seguras em Ambientes Seguros.

5

CRIAR UM PROTOCOLO PARA CONTROLO DAS VALIDADE E GESTÃO DE STOCKS NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Realidade atual referente ao controlo das validades e gestão de stocks dos medicamentos na UCA

Gestão da verificação das validades

- Realizado pelo enfermeiro no âmbito do perioperatório contudo não existe etiquetagem de alerta de risco dos medicamentos a expirar.

Gestão de stocks dos medicamentos

- Sistema informático TATIL é um sistema de registo de saídas de medicamentos para cada especialidade cirúrgica da UCA, registado no computador de cada sala operatória.
- Sistema PDA (acrónimo personal digital assistant) é utilizado para efetuar os pedidos de medicamentos que estão em falta no stock, e outros materiais de uso clínico pela leitura de código de barras.
- Necessidade de controlo de stocks mínimos e maximos recomendáveis para a CA.

6

CRIAR UM PROTOCOLO PARA CONTROLO DAS VALIDADE E GESTÃO DE STOCKS NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
Proposta de protocolo a implementar para controlo de validades e gestão de stocks dos medicamentos na UCA
PROCEDIMENTOS REALIZAR
Listas de verificação dos medicamentos utilizados na UCA:
• Validades;
• Controlo das quantidades mínimas e máximas, definidas e recomendáveis de acordo com o número de cirurgias diárias da UCA, para cada carro de apoio, e stock geral;
• Integridade das etiquetas.
Uniformização dos carros de apoio na utilização dos medicamentos
• Lupa;
• Iluminação;
• Norma dos medicamentos LASA.
Realização de auditorias internas - utilizar uma grelha de avaliação e partilhar os resultados com a equipa

7

CRIAR UM PROTOCOLO PARA CONTROLO DAS VALIDADE E GESTÃO DE STOCKS NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
Lista de verificação das validades e gestão de stocks dos medicamentos na UCA : Stock geral
LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS VALIDADES E GESTÃO DE STOCKS DOS MEDICAMENTOS NA UCA
ESTRUTURA DE APOIO: STOCK GERAL Mês: _____ Ano: _____
Medicamento
Quantidade Mínima
Quantidade Máxima
Validade
Integridade da etiqueta
Responsável
• Medicamento com validade a expirar dentro de 3 meses.
• Medicamento com validade a expirar dentro de 6 meses.
Nota: A verificação será realizada durante a primeira semana de cada mês

8

CRIAR UM PROTOCOLO PARA CONTROLO DAS VALIDADE E GESTÃO DE STOCKS NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
Lista de verificação das validades e gestão de stocks dos medicamentos na UCA: Estruturas de apoio
LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS VALIDADES E GESTÃO DE STOCKS DOS MEDICAMENTOS NA UCA
ESTRUTURA DE APOIO: _____ Mês: _____ Ano: _____
Medicamento
Quantidade mínima
Validade
Integridade da etiqueta
Responsável
• Medicamento com validade a expirar dentro de 3 meses.
• Cada estrutura de apoio na utilização dos medicamentos terá uma lista de verificação própria ajustada às suas necessidades,
• A verificação será realizada durante a primeira semana de cada mês.

9

CRIAR UM PROTOCOLO PARA CONTROLO DAS VALIDADE E GESTÃO DE STOCKS NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Grelha de auditoria interna ao protocolo de verificação das validades e gestão de stocks dos medicamentos na UCA

GRELHA DE AUDITORIA INTERNA AO PROTOCOLO DE VERIFICAÇÃO DAS VALIDADES E GESTÃO DE STOCKS DOS MEDICAMENTOS NA UCA	
AVALIADOR: _____	DATA: _____
Existência da lista de verificação das validades dos medicamentos	Sim/Não
Nº de medicamentos dentro da data de validade	Numérico
Nº de estruturas de apoio uniformizadas	Numérico
Nº de medicamentos em conformidade	Numérico

- Auditoria interna realizada trimestralmente

10

CRIAR UM PROTOCOLO PARA CONTROLO DAS VALIDADE E GESTÃO DE STOCKS NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

100% dos medicamentos existentes na uca dentro do prazo de validade, usando a seguinte fórmula:

METAS ATINGIR INDICADORES

$$\frac{\text{Nº de medicamentos em conformidade (dentro do prazo de validade)}}{\text{Nº total de medicamentos}} \times 100$$

11

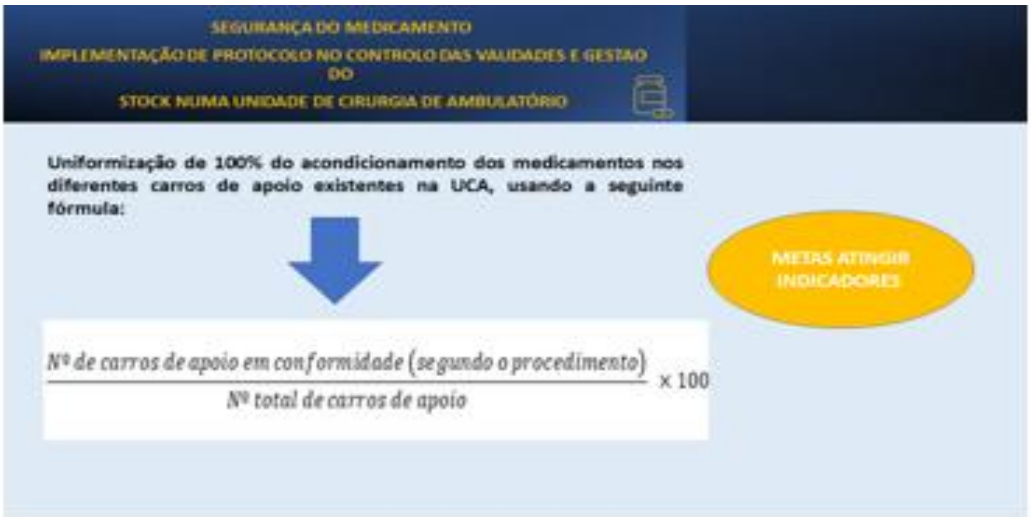
SEGURANÇA DO MEDICAMENTO
IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO NO CONTROLO DAS VALIDADES E GESTÃO DO STOCK NUMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Existência de 100% dos medicamentos em stock, de acordo com as necessidades da uca, dentro da margem mínima e máxima definida e/ou recomendável e devidamente etiquetados (etiqueta do medicamento integra), usando a seguinte fórmula:

METAS ATINGIR INDICADORES

$$\frac{\text{Nº de medicamentos em conformidade (quantidade em stock e etiquetagem integra)}}{\text{Nº de medicamentos em stock}} \times 100$$

12


SEGURANÇA DO MEDICAMENTO
IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO NO CONTROLO DAS VALIDADES E GESTÃO DO
STOCK NUMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
Uniformização de 100% do acondicionamento dos medicamentos nos diferentes carros de apoio existentes na UCA, usando a seguinte fórmula:
METAS ATINGIR INDICADORES
Nº de carros de apoio em conformidade (segundo o procedimento) / Nº total de carros de apoio × 100

13

CRIAR UM PROTOCOLO PARA CONTROLO DAS VALIDADE E GESTÃO DE
STOCKS NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
Cronograma da implementação do protocolo de verificação das validades e gestão do stock dos medicamentos na UCA
ATIVIDADES A DESENVOLVER

14

CRIAR UM PROTOCOLO PARA CONTROLO DAS VALIDADE E GESTÃO DE
STOCKS NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
Propor estratégias de melhoria no desempenho dos profissionais, que visem obter ganhos em saúde do doente cirúrgico:
• Futura implementação de um link para consulta e atualização de dados em pasta partilhada de fácil acesso;
• Otimizar os espaços afetos à UCA, bem como a sua potencial reorganização ou expansão.

15

APÊNDICE VIII: CERTIFICADO DO CURSO DE FORMAÇÃO "APRESENTAÇÃO DE PROTOCOLO PARA CONTROLO DAS VALIDADES E GESTÃO DE *STOCKS* DOS MEDICAMENTOS NA UCA"

Certificado

Certifica-se que **PAULA CRISTINA BASTOS MACHADO**, foi Formador(a) do Curso **"Apresentação de protocolo para controlo de validades e stocks no BO da UCA"**, integrado na Formação em Serviço, que decorreu no(s) dia(s) "**15 de Novembro de 2023**", com a duração de 01:30 horas.

Vila Nova de Gaia, 15 novembro de 2023

Responsável do Serviço de Formação

((Paula Rangel, Enf.
Gestor))

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Apresentação de protocolo para controlo de validades e stocks no BO da UCA

Conteúdo Programático

MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Outras acções de formação continua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

ÁREA DE FORMAÇÃO: 729 – Saúde - Programas não classificados noutra área de formação

COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS:

Apresentação e análise de protocolo para controlo das validades e gestão de stocks na UCA

APENDICE IX: ELABORAÇÃO DO MANUAL DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO DA UCA

2024
Manual de Integração de Enfermeiros
Unidade Cirurgia Ambulatório

CONTEUDOS

3. PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NA UCA

3.1Enquadramento

3.2-Factores facilitadores do processo de integração

3.3-Fatores dificultadores do processo de integração

3.4-Competências do enfermeiro integrador

3.5-Aplicabilidade do programa de integração

3.6-Tempo de integração no bloco operatório

4-PLANIFICAÇAO DO PROCESSO DE INTEGRAÇAO DOS ENFERMEIROS NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIIO INTRA-OPERATÓRIO

4.1-Acolhimento

4.2- Bloco Operatório

4.2.1-Medidas de segurança no Bloco Operatório

4.2.2-Caracteristicas do Enfermeiro Perioperatório

4.3-Anestesia

4.4-Circulaçao

4.5-Instrumentaçao

4.6-Recobro i

5-ESTRATÉGIAS DE MELHORIA NO INTRAOPERATÓRIO

6- PLANIFICAÇÃO DA INTEGRAÇÃO DOS ENFERMEIROS NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO: PRÉ E PÓS OPERATÓRIO-RECOBRO II

6.1-Fase I

6.2- Fase II

6.3--Fase III

6.4-Fase IV

6.5-Fase V

7-AVALIAÇAO DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO NA UCA

8-CONCLUSAO

9-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

10-ANEXOS

ANEXO I - Entrevista Inicial

ANEXO II- Avaliação da integração na uca (enfermeiro integrado)

ANEXO III-Avaliação do desempenho com base nas competências demonstradas (enfermeiro integrador e enfermeiro gestor)

ANEXO IV- Instrução de Trabalho- Contagem de Compressas Instrumentos e Corto-perfurantes em Procedimentos cirúrgicos

ANEXO V -Cronograma do processo de integração de enfermeiros da UCA

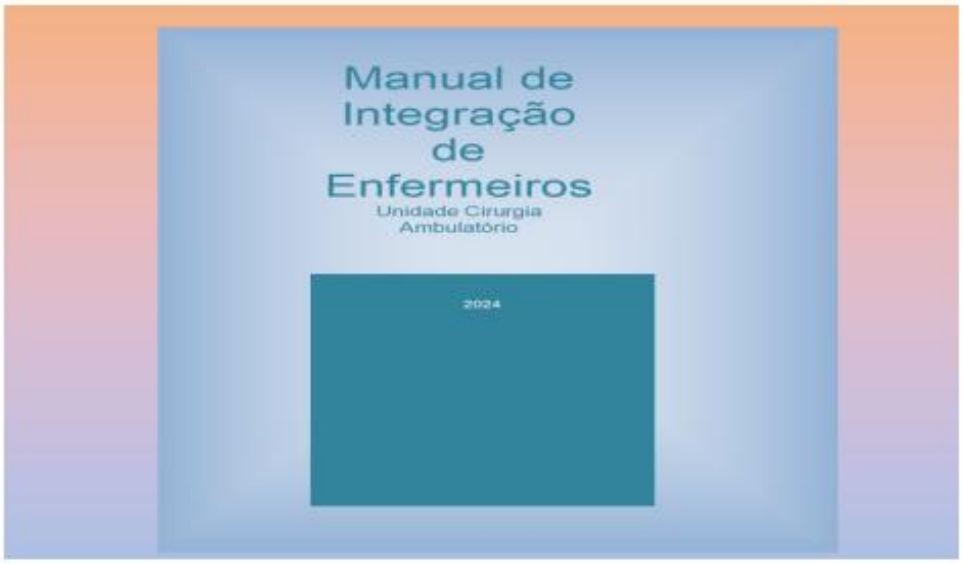
ELABORAÇAO DO MANUAL DE INTEGRAÇAO DA UCA

Versão	A	Data	Alterações
Elaboração	Goreti Andrade Mariana Rocha Paula Machado		
Validação	Enfermeira Chefe Enfermeira Coordenadora Orientadores de Estágio Tutoras de Estágio		
Aprovação	Conselho de Administração		

APENDICE X: SESSÃO DE FORMAÇÃO—ELABORAÇÃO DO MANUAL DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO DA UCA

Manual de Integração de Enfermeiros
Unidade Cirurgia Ambulatório
Trabalho realizado no âmbito 3º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico - Cirúrgica – Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória
Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II
Autora:Paula Machado
Tutora :Sónia Teixeira
Orientador: Jorge Moreira
Janeiro 2024
ESS
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

1


Manual de Integração de Enfermeiros
Unidade Cirurgia Ambulatório
2024

2

1 MANUAL DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NA UCA
1.1 Objetivos
1.2.Responsabilidade
2. CARACTERIZAÇÃO, ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO
2.1 Caracterização da Unidade Local de Saúde
2.2 Caracterização da Unidade de Cirurgia de Ambulatório
2.2.1 Organização da UCA
2.2.2 Recursos Humanos
2.2.3 Carteira de Serviços
2.2.4 Recursos Materiais
2.2.5 Aquisição e reparação de equipamentos
2.3 Dinâmica da UCA
2.4 Projetos de Melhoria Contínua
2.5 Valores e Princípios
3. PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NA UCA
3.1-Enquadramento
3.2-Factores facilitadores do processo de integração
3.3-Fatores dificultadores do processo de integração
3.4-Competências do enfermeiro integrador
3.5-Aplicabilidade do programa de integração
3.6-Tempo de integração no bloco operatório
4-PLANIFICAÇAO DO PROCESSO DE INTEGRAÇAO DOS ENFERMEIROS NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIIO INTRA-OPERATÓRIO

3

4.1-Acolhimento
4.2- Bloco Operatório
4.2.1-Medidas de segurança no Bloco Operatório
4.2.2-Caracteristicas do Enfermeiro Perioperatório
4.3-Anestesia
4.4-Circulaçao
4.5-Instrumentaçao
4.6-Recobro I
5-ESTRATÉGIAS DE MELHORIA NA FASE INTRAOPERATÓRIA
6- PLANIFICAÇÃO DA INTEGRAÇÃO DOS ENFERMEIROS NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO: PRÉ E PÓS OPERATÓRIO-RECOBRO II
6.1-Fase I
6.2- Fase II
6.3--Fase III
6.4-Fase IV
6.5-Fase V
7-AVALIAÇAO DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO NA UCA
8-CONCLUSAO
9-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
10-ANEXOS
ANEXO I - Entrevista Inicial
ANEXO II- Avaliação da integração na uca (enfermeiro integrado)
ANEXO III- Avaliação do desempenho com base nas competências demonstradas (enfermeiro integrador e enfermeiro gestor)
ANEXO IV- Instrução de Trabalho- Contagem de Compressas Instrumentos e Corto-perfurantes em Procedimentos cirúrgicos
ANEXO V -Cronograma do processo de integração de enfermeiros da UCA

4

Manual de Integração de Enfermeiros

Um manual de integração é uma ferramenta auxiliar de adaptação indispensável para a gestão dos recursos humanos de uma instituição.

O presente manual constitui um instrumento facilitador no processo de integração de enfermeiros na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) da Unidade local saúde Gaia/Espinho.

5

A elaboração deste manual tem como objetivos:

- Facilitar a integração de novos enfermeiros na UCA;
- Dar a conhecer a missão, a visão, os valores, a filosofia e a estratégia de gestão do serviço;
- Fornecer toda a informação inerente à dinâmica do serviço;
- Orientar os novos enfermeiros na aquisição de competências que lhe permitam desenvolver novas tarefas de acordo com a cultura da UCA;
- Estabelecer uma linha orientadora de uniformização do processo integrativo dos enfermeiros na UCA;
- Orientar o enfermeiro integrando e o enfermeiro integrador durante o processo de integração;
- Contribuir para que os enfermeiros integrados possam desempenhar as funções com qualidade e consigam mais facilmente atingir a satisfação pessoal e profissional bem como identificar-se com a cultura organizacional da instituição hospitalar.

6

Enquadramento do processo de integração

QUANDO ESTÁ UM ENFERMEIRO INTEGRADO?

O Enfermeiro vai assumindo autonomia de forma gradual até ser considerado suficientemente competente para assumir na plenitude o seu novo papel com o mínimo de riscos para o próprio, para o doente, para a equipa multidisciplinar e em última instância para a instituição.

O processo de integração só deverá ser considerado concluído quando o novo elemento conhecer a filosofia organizacional, as várias equipas de trabalho e quais as funções que lhe estão atribuídas, desempenhando-as sem dificuldades (AESOP, 2006).

DECISÕES INDECISÕES

7

Tomada de Decisão

A ordem dos enfermeiros (2010) salienta que este período de prática supervisionada visa promover a tomada de decisão autónoma valorizando a proteção da pessoa e segurança dos cuidados.

8

A UCA é composta por vários grupos profissionais, sendo que os enfermeiros representam uma grande fatia dos recursos humanos. O processo de integração dos enfermeiros recém-admitidos pode ser visto, como um fator de rentabilização de recursos humanos, pois profissionais bem integrados nas normas e padrões da organização, com elevados níveis de autonomia e motivação, prestarão cuidados de maior qualidade.

O bloco operatório é reconhecido como "o local de prestação de cuidados mais dispendioso de um hospital, pela tecnologia existente, pela diferenciação das cirurgias, pela especialização dos intervenientes e pela situação clínica do doente" (AESOP, 2006, p. 4).

9

Processo de integração de enfermeiros da UCA

- Poderá prolongar-se mais ou menos no tempo de acordo com as necessidades e capacidades do novo elemento e as possibilidades do serviço.
- Os programas de integração deverão integrar os novos elementos, nas funções de enfermeiro de acolhimento, enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista, enfermeiro de Recobro I ou imediato e enfermeiro de Recobro II (Pré-operatório e pós-operatório).
- Em bloco operatório a formação e experiência são de extrema importância e apesar de distintas umas das outras, complementam-se.

10

FATORES FACILITADORES DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO

SEGUNDO (CARVALHO 2016, P.80)

a) Experiência profissional anterior;
b) Formação pós-graduada;
c) Formação contínua;
d) Motivação para a mudança;
e) Acolhimento da equipa;
f) Características do enfermeiro integrador;
g) Disponibilidade do enfermeiro integrador e da equipa para o processo de integração;
h) Observação prévia das técnicas.

Manual de Integração de Enfermeiros
Unidade Cirurgia Ambulatório

11

FATORES DIFICULTADORES NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO

SEGUNDO (CARVALHO 2016, P.80)

a) A inexistência de um plano de formação;
b) Falta de recursos humanos;
c) Gestão do horário;
d) Falta de enfermeiro integrador;
e) Duração do tempo de integração;
f) A inexperiência na área;
g) Contratos de curta duração.

Manual de Integração de Enfermeiros
Unidade Cirurgia Ambulatório

12

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO INTEGRADOR

(Ordem dos enfermeiros, 2010, p22)

→A nomeação do enfermeiro integrador é da responsabilidade do enfermeiro Gestor/Coordenador da Unidade de Cirurgia de Ambulatório, devendo ser selecionado um a dois elementos do serviço que se destaquem pelas suas competências nas áreas específicas da integração;

→Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica com Especialização na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória;

→Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica com experiência em cirurgia de ambulatório;

→Experiência em Cirurgia de Ambulatório igual ou superior a 3/6 meses (peritos da AESOP);

→Atividade profissional na área a integrar superior a 75% do tempo de trabalho;

→Competência acrescida em supervisão clínica.

Manual de Integração de Enfermeiros

13

Atividades do enfermeiro integrador e do enfermeiro em integração

Atividades do enfermeiro integrador	Atividades do enfermeiro em integração
→Atuar como recurso e "Modelo" de atuação e de consulta	Demonstrar conhecimentos das regras e procedimentos do processo de integração.
→Criar uma atmosfera que promova a aprendizagem e a confiança;	Conhecer os objetivos do programa de integração
→Conhecer os objetivos e os recursos a utilizar;	Comunicar as suas necessidades de aprendizagem ao integrador.
→Planear as ações a desenvolver com o integrando, de modo a este conjugar os seus objetivos com os do programa;	Facilitar a orientação e a avaliação do processo de integração;
Supervisionar o desempenho do enfermeiro a integrar;	Manter com o enfermeiro chefe e integrador espaços de reflexão sobre a sua evolução no processo de integração;
→Manter o horário previamente fixado.	Manter o horário previamente fixado

Manual de Integração de Enfermeiros

14

O papel do enfermeiro integrador mais do que alguém com experiência e conhecimentos, é antes de mais um colega, numa relação adulta, de ajuda dialogante, aberta e espontânea, autêntica ,cordial e empática, acrescentando que as situações de supervisão, se devem caracterizar por uma relação interpessoal, dinâmica, encorajante e facilitadora de um processo de desenvolvimento e aprendizagem consciente e comprometido (Alarcão, 1987 página 85).

Saber;
saber fazer;
saber estar;
querer fazer;
poder fazer.

15

Aplicabilidade do processo de integração

Manual de Integração de Enfermeiros

A área a iniciar será definida de acordo com as necessidades individuais e do serviço;

O enfermeiro integrando será um elemento supranumerário;

Durante o período de integração, o novo enfermeiro não deverá ter funções atribuídas;

O enfermeiro integrando não deve ser utilizado para fazer face às necessidades do serviço, substituindo outros elementos que possam faltar;

O horário do enfermeiro integrando deverá ser coincidente com o do enfermeiro integrador;

Devem ser evitadas trocas, e dentro do possível o enfermeiro integrando majustar o seu horário ao enfermeiro integrador;

O enfermeiro integrador deve demonstrar otimismo e disponibilidade, expressas não só em palavras, mas também em atitudes, para que o novo elemento saiba que pode contar com a sua ajuda e apoio.

16

Aplicabilidade do processo de integração

É necessário ter em conta se o integrando tem experiência profissional na área do Perioperatório Se o enfermeiro em integração já tiver experiência em periodo Perioperatório, o periodo de integração será ajustado mediante o nível de conhecimentos e competências que este demonstre ter.

O enfermeiro integrando só poderá contar como elemento da equipa nas áreas em tenha completado a formação.

No final de cada fase, é realizada uma avaliação do processo formativo, ao longo do processo de integração com o enfermeiro integrador.

17

FASES DO PROGRAMA DE INTEGRAÇAO

- Acolhimento
- Anestesia
- Circulação
- Instrumentação
- Recobro I
- recobro II (consulta pré-operatória, telefonema das 48h pré-operatório, teleconsulta pediátrica, admissão do doente, preparação do doente no dia da cirurgia, cuidados pós-operatórios, telefonema das 24h pós-operatórias).
- Durante o período de integração serão realizadas obrigatoriamente três entrevistas; inicial (Anexo I), intercalar e final. (Anexo II(e (Anexo III).

18

TEMPOS DE INTEGRAÇÃO NO BLOCO OPERATÓRIO

Manual de Integração de Enfermeiros

Segundo o Parecer nº78/2017 da Ordem dos Enfermeiros juntamente com a Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses (AESOP), num bloco operatório estão identificadas três categorias de experiência profissional;

-Enfermeiros sem experiência profissional: 1 ano e meio;

- Enfermeiros com experiência profissional: 1 ano;

- Enfermeiro com experiência em bloco operatório: 6 meses

19

Segundo a "Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem" emanada pela Ordem dos Enfermeiros em 2014 (Regulamento nº 533/2014 do Diário da República n.º 233/2014, Série II de 2014-12-02), é obrigatório estarem preenchidos as três funções – enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista – para que se possa dar início a uma cirurgia seja ela programada ou urgente.

Manual de Integração de Enfermeiros

20

ENFERMEIRO DE ANESTESIA

Manual de Integração de Enfermeiros

Metodologia:

Enfermeiros sem experiência em bloco operatório. Duração:6 meses

Enfermeiros com experiência em bloco operatório: Duração: 2-3 meses

21

ENFERMEIRO CIRCULANTE

Manual de Integração de Enfermeiros

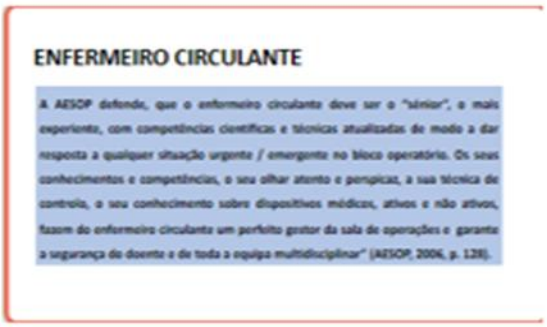
Metodologia:

Enfermeiros sem experiência em bloco operatório. Duração:6 meses

Enfermeiros com experiência em bloco operatório: Duração: 2-3 meses

Avaliação: (Anexo II) (Anexo III)

22

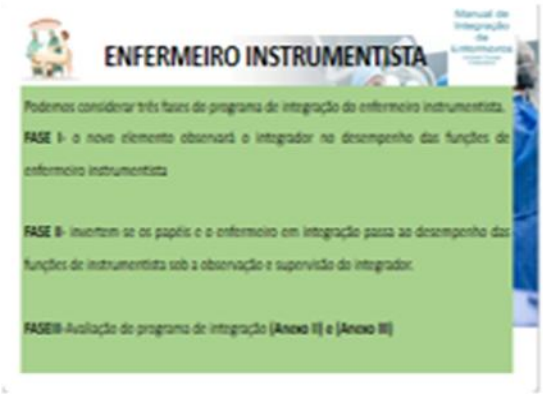


23

24

25

26



27

28

ENFERMEIRO RECOBRO I

Metodologia:

Enfermeiros sem experiência em bloco operatório. **Duração:6 meses**
Enfermeiros com experiência em bloco operatório: **Duração: 3 meses**
(AESOP 2006)

Avaliação: (Anexo II) (Anexo III)

29

ENFERMEIRO RECOBRO I

A necessidade de criar um espaço onde o doente recuperasse da anestesia acompanhado por profissionais experientes e capazes de atuar face a qualquer emergência. O doente chega ao recobro após ter terminado a cirurgia e já acordado da anestesia, permanecendo aí até que haja um "regresso dos reflexos protetores da via aérea, estabilização das funções vitais, reversão dos bloqueios regionais e um nível de cooperação próximo do que tinha antes do ato anestésico cirúrgico" (AESOP, 2006, p. 156).

30

ENFERMEIRO RECOBRO I

As funções do enfermeiro do recobro I são muito importantes. O doente no período de pós-operatório imediato encontra-se muito fragilizado e exposto a vários riscos, sejam eles associados à administração de medicação anestésica como à intervenção cirúrgica a que foi submetido. Em último caso estas complicações podem ser severas e conduzir à morte para além da dor a que está sujeito e que o expõem a vários riscos acrescidos.

No recobro, procura-se que haja uma avaliação criteriosa do doente de forma permanente, tentando sempre antecipar e prevenir quaisquer complicações sejam elas anestésicas ou cirúrgicas, possibilitando uma atuação imediata e de forma competente sempre que surja alguma complicação (AESOP, 2006).

31

ENFERMEIRO RECOBRO I

ATIVIDADES A DESENVOLVER

Preparação da unidade para acolher o doente;
Avaliação inicial;
Estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem;
Elaboração do plano de cuidados;
Implementação do plano de cuidados elaborado;
Avaliação;
Preparação para a alta / transferência para o recobro II.

32

ANEXO V-CRONOGRAMA DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS DA UCA

Meses / Dias / Objetivos	1-2 Dias	1 Semana	3 Meses	6 Meses	12 Meses	18 Meses	Entrevista Inicial	Avaliação
Acolhimento								
Conhecimento da estrutura física e organização da UCA								
Enfermeiro de Anestesia								
Enfermeiro Circulante								
Enfermeiro Instrumentista				FASE I	FASE II			FASE III
Enfermeiro Recobro I								
Pesquisa Bibliográfica								

33

34

No desempenho das funções, o processo de integração é determinante no sucesso da adaptação do profissional à organização e consequentemente no seu desempenho profissional. É um processo individual e flexível onde cada enfermeiro tem uma história de vida tem experiências, atitudes e ritmos diferentes, os quais devem ser considerados.

É através da integração que o indivíduo aprende o sistema de valores, normas e padrões de comportamento requeridos pela organização (CHIAVENATO,2001) levando a uma mudança de atitudes e comportamentos de forma a adquirir novas competências.

35

CONCLUSAO

Tendo em conta a complexidade e a exigência do trabalho dos enfermeiros em bloco operatório, percebe-se a necessidade que há de ter profissionais bem integrados, que conheçam e desempenhem as funções de forma correta e com profissionalismo. Quando o plano de integração é realizado de forma correta, o profissional é induzido a ser mais produtivo num menor espaço de tempo, evita a ocorrência de erros por parte do novo elemento na execução das suas funções , diminui a ansiedade do elemento em integração, deixando-o mais tranquilo e apto a captar todas as informações.

A experiência aumenta a autoconfiança: capacidade em colocar questões, considerar opções de cuidados, implementar intervenções e confiança na sua competência.

36

ESTRATÉGIAS DE MELHORIA CONTÍNUA NO PROCESSO DE INTEGRAÇAO - INTRAOPERATÓRIO

Continuar workshops e vídeos de formação em vários contextos do Perioperatório;
Diversidades dos workshops;
Criar um guia standard para a prática simulada em contexto Perioperatório;
Fomentar a prática simulada como uma mais valia no processo de integração;
Disponibilizar os protocolos e o Manual de Integração de Enfermeiros da UCA como suporte no processo de integração, em ambiente de trabalho dos computadores do serviço –Documentos UCA –BO

37

Embora seja verdade que ninguém é perfeito, a perfeição deve ser um objetivo quando a meta é a segurança da pessoa e da equipa

38

O enfermeiro especialista intervém no planeamento e implementação da formação e treino da equipa interdisciplinar.
(Regulamento n.º 429/2018, de 16 de Julho, 2018).

Uma equipa motivada e com formação contínua, especializada e bem direcionada, é uma equipa mais competente e mais capaz, que a cada dia fica um passo mais perto da excelência de cuidados.

39

"O futuro do homem é viver num universo coletivo de inteligências comunicantes onde não haverá nem mestres que ensinem, nem discípulos que aprendam. Todos aprenderão com todos."

Daniel Serrão

Obrigada pela Atenção

40

APÊNDICE XI: CERTIFICADO DE FORMAÇÃO "APRESENTAÇÃO DO MANUAL DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO DA UCA"

Certifica-se que **PAULA CRISTINA BASTOS MACHADO**, foi Formador(a) do Curso **"Apresentação do manual de integração de enfermeiros no bloco operatório"**, integrado na Formação em Serviço, que decorreu no(s) dia(s) **"26 de Janeiro de 2024"**, com a duração de 01:00 horas.

Vila Nova de Gaia, 26 janeiro de 2024

O Diretor do Serviço de Formação

(Dr. Tiago Oliveira)

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Apresentação do manual de integração de enfermeiros no bloco operatório

Conteúdo Programático

MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

ÁREA DE FORMAÇÃO: 729 – Saúde - Programas não classificados noutra área de formação

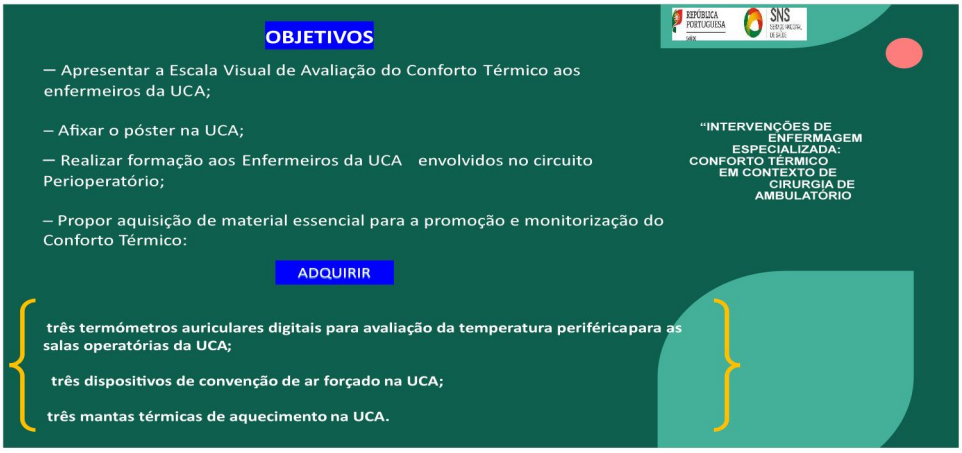
COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS:

Apresentação do manual de integração para enfermeiros no bloco operatório da UCA

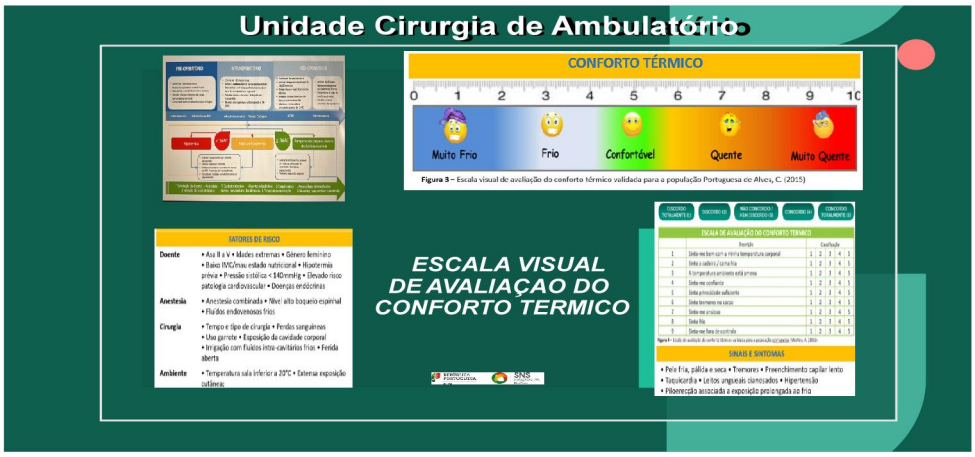
APÊNDICE XII: SESSÃO DE FORMAÇÃO—INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO".
Trabalho realizado no âmbito 3º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico -Cirúrgica-
Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória
Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II
Autora: Paula Machado
Tutora :Sónia Teixeira
Orientador: Jorge Moreira
FEVEREIRO 2024
CONFORTO TÉRMICO
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Muito Frio
Frio
Confortável
Quente
Muito Quente
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

1


OBJETIVOS
– Apresentar a Escala Visual de Avaliação do Conforto Térmico aos enfermeiros da UCA;
– Afixar o póster na UCA;
– Realizar formação aos Enfermeiros da UCA envolvidos no circuito Perioperatório;
– Propor aquisição de material essencial para a promoção e monitorização do Conforto Térmico:
ADQUIRIR
três termómetros auriculares digitais para avaliação da temperatura periféricapara as salas operatórias da UCA;
três dispositivos de convenção de ar forçado na UCA;
três mantas térmicas de aquecimento na UCA.
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

2


Unidade Cirurgia de Ambulatório
CONFORTO TÉRMICO
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Muito Frio
Frio
Confortável
Quente
Muito Quente
Figura 3 – Escala visual de avaliação do conforto térmico validada para a população Portuguesa de Alves, C. (2015)
FATORES DE RISCO
Doente
Anestesia
Cirurgia
Ambiente
ESCALA VISUAL DE AVALIAÇAO DO CONFORTO TERMICO
ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONFORTO TÉRMICO
SINAIS E SINTOMAS
• Pele fria, pálida e seca • Tremores • Preenchimento capilar lento
• Taquicardia • Lettos ungueais cianosados • Hipertensão
• Piloerecção associada à exposição prolongada ao frio

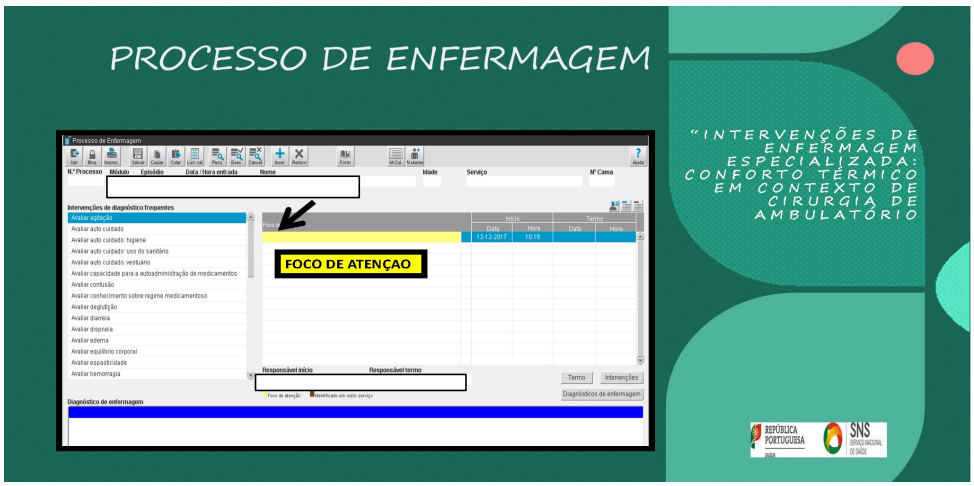
3

AVALIAR CONFORTO TERMICO SEGUNDO A ESCALA VISUAL DO CONFORTO
CHECKLIST - PRÉ-OPERATÓRIO
INTRAOPERATÓRIO- RECOBRO I
PÓS-OPERATÓRIO- RECOBRO II
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

4

"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
Registos de Enfermagem/Intervenções de Enfermagem
SClinico
Temperatura corporal ;
Nível de conforto térmico;
Risco de hipotermia;
Dispositivos de aquecimento.
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

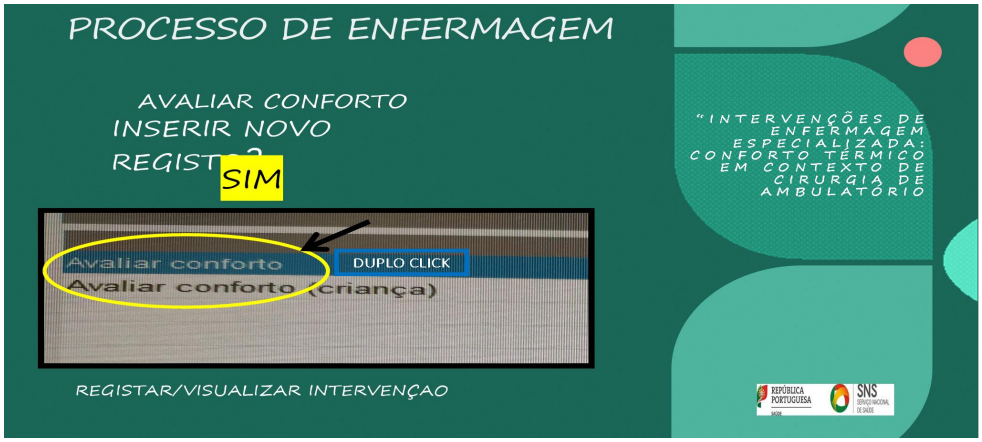
5


PROCESSO DE ENFERMAGEM
FOCO DE ATENÇAO
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

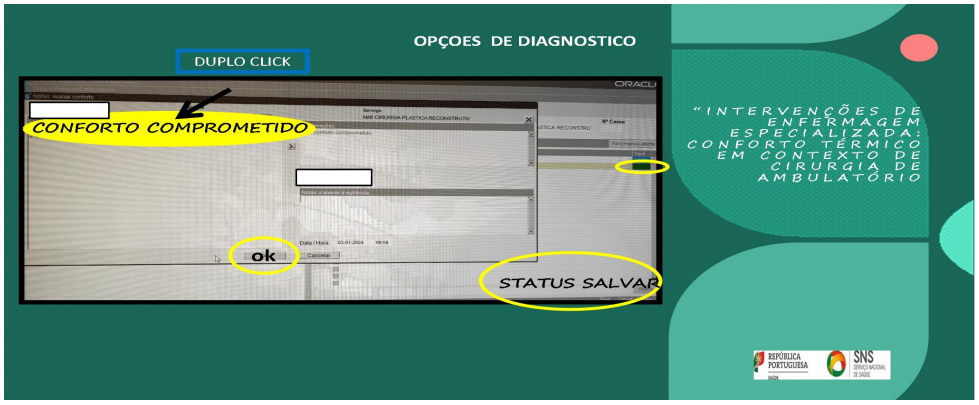
6

PROCESSO DE ENFERMAGEM
- Estabelecer Diagnósticos de Enfermagem -
ESCREVER CONFORTO
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

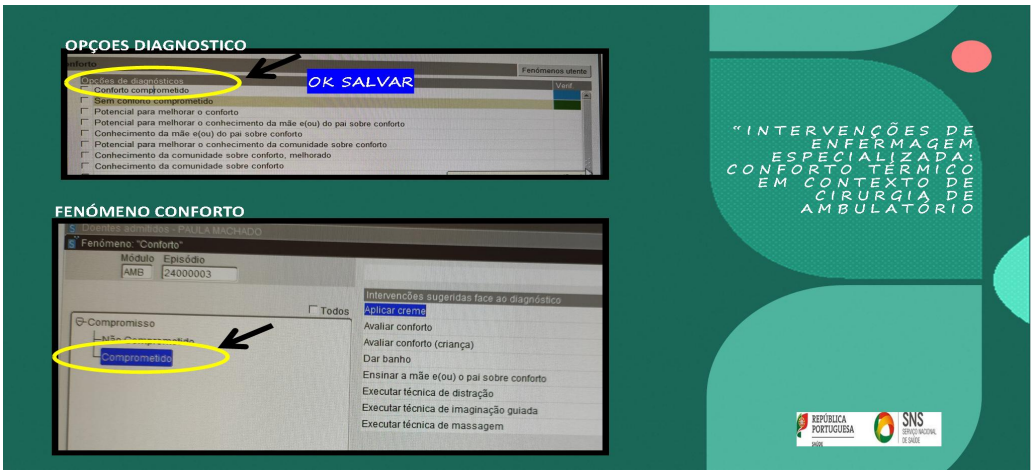
7


PROCESSO DE ENFERMAGEM
AVALIAR CONFORTO
INSERIR NOVO
SIM
Avaliar conforto
Avaliar conforto (criança)
DUPLO CLICK
REGISTAR/VISUALIZAR INTERVENÇAO
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

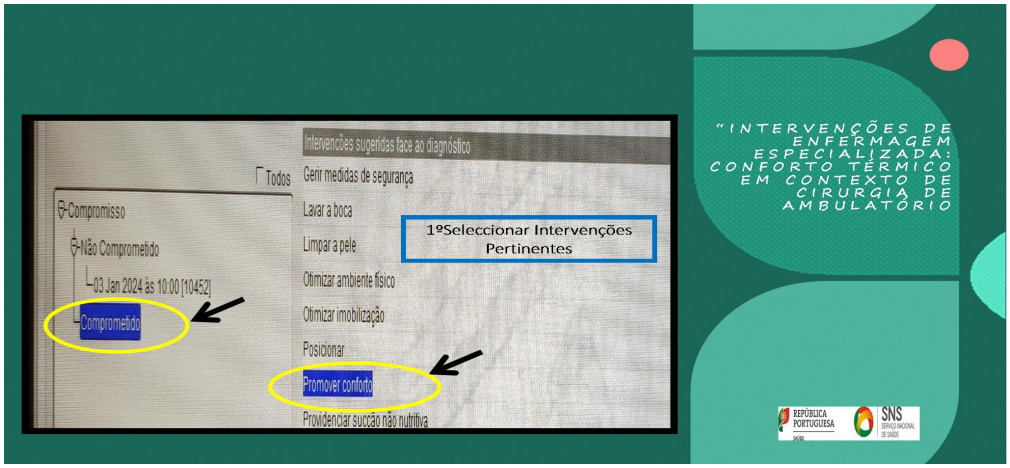
8


OPÇOES DE DIAGNOSTICO
DUPLO CLICK
CONFORTO COMPROMETIDO
ok
STATUS SALVAR
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

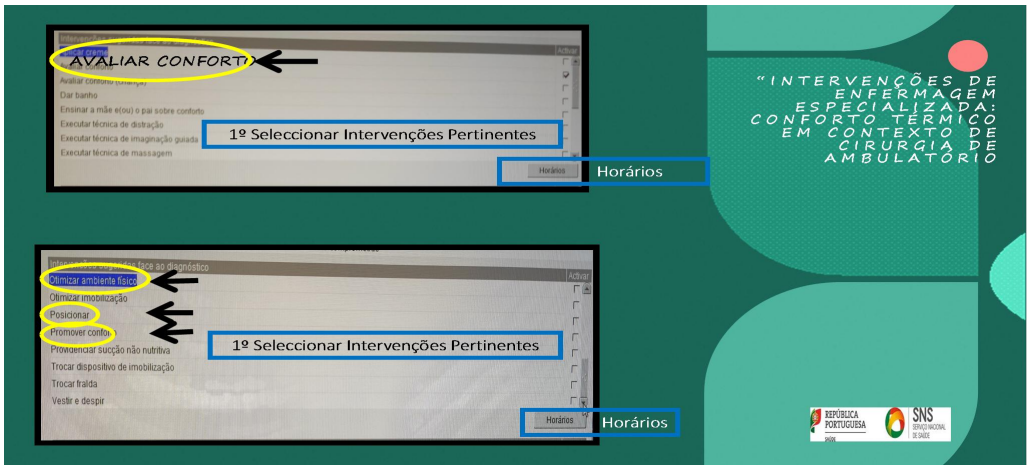
9


OPÇOES DIAGNOSTICO
OK SALVAR
FENÓMENO CONFORTO
Fenómeno: "Conforto"
Módulo Episódio
AMB 24000003
Todos
Compromisso
Comprometido
Intervenções sugeridas face ao diagnóstico
Aplicar creme
Avaliar conforto
Avaliar conforto (criança)
Dar banho
Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre conforto
Executar técnica de distração
Executar técnica de imaginação guiada
Executar técnica de massagem
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

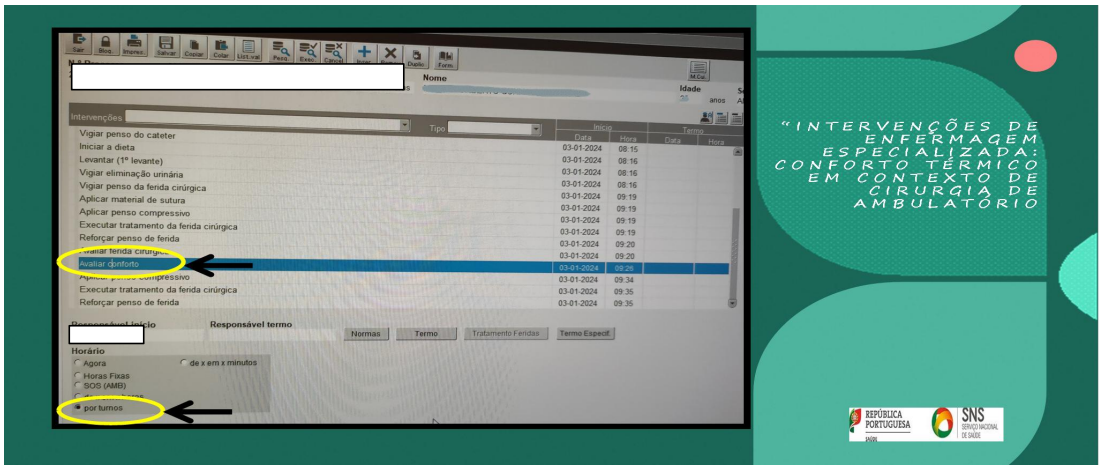
10


Intervenções sugeridas face ao diagnóstico
Todos
Gerir medidas de segurança
Compromisso
Não Comprometido
03 Jan 2024 às 10:00 [10452]
Comprometido
Lavar a boca
Limpar a pele
1ºSeleccionar Intervenções Pertinentes
Optimizar ambiente físico
Optimizar imobilização
Posicionar
Promover conforto
Providenciar sucção não nutritiva
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

11


AVALIAR CONFORTO
Dar banho
Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre conforto
Executar técnica de distração
Executar técnica de imaginação guiada
Executar técnica de massagem
1º Seleccionar Intervenções Pertinentes
Horários
Optimizar ambiente físico
Optimizar imobilização
Posicionar
Promover conforto
Providenciar sucção não nutritiva
Trocar dispositivo de imobilização
Trocar fralda
Vestir e despir
1º Seleccionar Intervenções Pertinentes
Horários
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

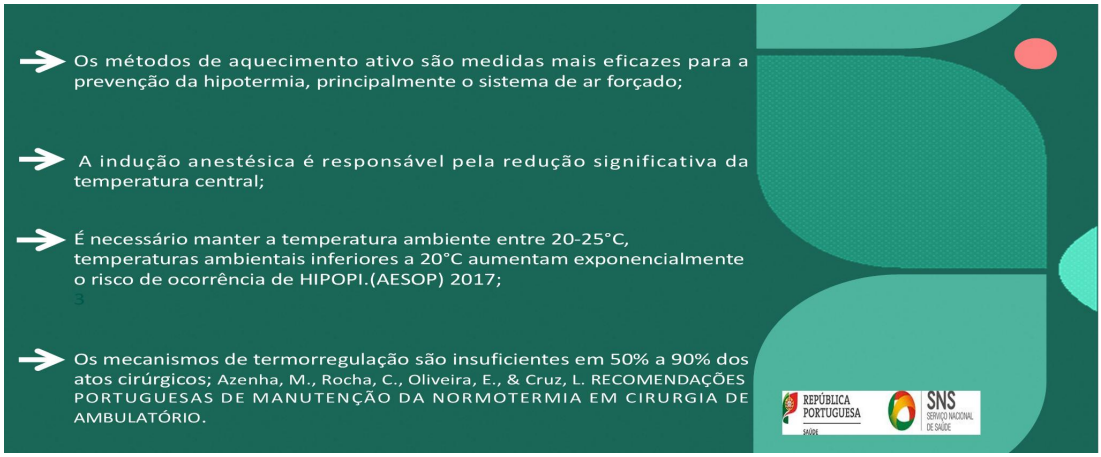
12


"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
Nome
Idade
Intervenções
Tipo
Vigiar penso do cateter
Iniciar a dieta
Levantar (1º levante)
Vigiar eliminação urinária
Vigiar penso da ferida cirúrgica
Aplicar material de sutura
Aplicar penso compressivo
Executar tratamento da ferida cirúrgica
Reforçar penso de ferida
Avaliar conforto
Executar tratamento da ferida cirúrgica
Reforçar penso de ferida
Responsável termo
Normas
Termo
Tratamento Feridas
Termo Especif.
Horário
Agora
de x em x minutos
Horas Fixas
SOS (AMB)
por turnos
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

13

METODOLOGIA
Planear
Executar
Agir
VERIFICAR "estudar"
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
Normotermia
Termorregulação
Formas de perda de calor
Hipotermia inadvertida
Formas de medição de temperatura central
Posicionamentos cirúrgicos
Período Perioperatório
Medidas de aquecimento
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

14


Os métodos de aquecimento ativo são medidas mais eficazes para a prevenção da hipotermia, principalmente o sistema de ar forçado;
A indução anestésica é responsável pela redução significativa da temperatura central;
É necessário manter a temperatura ambiente entre 20-25°C, temperaturas ambientais inferiores a 20°C aumentam exponencialmente o risco de ocorrência de HIPOPI.(AESOP) 2017;
Os mecanismos de termorregulação são insuficientes em 50% a 90% dos atos cirúrgicos; Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, E., & Cruz, L. RECOMENDAÇÕES PORTUGUESAS DE MANUTENÇÃO DA NORMOTERMIA EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO.
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

15

- Valores considerados para normotermia perioperatória ≥35,5ºC ,norma DGS nº20/2015;
  Em cirurgia de ambulatório é preconizado temperatura > 36ºC segundo as recomendações Portuguesas de Manutenção da Normotermia em cirurgia de ambulatório
- As medidas de prevenção da hipotermia, são fundamentais para a manutenção da normotermia perioperatória
- O risco de Hipotermia Inadvertida Perioperatória (HIP – temperatura central inferior a 36º C), durante o processo cirúrgico é um diagnóstico que ocorre em 26 a 90% dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos relacionada com os agentes anestésicos e exposição a um ambiente frio (Azenha et al., 2017).
- A HIP pode ter início desde uma hora antes da indução anestésica até 24 horas pós-operatório (Oden et al., 2022).

"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

REPÚBLICA PORTUGUESA SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

16

HIPOTERMIA PERIOPERATÓRIA INADVERTIDA

Termómetro auricular digital – Recobro II

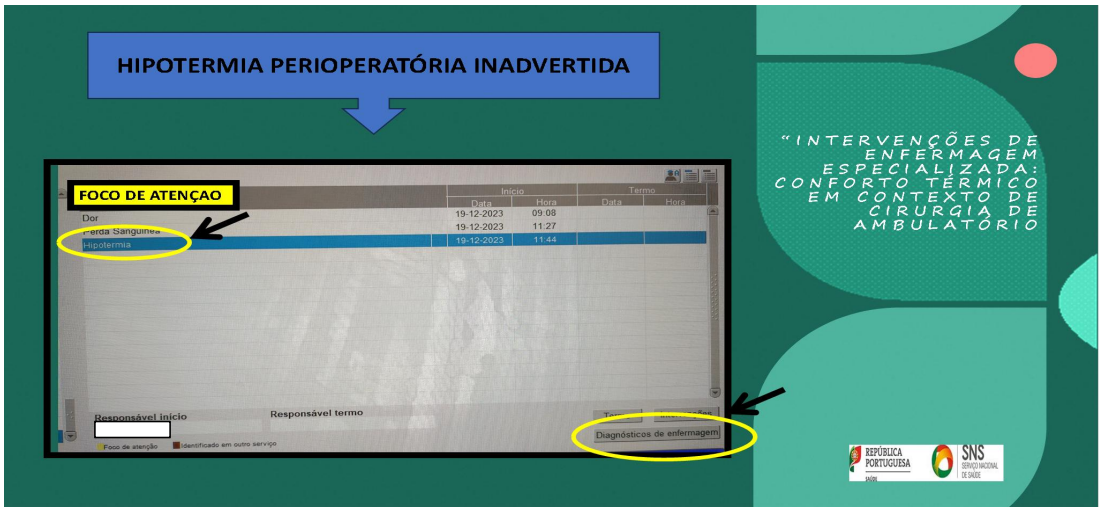
PRÉ-OPERATORIO CHECKLIST
Temperatura Corporal (≥ 36ºC ≤ 38º C)

Caso Temperatura corporal <36ºC fazer pré aquecimento

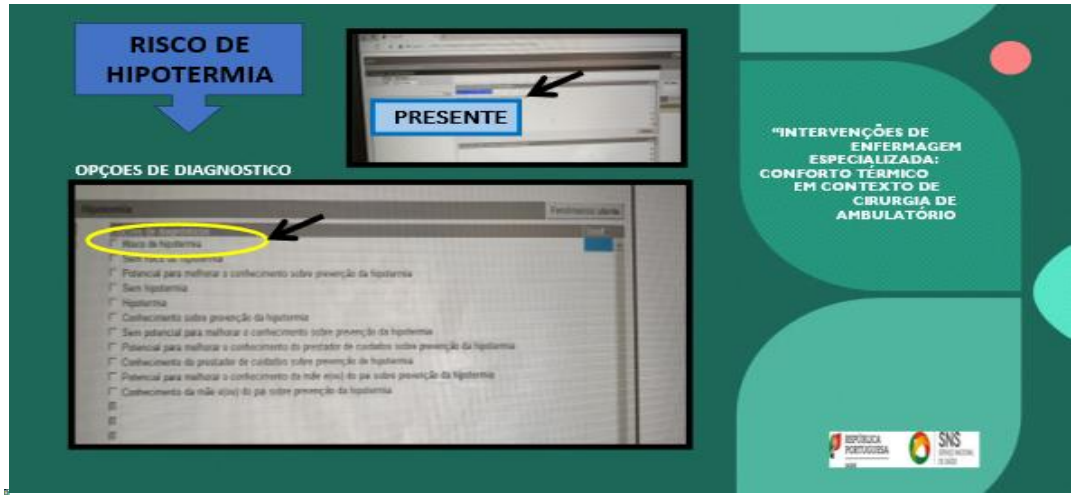
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

REPÚBLICA PORTUGUESA SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

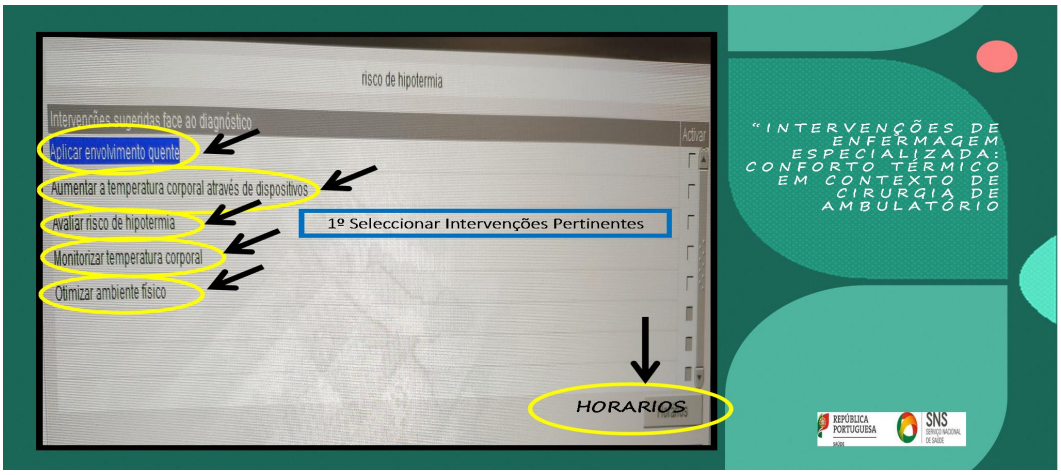
17


HIPOTERMIA PERIOPERATÓRIA INADVERTIDA
FOCO DE ATENÇAO
Dor
Perda Sanguínea
Hipotermia
Início
Termo
Data
Hora
19-12-2023
09:08
19-12-2023
11:27
19-12-2023
11:44
Responsável início
Responsável termo
Diagnósticos de enfermagem
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

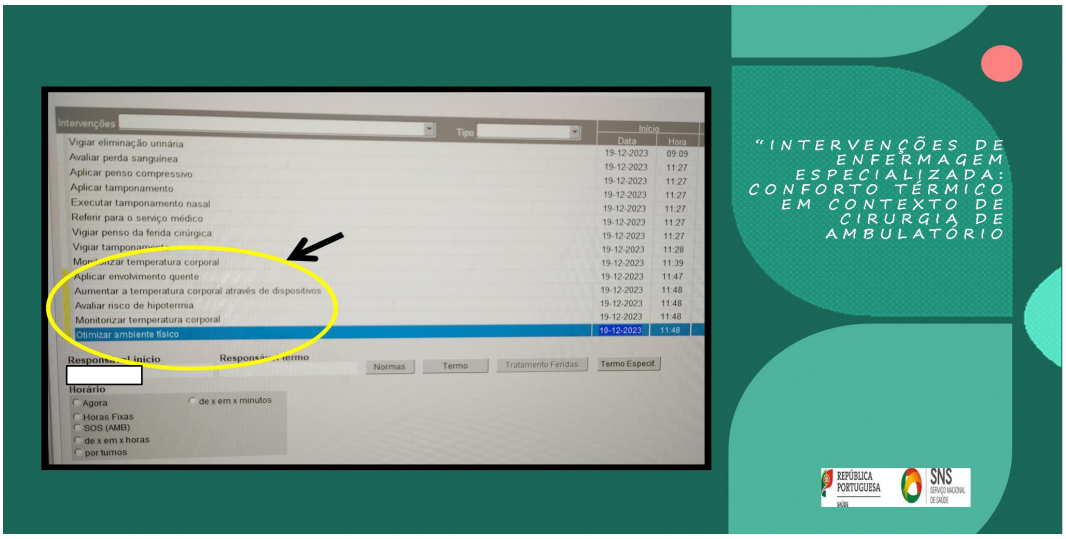
18


RISCO DE HIPOTERMIA
PRESENTE
OPÇOES DE DIAGNOSTICO
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
SNS

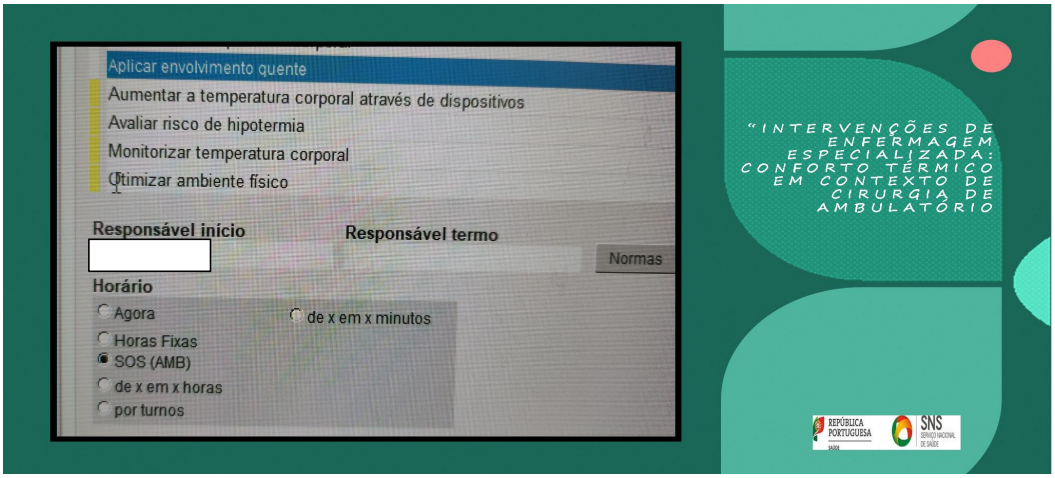
19


risco de hipotermia
Intervenções sugeridas face ao diagnóstico
Aplicar envolvimento quente
Aumentar a temperatura corporal através de dispositivos
avaliar risco de hipotermia
Monitorizar temperatura corporal
Otimizar ambiente físico
1º Seleccionar Intervenções Pertinentes
HORARIOS
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

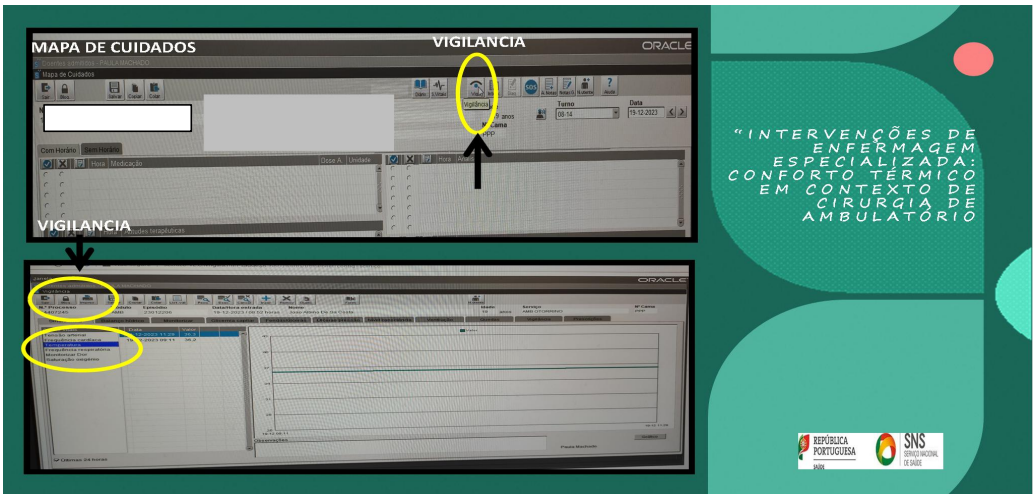
20


Intervenções
Tipo
Vigiar eliminação urinária
Avaliar perda sanguínea
Aplicar penso compressivo
Aplicar tamponamento
Executar tamponamento nasal
Referir para o serviço médico
Vigiar penso da ferida cirúrgica
Aplicar envolvimento quente
Aumentar a temperatura corporal através de dispositivos
Avaliar risco de hipotermia
Monitorizar temperatura corporal
Optimizar ambiente físico
Normas
Termo
Tratamento Feridas
Termo Especif.
Horário
Agora
Horas Fixas
SOS (AMB)
de x em x horas
por turnos
de x em x minutos
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

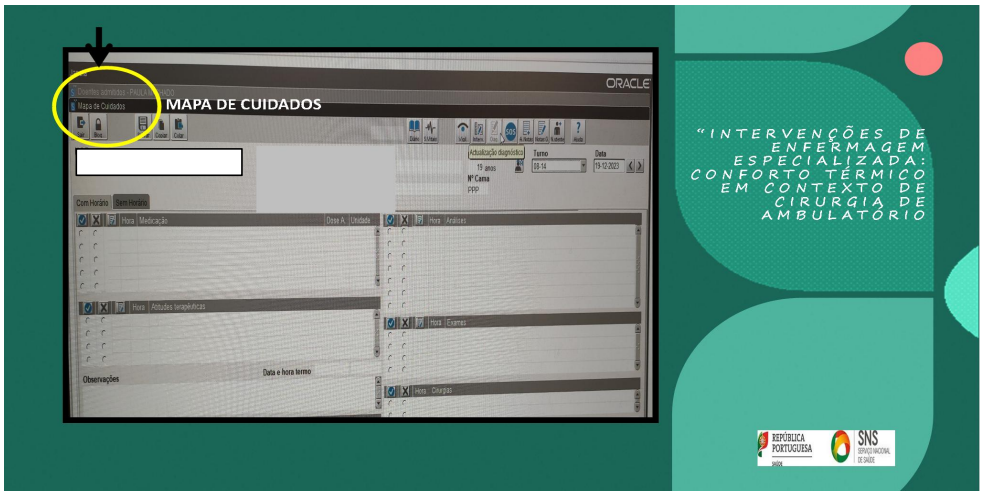
21


Aplicar envolvimento quente
Aumentar a temperatura corporal através de dispositivos
Avaliar risco de hipotermia
Monitorizar temperatura corporal
Optimizar ambiente físico
Responsável início
Responsável termo
Normas
Horário
Agora
Horas Fixas
SOS (AMB)
de x em x horas
por turnos
de x em x minutos
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

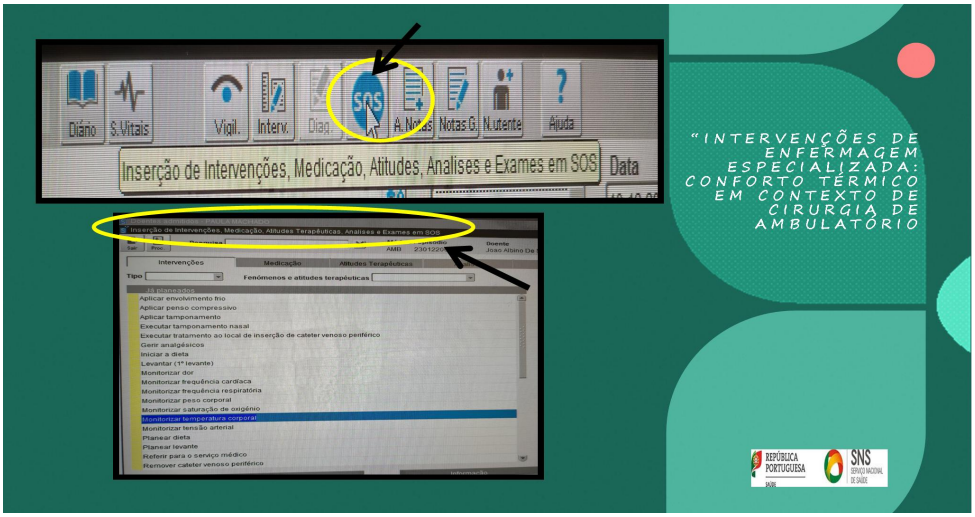
22


MAPA DE CUIDADOS
VIGILANCIA
ORACLE
VIGILANCIA
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

23


MAPA DE CUIDADOS
ORACLE
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

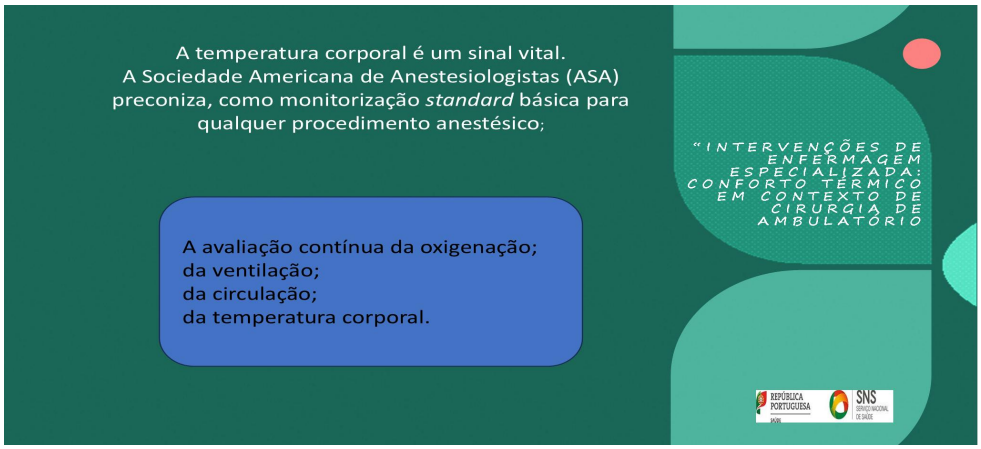
24


Diário
S.Vitais
Vigil.
Interv.
Diag.
A.Notas
Notas G.
N.utente
Ajuda
Inserção de Intervenções, Medicação, Atitudes, Analises e Exames em SOS
Data
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

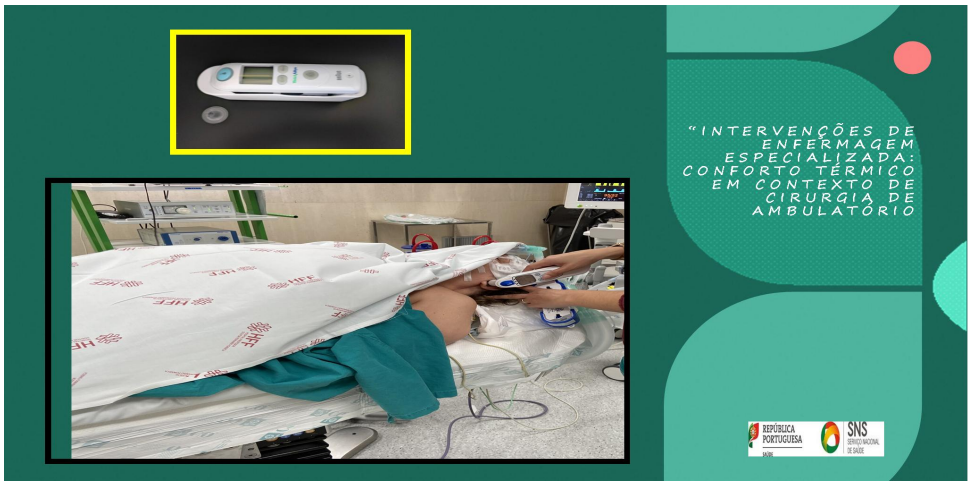
25

Diário
S.Vitais
Vigil.
Interv.
Diag.
A.Notas
Notas G.
N.utente
Ajuda
Sinais Vitais
Idade
19 anos
Nº Cama
PPP
Turno
08-14
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

26


A temperatura corporal é um sinal vital.
A Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) preconiza, como monitorização *standard* básica para qualquer procedimento anestésico;
A avaliação contínua da oxigenação;
da ventilação;
da circulação;
da temperatura corporal.
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

27


"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

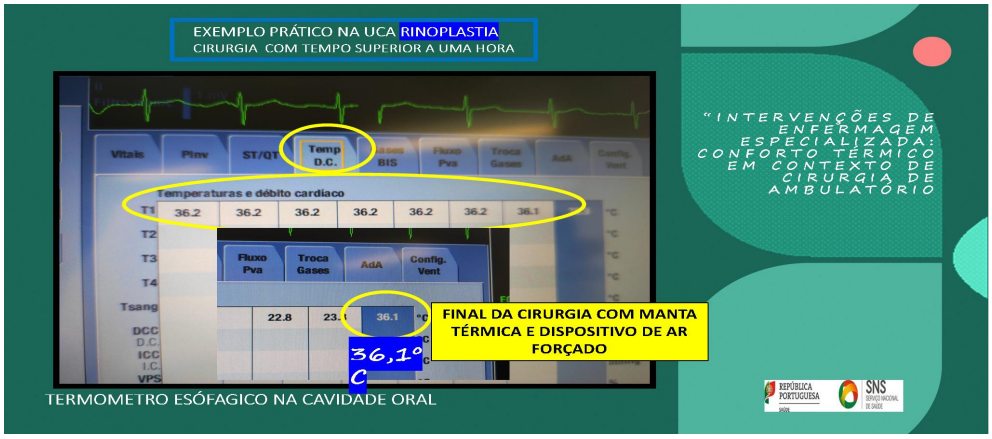
28

EXEMPLO PRÁTICO NA UCA RINOPLASTIA
CIRURGIA COM TEMPO SUPERIOR A UMA HORA
TENDENCIAS
TERMOMETRO ESÓFAGICO
SALAS OPERATÓRIAS DA UCA
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

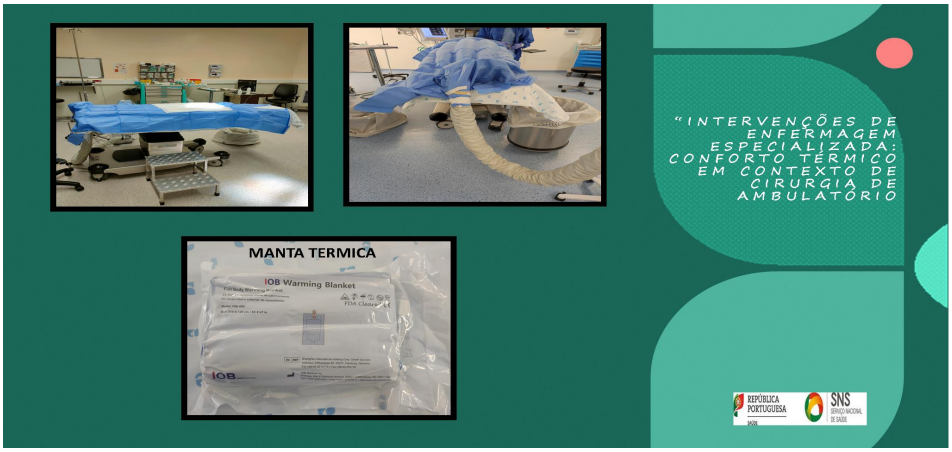
29

"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

30


EXEMPLO PRÁTICO NA UCA RINOPLASTIA
CIRURGIA COM TEMPO SUPERIOR A UMA HORA
Temperaturas e débito cardiaco
FINAL DA CIRURGIA COM MANTA TÉRMICA E DISPOSITIVO DE AR FORÇADO
36,1º C
TERMOMETRO ESÓFAGICO NA CAVIDADE ORAL
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

31


MANTA TERMICA
IOB Warming Blanket
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

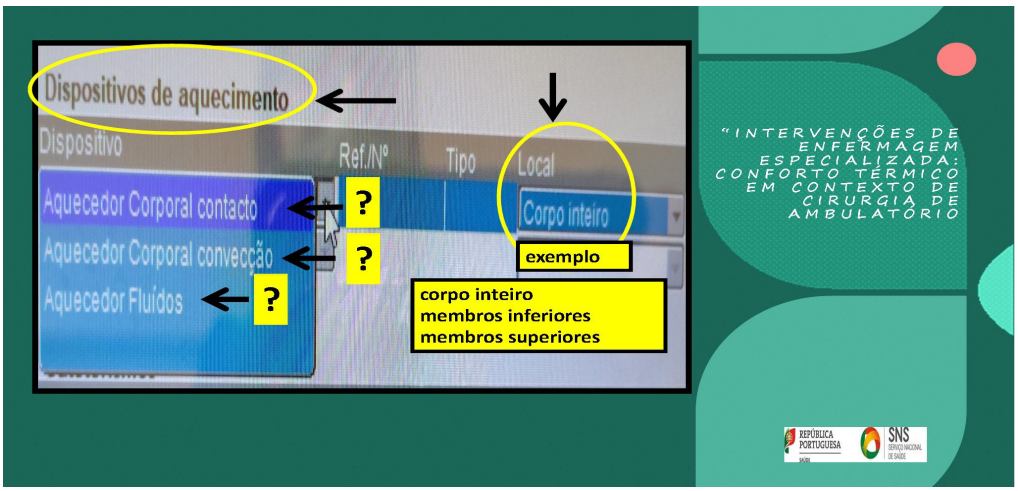
32

METODOS PASSIVOS DE MANUTENÇAO DA TEMPERATURA CORPORAL
• LENÇOIS AQUECIDOS
•SOROS DE LAVAGEM E FLUIDOTERAPIA ENDOVENOSA EM ESTUFAS DE AQUECIMENTO
•TEMPERATURA DA SALA OPERATÓRIA ENTRE 20-25º (AESOP),2017
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

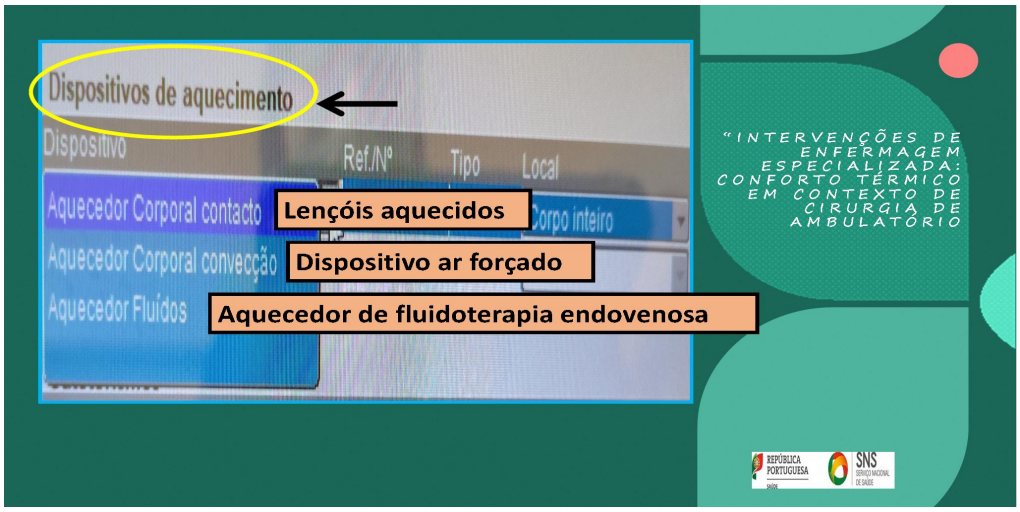
33

METODOS ATIVOS DE MANUTENÇAO DA TEMPERATURA CORPORAL
•AQUECEDOR DE FLUIDOTERAPIA ENDOVENOSA
•MANTA TERMICA
•AR QUENTE FORÇADO
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
TERMOMETRO AURICULAR DIGITAL DA TEMPERATURA PERIFÉRICA
SALA A
SALA B
+SALA C
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

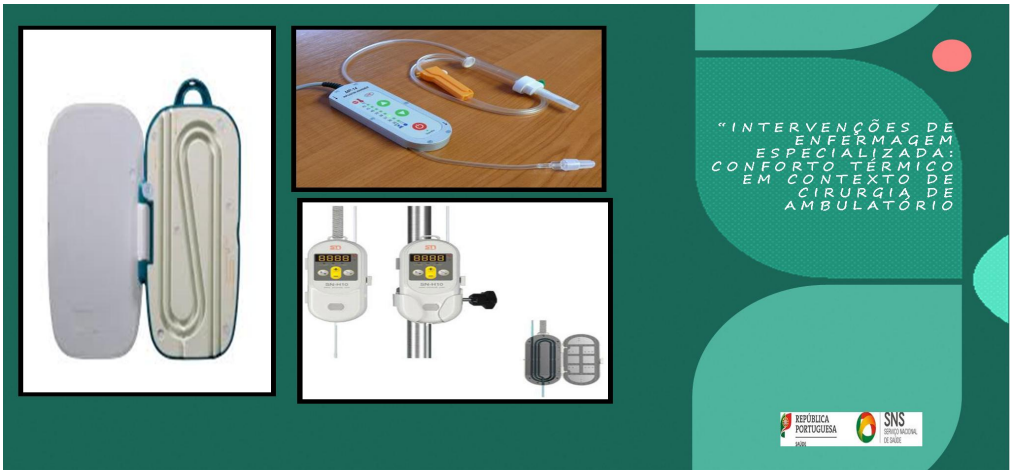
34


Dispositivos de aquecimento
Dispositivo
Ref./Nº
Tipo
Local
Aquecedor Corporal contacto
Aquecedor Corporal convecção
Aquecedor Fluídos
?
?
?
Corpo inteiro
exemplo
corpo inteiro
membros inferiores
membros superiores
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

35


Dispositivos de aquecimento
Dispositivo
Ref./Nº
Tipo
Local
Aquecedor Corporal contacto
Lençóis aquecidos
Corpo inteiro
Aquecedor Corporal convecção
Dispositivo ar forçado
Aquecedor Fluídos
Aquecedor de fluidoterapia endovenosa
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

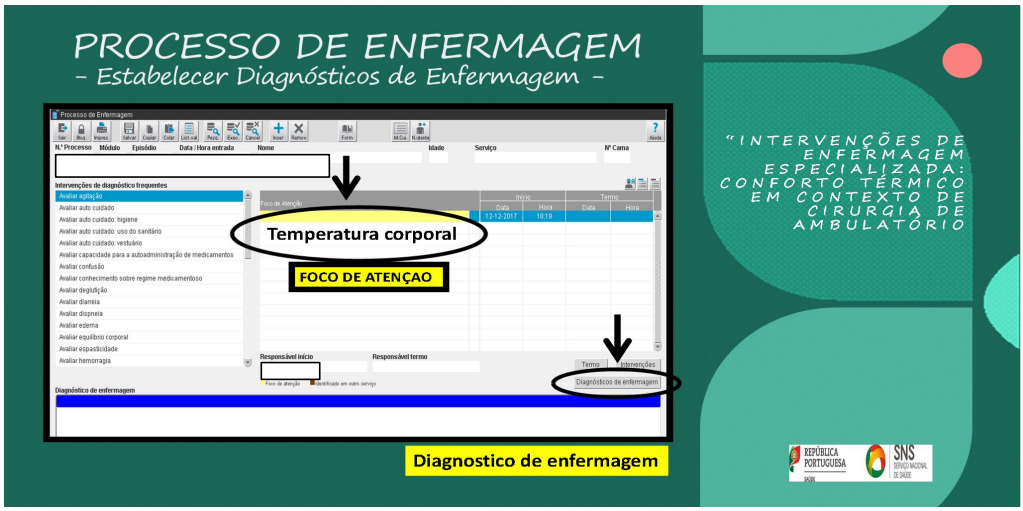
36


"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

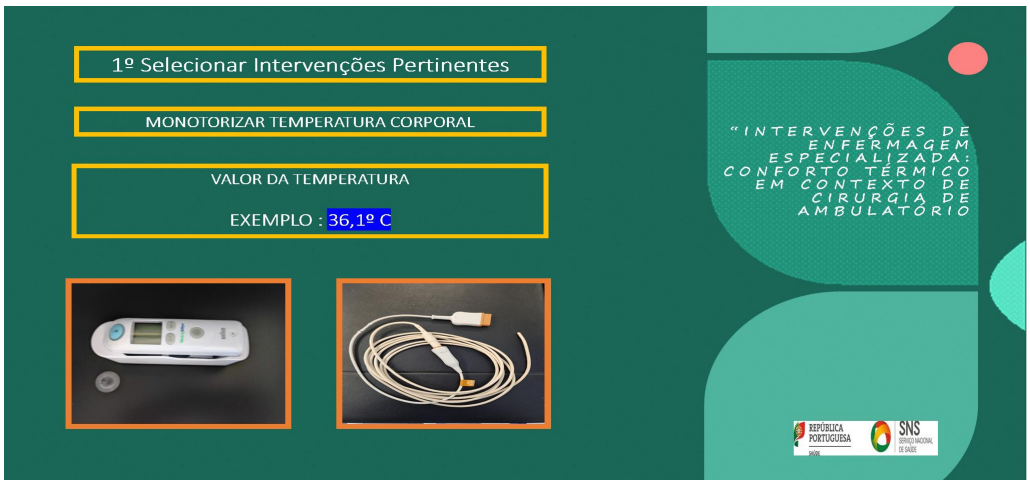
37

"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

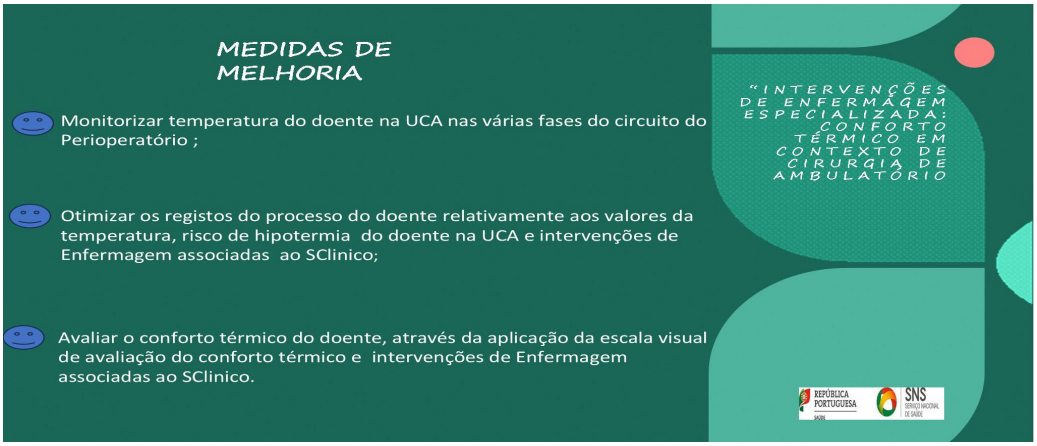
38


PROCESSO DE ENFERMAGEM
- Estabelecer Diagnósticos de Enfermagem -
Temperatura corporal
FOCO DE ATENÇAO
Diagnostico de enfermagem
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

39


1º Selecionar Intervenções Pertinentes
MONOTORIZAR TEMPERATURA CORPORAL
VALOR DA TEMPERATURA
EXEMPLO : 36,1º C
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

40


MEDIDAS DE MELHORIA
Monitorizar temperatura do doente na UCA nas várias fases do circuito do Perioperatório ;
Otimizar os registos do processo do doente relativamente aos valores da temperatura, risco de hipotermia do doente na UCA e intervenções de Enfermagem associadas ao SClinico;
Avaliar o conforto térmico do doente, através da aplicação da escala visual de avaliação do conforto térmico e intervenções de Enfermagem associadas ao SClinico.
"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS

41

GRELHA DE OBSERVAÇÃO

GRELHA DE OBSERVAÇÃO

Intervenções de Enfermagem Especializada na Avaliação do Conforto Térmico em Contexto de Cirurgia de Ambulatório

SERVIÇO: Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Momentos da Avaliação do Conforto Térmico: Perioperatório
Pré-operatório-CheckList/Sala de Preparação
Período Intraoperatório- Recobro I
Pós-Operatório- Recobro II

Data:
Periocidade da Observação: 6/6 meses
Enfermeiro Especialista:
Técnica Anestésica:
Cirurgia: Tempo de duração superior a uma hora

Critérios	Conforme	Não Conforme	N/A
Na avaliação do Conforto Térmico é utilizada a Escala de Avaliação do Conforto Térmico?			
Nível de conforto térmico é registado no SClinico?			
Os doentes intervencionados na UCA têm temperatura corporal periférica acima de 36,0ºC?			
Pré-aquecimento se o doente apresentar temperatura corporal abaixo de 36ºC?			
Notificação se o doente apresentar temperatura corporal periférica inferior a 36ºC?			
Uso de dispositivos de aquecimento no intraoperatório?			
Qual o tipo de dispositivo de aquecimento corporal utilizado? Manta térmica? Dispositivo de ar quente forçado? Aquecedor de fluidos? Lençóis quentes?			
Utilizado o termómetro digital de ouvido?			
Registos no SClinico do Risco de Hipotermia?			
Registos no SClinico da Avaliação do Conforto Térmico?			
Registos no SClinico da Temperatura Corporal periférica como sinal vital?			
Utilização do termómetro esofágico?			
A sala operatória encontra-se segundo a norma da AESOP? (20ºC-25ºC).			
Se temperatura da sala apresentar valores <20ºC e >25ºC é comunicado ao AVAC? (Aquecimento, Ventilação, Ar condicionado).			

"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

42

MUITO OBRIGADO

"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

43

APÊNDICE XIII: CERTIFICADO DE FORMAÇÃO "INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NO CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO"

Certifica-se que **Paula Cristina Bastos Machado**, foi Formador(a) do Curso **"Intervenções de enfermagem especializada do conforto térmico em contexto de cirurgia de ambulatório"**, que decorreu no(s) dia(s) "**22 de Fevereiro de 2024**", com a duração de 00:30 horas.

Vila Nova de Gaia, 22 fevereiro de 2024

Responsável do Serviço de Formação

Tiago André Gomes de Oliveira
(Diretor do Serviço de Formação)

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Intervenções de enfermagem especializada do conforto térmico em contexto de cirurgia de ambulatório

Conteúdo Programático

MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

ÁREA DE FORMAÇÃO: 729 – Saúde - Programas não classificados noutra área de formação

COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS:

Intervenções de enfermagem de conforto térmico em contexto de cirurgia de ambulatório

APÊNDICE XIV: FICHA TÉCNICA DE RINOPLASTIA DA UCA

RINOPLASTIA(ORL)

Cirurgia: Correção de imperfeições do nariz (ósseo e cartilagíneo).

– Alterações estéticas do nariz;

– Colapso da cartilagem ao respirar (cartilagem alar) que provoca Insuficiência nasal.

Campo cirúrgico: Campo universal/campo de cabeça e pescoço

Posicionamento/abordagem cirúrgica: Dorsal semi fowler /nariz

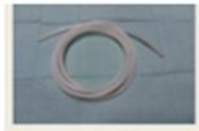
Material de apoio instrumental:

espelho frontal

MECHAS

LÂMINA DE BISTURI Nº 15

BISTURI ELÉCTRICO



TUBO DE ASPIRAÇÃO DE SILICONE

"ESMAGADOR" DE CARTILAGEM

PLACAS DE CONTENÇÃO NASAL

Descartável:

Seringa de 10ml

Caneta dermográfica

Agulha 23G(azul)

Cotonete comprido

Lamina nº 15

Placa de contenção nasal

Fios de sutura: seda 2/0

Fármacos:

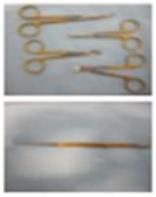
Pasta de cocaína 10%

Procedimento cirúrgico:

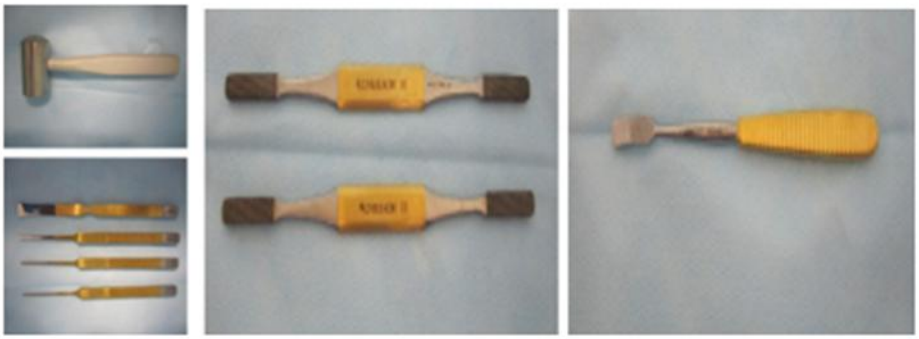
–Marcação dos pontos cirúrgicos

–Aplicação de pasta cocaína/infiltração nos tecidos com soro fisiológico

–Dissecar os tecidos que circundam as zonas ósseas a trabalhar;

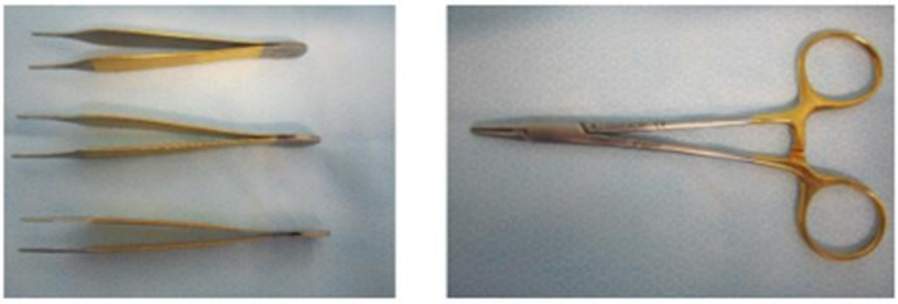


–Realizar as osteotomias bem como remover as imperfeições ósseas;



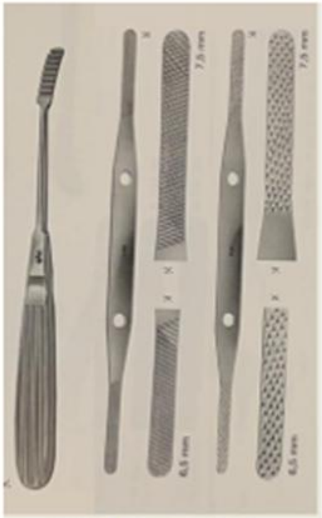
–Colocação de cartilagens de suporte (se necessário);

–Encerrar incisões;

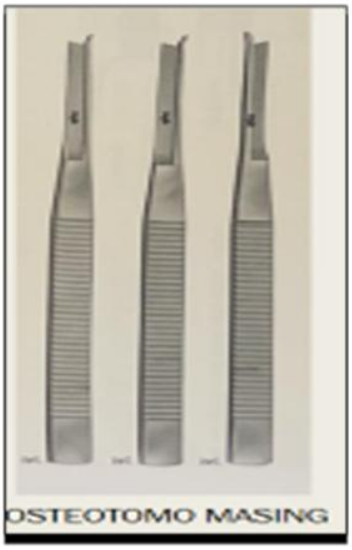


–Aplicação de tala moldadora e tamponamento apropriado,

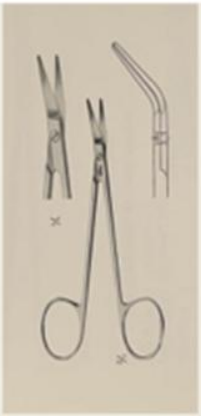
INSTRUMENTAL CIRURGICO



LIMAS DE OSSO FOMON



TESOURA PONTAS DELICADAS



TESOURA 40º

TESOURA PONTAS ROMBAS CURVAS

TESOURA PONTAS CURVAS DELICADAS

TESOURA COTTLE 45º

Mesa instrumental:

APÊNDICE XV: FICHA TÉCNICA DE ESTOMATOLOGIA DA UCA

|

FICHA TECNICA DE ESTOMATOLOGIA DA UCA

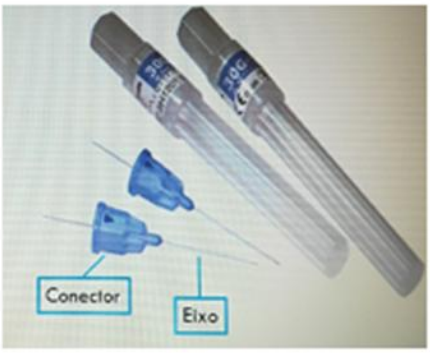
CIRURGIA: Restaurações/extrações dentárias/exerce de quistos;

Campo cirúrgico: Partes moles/campo cirúrgico com óculo;

Posicionamento/abordagem cirúrgica: Posição dorsal (colocação de almofada de gel cabeça) /boca.

Carro de apoio Estomatologia da UCA

Descartável:

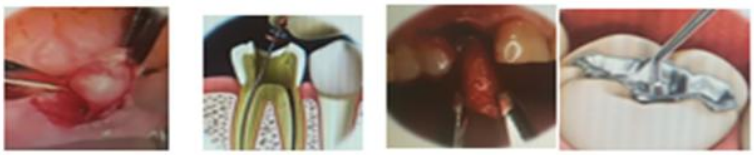


- Agulhas 30G
–seringa de 20ml;
–lamina nº 15;
–rolos de algodão/bolinhas de algodão;
–cobre- tubos;
–cânula de aspiração descartável nº 14/nº 21;
–placas hemostáticas (spongostan placas);
–frascos de água destilada para colocar no kart;
–Cateter endovenoso;
–Tantum verde para colocação no soro fisiológico (lavagem);
–Solução de iodopovidona para desinfeção á volta da boca;
–Tubo de aspiração.

Fios de sutura: Vicryl rapid 3/0; Vicryl rapid 4/0; Vicryl 3/0 agulha redonda (absorvível, sintético e polifilamente)

Fármacos: Lidocaína 2% (1,8ml)

Procedimento cirúrgico: – Deteção de cálculos e defeitos de esmalte;
–Deteção de cálculos subgengival;
–Deteção de defeitos de margens de restaurações.



Material de apoio instrumental: Caixa instrumental de estomatologia/material de apoio do carro da estomatologia da UCA; Kart

cânulas de aspiração

Rolos de algodão

Bolinhas de algodão

IONÓMERO DE VIDRO | IRM | COLTOSOL
IONÓMERO DE VIDRO CONVENCIONAL
IRM
COLTOSOL

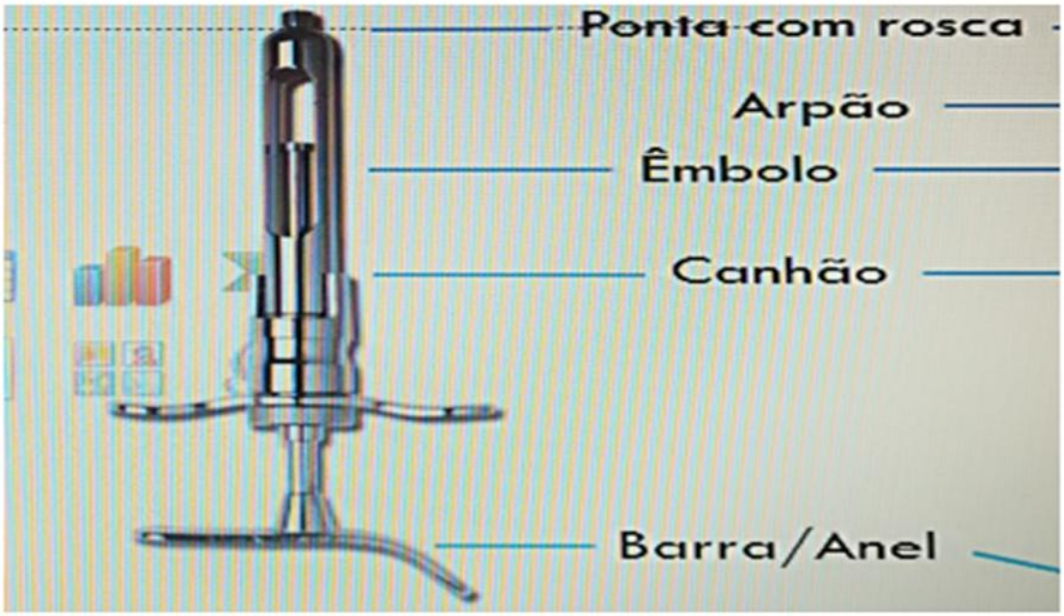
RESTAURAÇÕES
MATRIZES
CUNHAS DE MADEIRA
INSTRUMENTOS PARA MOLDAR O COMPÓSITO
PORTA-MATRIZES
PAPEL ARTICULAR
PINÇA DE PAPEL ARTICULAR

COMPÓSITO
COMPÓSITO EM SERINGA
COMPÓSITO EM UNIDOSE
PISTOLA PARA COMPÓSITO

CONDICIONAMENTO ÁCIDO E BONDING
ÁCIDO FOSFÓRICO, EDTA, ÁCIDO PIRÚVICO
BONDING, ADESIVO

AMÁLGAMA
CALCADORES DE AMÁLGAMA
PORTA-AMÁLGAMA
FERROS DE ESCULPIR AMÁLGAMA
GODÉ DE AMÁLGAMA
VASO DAPPEN
BRUNIDORES DE AMÁLGAMA
VIBRADOR DE AMÁLGAMA

ABRE-BOCAS



Seringa de anestesia local

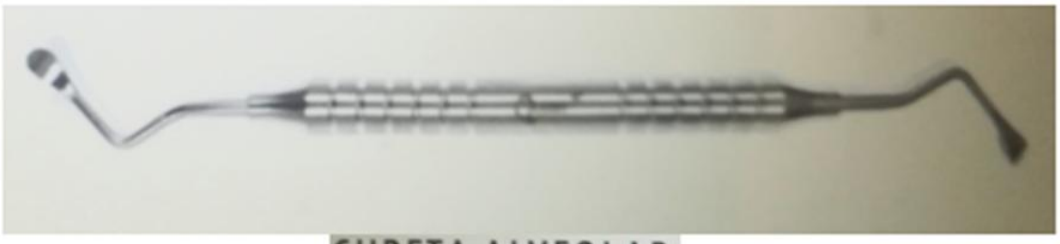
Retração

INSTRUMENTAL CIRURGICO

Afastadores

Lamina nº 15

PREENSÃO DE TECIDOS MOLES



CURETA ALVEOLAR

SINDESMÓTOMOS

descolar o tecido mole do dente/osso

CURVAS

EM T DIREITA

EM T ESQUERDA

PORTA-AGULHAS
Segurar a agulha
Cabo – sistema de travão
Ponta activa – extremidade pequena romba
– com estrias
Comprimento: 15 e 20 cm

TESOURAS DE TECIDOS MOLES
ÍRIS
METZENBAUM

TESOURA DE SUTURA
Cabo – comprido
Ponta activa – curta
STANDARD
LITTAUER
DEAN

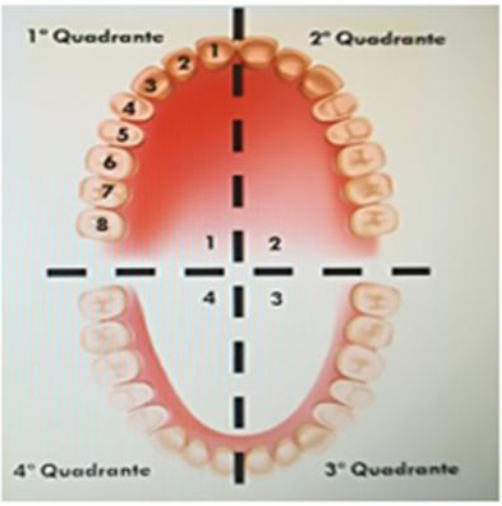
ESPÁTULA
Faça clique para adicionar texto
ESPÁTULA EXTRA-ORAL
ESPÁTULA DE MISTURA
ESPÁTULA INTRA-ORAL

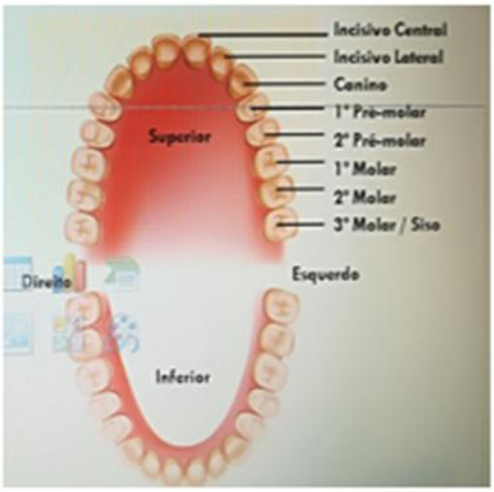
REMOÇÃO DE TECIDO DENTÁRIO
Faça clique para adicionar texto
COLHER DE DENTINA
CINZEL DE ESMALTE
Remoção de dentina cariada
Remoção de esmalte sem suporte

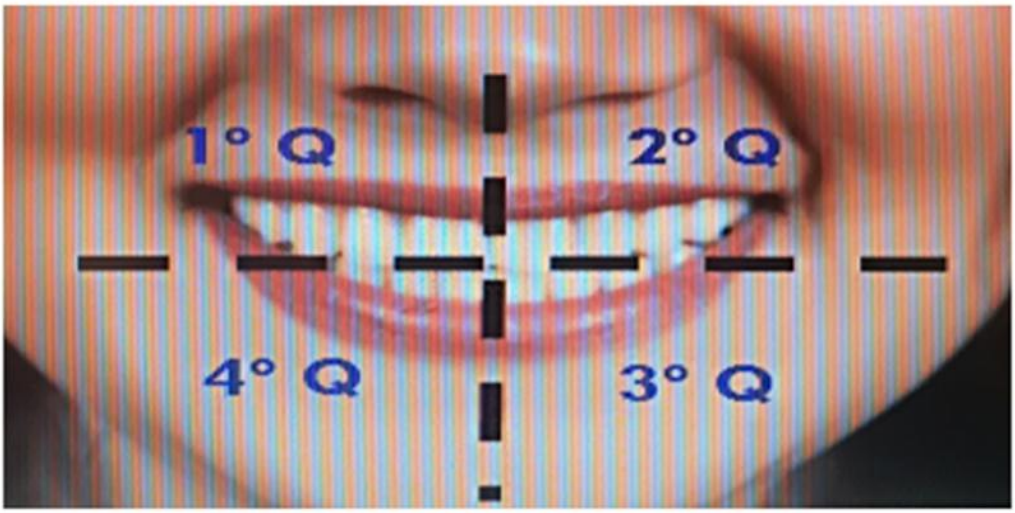
SONDA DE EXPLORAÇÃO
PINÇA DA ESPECIALIDADE
ESPELHO INTRA-ORAL

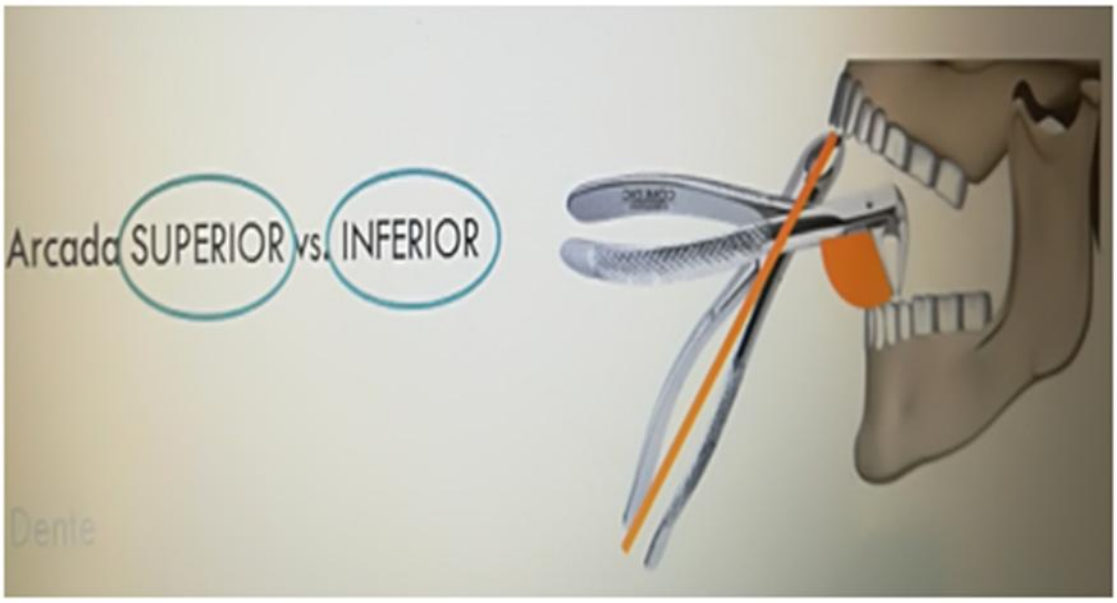
BOTICOES -Remover os dentes do osso alveolar

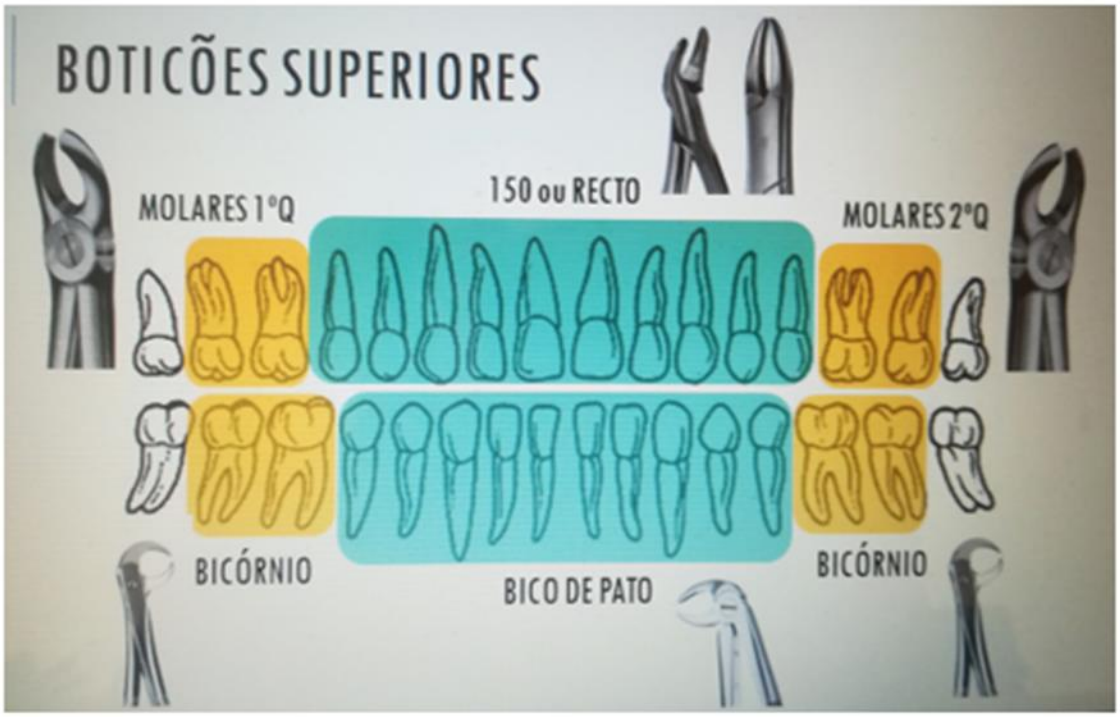
Tipo de boticões







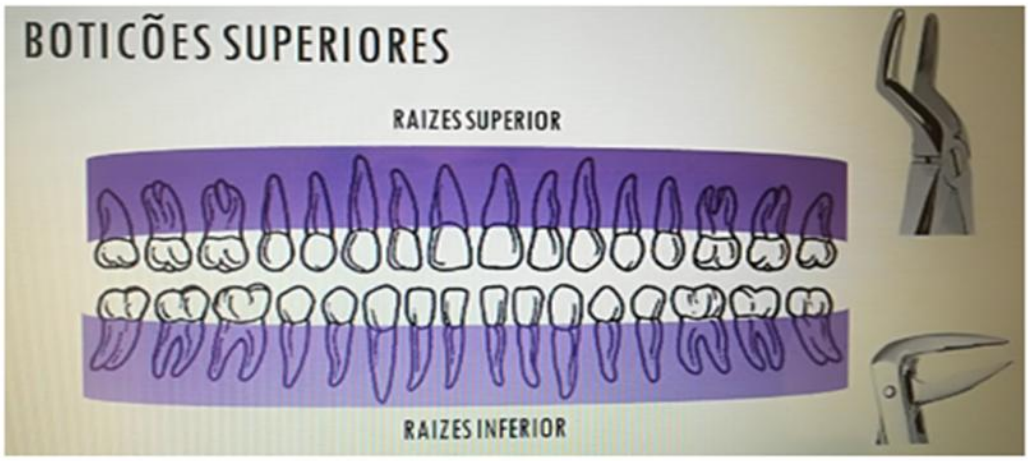

Arcada SUPERIOR vs. INFERIOR
Dente


BOTICÕES SUPERIORES
MOLARES 1ºQ
150 ou RECTO
MOLARES 2ºQ
BICÓRNIO
BICO DE PATO
BICÓRNIO

Parte activa
Zona intermédia
Cabo

BOTICÕES SUPERIORES
BOTICÃO UNIVERSAL
BOTICÃO 150

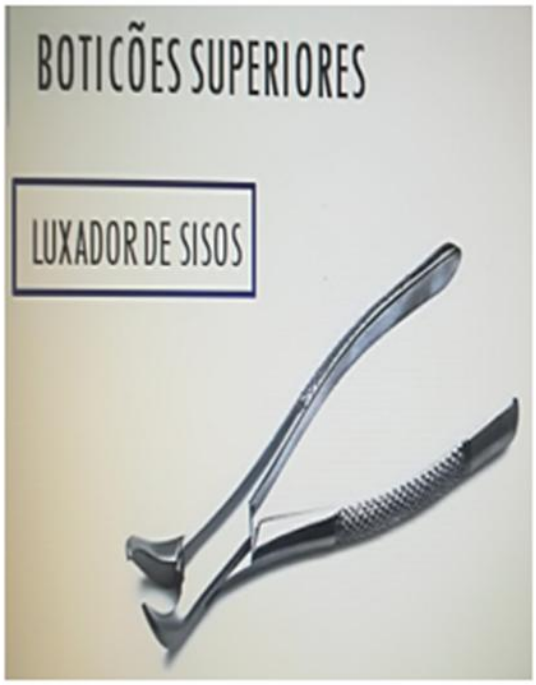
BOTICÕES SUPERIORES
BOTICÃO RECTO (No.1)


BOTICÕES SUPERIORES
RAIZES SUPERIOR
RAIZES INFERIOR

BOTICÕES SUPERIORES
BOTICÃO DE RAÍZES SUPERIOR (No. 65)

BOTICÕES SUPERIORES
BOTICÃO DE SISOS

BOTICÕES SUPERIORES
BOTICÃO DE MOLARES SUPERIORES
"beak to cheek"
1°Q
2°Q


BOTICÕES SUPERIORES
LUXADOR DE SISOS

BOTICÕES INFERIORES
BOTICÃO PARA DENTES INFERIORES UNIRRADICULARES
"BICO DE PATO"

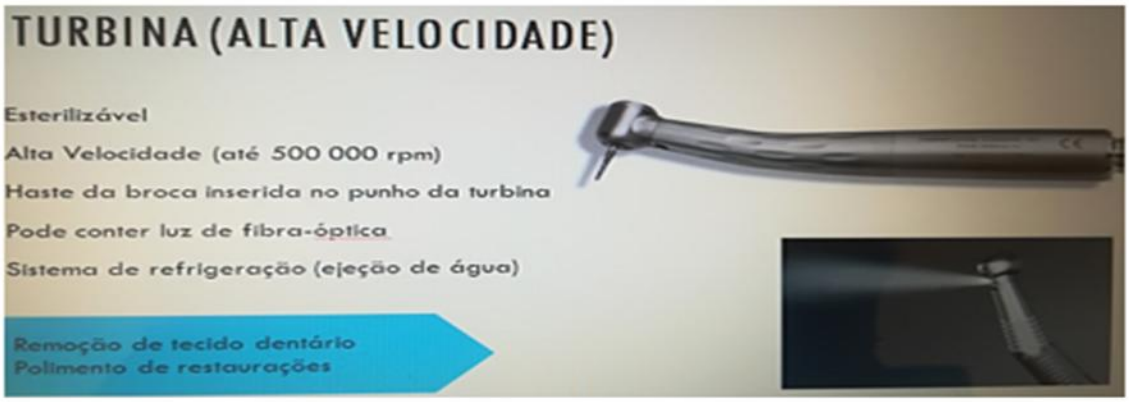
BOTICÕES INFERIORES
BOTICÃO DE MOLARES INFERIORES (No.87)
"BICÓRNIO" ou "VAQUINHA" ou
"BICO DE PAPAGAIO"

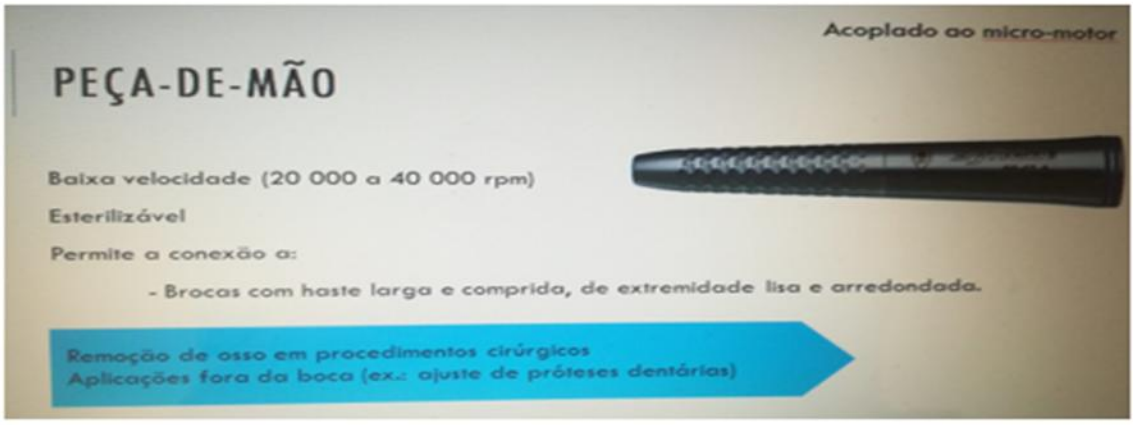
BOTICÕES INFERIORES
BOTICÃO DE RAÍZES INFERIORES

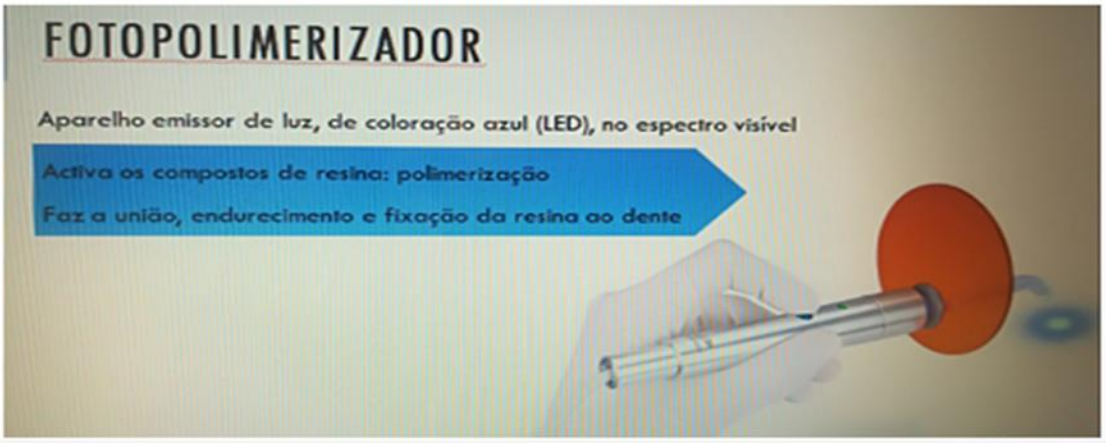
INSTRUMENTAL DE APOIO AO Kart

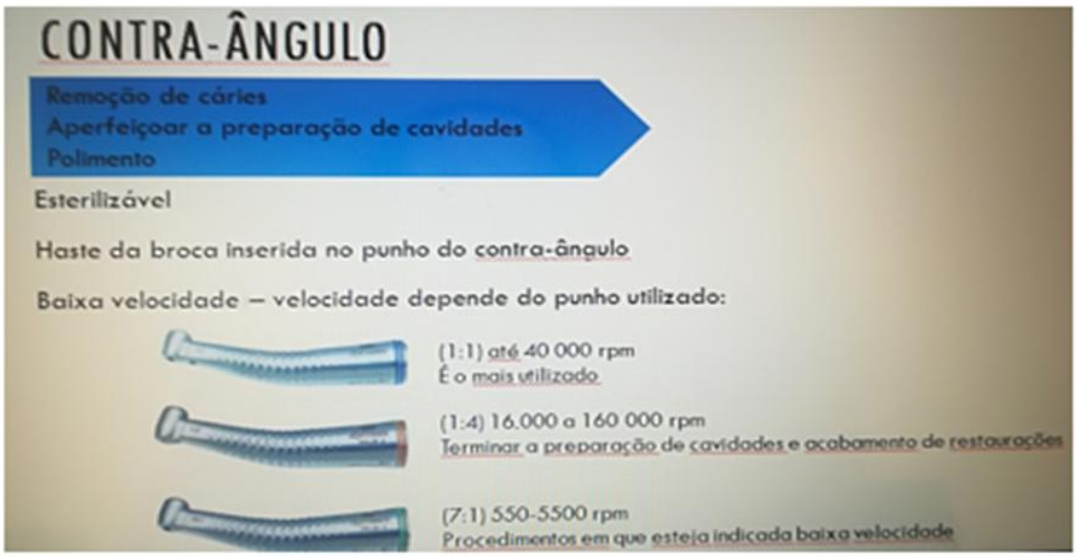
- SERINGA DE AR/ÁGUA
- INTRUMENTOS ROTATIVOS
- DESTARTARIZADOR DE ULTRASSONS E PONTAS

seringa de ar/agua-jatos de ar, água ou ambos (secar, humidificar, lavar


TURBINA (ALTA VELOCIDADE)
Esterilizável
Alta Velocidade (até 500 000 rpm)
Haste da broca inserida no punho da turbina
Pode conter luz de fibra-óptica
Sistema de refrigeração (ejeção de água)
Remoção de tecido dentário
Polimento de restaurações


Acoplado ao micro-motor
PEÇA-DE-MÃO
Baixa velocidade (20 000 a 40 000 rpm)
Esterilizável
Permite a conexão a:
- Brocas com haste larga e comprida, de extremidade lisa e arredondada.
Remoção de osso em procedimentos cirúrgicos
Aplicações fora da boca (ex.: ajuste de próteses dentárias)


FOTOPOLIMERIZADOR
Aparelho emissor de luz, de coloração azul (LED), no espectro visível
Activa os compostos de resina: polimerização
Faz a união, endurecimento e fixação da resina ao dente

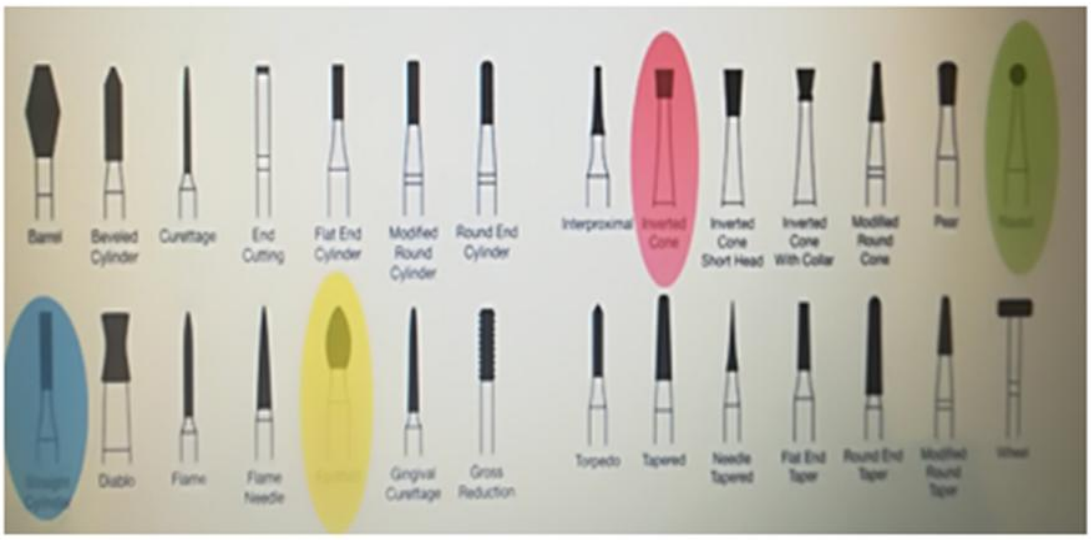

CONTRA-ÂNGULO
Remoção de cáries
Aperfeiçoar a preparação de cavidades
Polimento
Esterilizável
Haste da broca inserida no punho do contra-ângulo
Baixa velocidade – velocidade depende do punho utilizado:
(1:1) até 40 000 rpm
É o mais utilizado
(1:4) 16.000 a 160 000 rpm
Terminar a preparação de cavidades e acabamento de restaurações
(7:1) 550-5500 rpm
Procedimentos em que esteja indicada baixa velocidade

Colo
Haste
Cabeça
BROCAS E ACESSÓRIOS ROTATIVOS
Extremidade:
- Turbina
- Contra-ângulo
- Peça-de-mão
Materiais: Aço | Tungsténio | Diamante

MICRO-MOTOR (BAIXA VELOCIDADE)
Acoplado ao contra ângulo
Baixa velocidade (até 100 000 rpm)
Conecta-se a:
- Punho de contra-ângulo
- Punho de peça-de-mão
LT 25

Acoplados ao contra-ângu
INSTRUMENTOS ROTATÓRIOS
TAÇAS DE BORRACHA
ESCOVA
DISCOS DE POLIMENTO
MANDRIL

BROCAS



BROCAS

MESA INSTRUMENTAL

APÊNDICE XVI: INSTRUÇÃO DE TRABALHO "CONTROLO DE VALIDADES E GESTÃO DE *STOCKS* DOS MEDICAMENTOS NA UCA"

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

CONTROLO DE VALIDADES E GESTAO DE STOCKS DOS MEDICAMENTOS NA UCA

1-Objetivos:

- Promover a segurança na utilização da medicação,
- Uniformizar o processo de controlo das validades dos medicamentos nos diferentes locais de armazenamento:

  Carros de anestesia de cada sala operatória;

  Carro de anestesia dos bloqueios neuromuscular periférico (eco guiado);

  Carro de apoio ao recobro I

  Carro de apoio de estomatologia**;**

  Armazém de *stock*;

  Medicamentos que necessitam de refrigeração;
- Ajustar os *stocks* mínimos e recomendáveis dos medicamentos dos diferentes locais de armazenamento, às suas especificidades e padronizados conforme necessidades das especialidades cirúrgicas da UCA.

2 –Âmbito

Enfermeiros da Unidade da Cirurgia de Ambulatório da ULSGE

3 – Descrição

- Elaboração de listagem dos medicamentos da UCA;
- Elaboração de listagem dos medicamentos da UCA que se encontrem com validade a expirar;
- O registo desta verificação é feito em folha própria que se encontra em pasta para essa finalidade (Pasta das validades)
- A verificação dos prazos de validade é executada informaticamente na primeira semana de cada mês pela enfermeira responsável do controlo das validades e gestão dos medicamentos na UCA;
- A verificação dos prazos de validade dos medicamentos na UCA é verificada trimestralmente (janeiro, abril, julho, outubro) de acordo com a lista de verificação das validades dos medicamentos na UCA e é realizada a sua atualização;

- A verificação dos prazos de validade dos medicamentos na UCA é verificada e sempre que possível pela dupla verificação;
- Confirmar a entrega dos medicamentos na UCA;
- A devolução dos medicamentos só será feita após a sua substituição;
- Providenciar a devolução dos medicamentos da UCA;
- Na primeira semana de cada mês, as validades dos medicamentos serão revistas pelos enfermeiros de anestesia de acordo com a listagem dos medicamentos a expirar na UCA;
- Promover a normalização da comunicação relativa à informação essencial sobre a medicação;
- Promover uma clara e legível identificação e rotulagem de cada medicamento: implementar as práticas seguras na Norma da Direção da Saúde nº20/2014, de 30 de dezembro, "LASA" e Norma da Direção-Geral de Saúde nº014/2015, de 6 de agosto, "Medicamentos de alerta máximo".
- Sempre que um novo medicamento é introduzido na Instituição, o mesmo deve ser comunicado a todos os profissionais de saúde que intervêm no processo de gestão da medicação;
- Controlo dos *stocks* mínimos dos medicamentos e recomendáveis para a UCA;
- Verificar as condições de armazenamento que asseguram a integridade do medicamento (embalagem, rotulagem e validade);
- A reposição e o pedido dos medicamentos são efetuados pelos enfermeiros do bloco operatório de acordo com a periodicidade previamente definida entre a UCA e os serviços farmacêuticos;
- A cedência de medicamentos a doentes em regime ambulatório, pelos Serviços Farmacêuticos Hospitalares, resulta da necessidade de haver um maior controlo e vigilância em determinadas terapêuticas, em consequência de efeitos secundários graves, necessidade de assegurar a adesão dos doentes à terapêutica e também pelo facto de a comparticipação de certos medicamentos só ser a 100% se forem dispensados pelos Serviços Farmacêuticos Hospitalar.
- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República, 2.ª série, nº187)

Pilar 4 - Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança;

- Promover a notificação de incidentes relacionados com a medicação no sistema NOTIFICA, de acordo com a Norma da DGS, nº15/2014, de 25 de setembro, "Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA";

- Assegurar que todas as etapas do processo de gestão da medicação são realizadas por profissionais de saúde qualificados;

Pilar 5 - **Práticas Seguras em Ambientes Seguros**.

- Promoção da utilização de ferramentas digitais para práticas seguras relativas à segurança da medicação e reconciliação terapêutica;
- Atualização dos normativos no âmbito da segurança do doente;
- Auditar, anualmente as práticas seguras relativas à segurança na medicação;

A gestão de *stocks* dos medicamentos na UCA, é efetuada por:

- Sistema informático TATIL (entradas e saídas) atribuído a cada especialidade cirúrgica da UCA, para o efeito o registo é processado no computador da sala operatória num programa específico TATIL sendo automaticamente reportado ao serviço de aprovisionamento da instituição e respetivos serviços farmacêuticos. Esta reposição é efetuada em dias acordados pela instituição.
- PDA (acrónimo de *personal digital assistant*, «assistente pessoal digital») é utilizado para efetuar os pedidos de medicamentos que estão em rutura de *stock*, e/ou não foram devidamente debitados no programa TATIL. É também utilizado para pedir outros materiais de uso clínico pela leitura de código de barras, e para este efeito o enfermeiro acede com o seu número mecanográfico, acrescido de uma *password*.

PDA *("assistente pessoal digital")*

LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS VALIDADES E GESTAO DE STOCKS DOS MEDICAMENTOS NA UCA - STOCK GERAL

LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS VALIDADES E GESTAO DE STOCKS DOS MEDICAMENTOS NA UCA					
ESTRUTURA DE APOIO: STOCK GERAL Mês: _____Ano: _____					
Medicamento	**Quantidade Mínima**	**Quantidade Máxima**	**Validade**	**Integridade da etiqueta**	**Responsável**

- Medicamento com validade a expirar dentro de 3 meses.

- Medicamento com validade a expirar dentro de 6 meses.

Nota: A verificação será realizada durante a primeira semana de cada mês

LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS VALIDADES E GESTAO DE STOCKS DOS MEDICAMENTOS NA UCA – ESTRURAS DE APOIO

LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS VALIDADES E GESTAO DE STOCKS DOS MEDICAMENTOS NA UCA				
ESTRUTURA DE APOIO: _____ Mês: _____ Ano: _____				
Medicamento	**Quantidade mínima**	**Validade**	**Integridade da etiqueta**	**Responsável**

- Medicamento com validade a expirar dentro de 3 meses.

Nota: Cada estrutura de apoio na utilização dos medicamentos terá uma lista de verificação própria ajustada às suas necessidades.

A verificação será realizada durante a primeira semana de cada mês

4- Responsabilidades

O controlo de verificação das validades é realizado pelo enfermeiro, para essa competência delegada no âmbito do Perioperatório;

É da sua responsabilidade, proceder á etiquetagem de alerta de risco dos medicamentos a expirar, como acresce a necessidade de gestão de controlo de *stocks* mínimos e recomendáveis para a CA.

VERSAO	A	DATA	ALTERAÇÕES
ELABORAÇÃO	Paula Machado		
VALIDAÇÃO	Enfermeira chefe Enfermeira coordenadora Orientador de estágio Tutora de estágio		
APROVAÇÃO	Conselho de Administração		

PLANO DE VERIFICAÇÃO DE VALIDADES DOS MEDICAMENTOS NA UCA

Estruturas de apoio dos medicamentos da UCA	**Data**	**Data**	**Número mecanográfico**
Carros de anestesia			
Sala A			
Sala B			
Sala C			
Medicamentos com refrigeração			
Carro de apoio anestesia pediátrica			
Carro de apoio estomatologia			
Carro de apoio da via área difícil			
Carro de apoio dos bloqueios eco guiados (BNP)			
Carro de apoio de emergência			
Mala de transporte de urgência			
Armazém de soros e solutos			
Carro de apoio do Recobro I			
Armazém de *stocks* dos medicamentos			

APÊNDICE XVII: PROCEDIMENTO DA AVALIAÇÃO DO CONFORTO TÉRMICO NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Procedimento da Avaliação do Conforto Térmico na UCA

1-Objetivos

– Promover o conforto térmico

– Gerir o ambiente

– Avaliar o conforto térmico pela escala visual de avaliação do conforto térmico

– Registo do conforto térmico na aplicação Sclinico no perioperatório da UCA

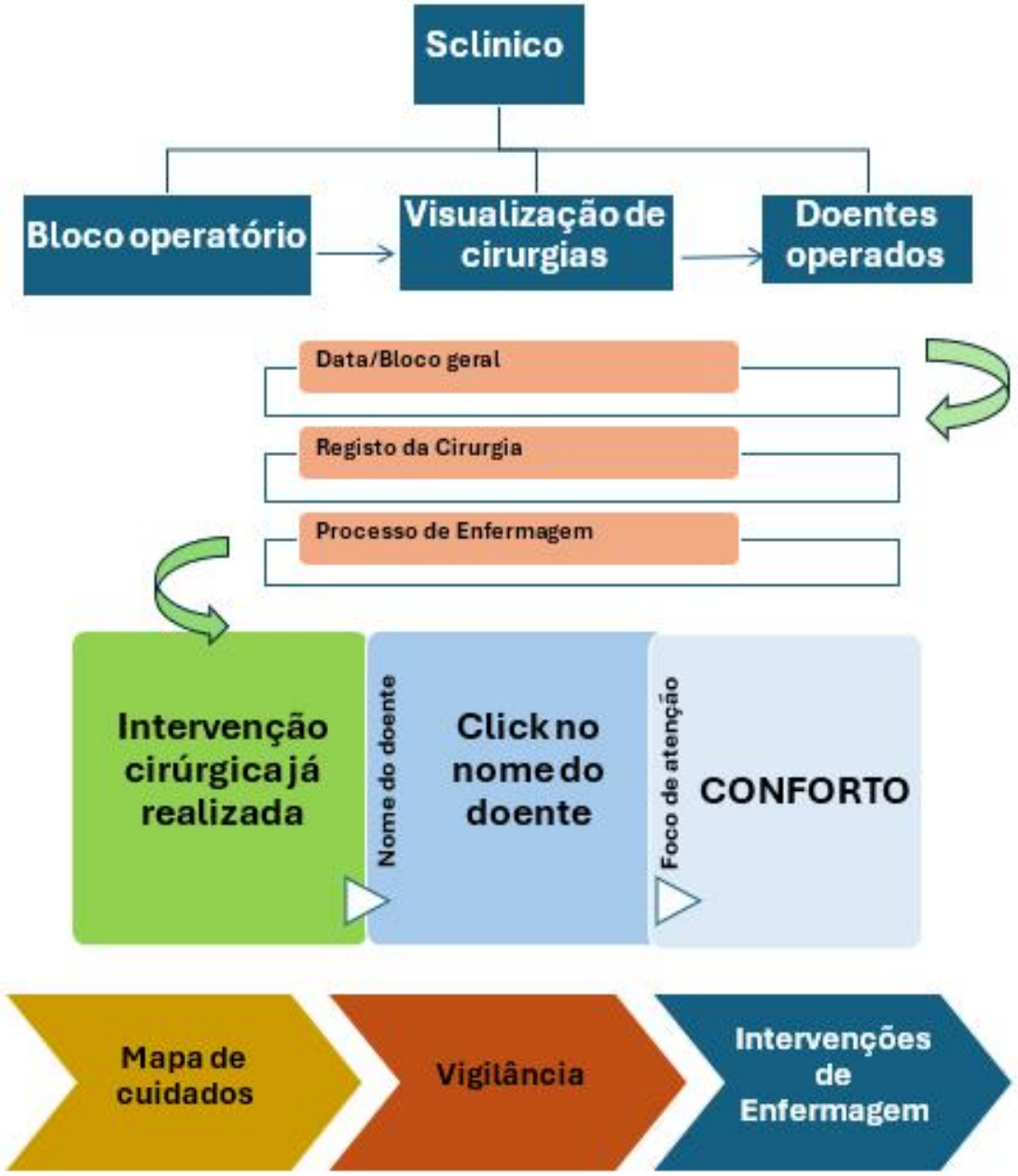
2 – Âmbito

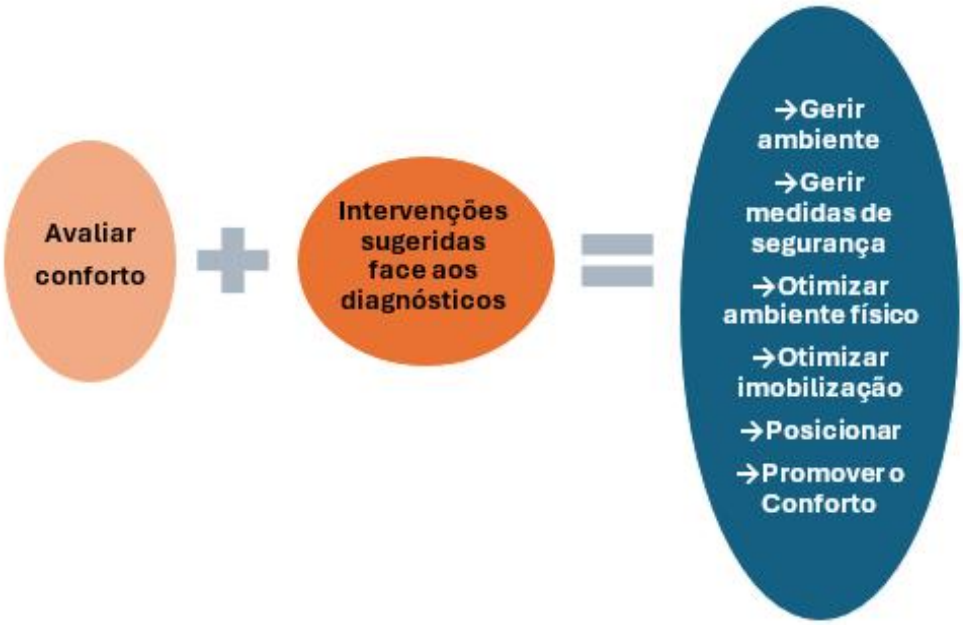
Enfermeiros da Unidade da Cirurgia de Ambulatório da ULSGE

Doentes da UCA

Plataforma Sclinico

3 – Descrição


Sclinico
Bloco operatório
Visualização de cirurgias
Doentes operados
Data/Bloco geral
Registo da Cirurgia
Processo de Enfermagem
Intervenção cirúrgica já realizada
Nome do doente
Click no nome do doente
Foco de atenção
CONFORTO
Mapa de cuidados
Vigilância
Intervenções de Enfermagem



4 – Operacionalização

– Momentos de avaliação do conforto térmico no perioperatório da UCA

5 – Responsabilidades

VERSAO	A	DATA	ALTERAÇOES
ELABORAÇAO	Paula Machado		
VALIDAÇAO	Enfermeira chefe Enfermeira coordenadora Orientador de estágio Tutora de estágio		
APROVAÇAO	Conselho de Administração		