



# UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de Mestre em  
Enfermagem, com a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área  
de Pessoa em Situação Crítica

## **A Segurança do Doente no Eixo do Cuidado Especializado**

Por

Sara Raquel Machado Reis

Universidade Católica de Lisboa

2023



# UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de Mestre em  
Enfermagem, com a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área  
de Pessoa em Situação Crítica

## **Patient Safety in the Specialized Care Axle**

Por

Sara Raquel Machado Reis

Sob a orientação de Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa

Universidade Católica de Lisboa

Fevereiro de 2023



*“Se os outros conseguem, eu também consigo.”*

Sabedoria Popular

## AGRADECIMENTOS

Esta caminhada foi realizada com gosto, mas também algum sacrifício. Nunca seria possível chegar a este momento sem todas as ajudas que fui recebendo ao longo deste Mestrado.

Em primeiro lugar agradeço aos meus pais, principalmente ao meu pai, que não estando já presente entre nós, foi o princípio de tudo. Sei que, certamente estará, onde quer que esteja, orgulhoso de mim.

De seguida quero agradecer à Professora Patrícia Pontífice Sousa, e também à Professora Rita Marques: Foram incansáveis, pacientes e muito disponíveis.

Agradeço aos colegas dos vários campos de estágio por onde passei, e principalmente aos meus Enfermeiros Orientadores Rafael Valente, Susana Capelo e Catarina Alves: Fui muito bem recebida, ensinaram-me muito e foram imensamente disponíveis.

Agradeço ao meu Enfermeiro Chefe, Gregório Labisa, que me ajudou sempre no que pôde. Agradeço também aos meus colegas de trabalho, que me ouviram, animaram e aceitaram as minhas trocas.

Aos meus amigos do coração, que tiveram paciência para mim, e que quando eu “hibernei” neste Mestrado, não se esqueceram de mim.

Aos meus doentes, com quem tanto aprendi e cresci.

Por último... (porque os últimos são os primeiros), estou imensamente grata às minhas filhas, Ema e Rita, foram pacientes e compreensivas, apesar de tão pequeninas deram-me força para continuar. Finalmente, obrigada Noé Oliveira, esposo e amigo. Só consegui chegar aqui porque tu estavas aí, sem ti nada disto teria acontecido. Se o meu pai foi o princípio, tu foste o culminar.

Obrigada a todos e Bem Hajam

## RESUMO

A caminhada do Enfermeiro, na busca da excelência profissional assume-se como um dever, não só para com os doentes, mas principalmente para si mesmo, implicando a aquisição de saberes e um processo de desenvolvimento contínuo, de forma a integrar conhecimentos que lhe permitam prestar os cuidados com a maior qualidade e segurança, no pleno dispor das suas competências éticas, técnicas, científicas e humanas.

Assim, este relatório surge como o reflexo de uma busca de conhecimento pessoal e profissional, espelhando de forma retrospectiva, reflexiva e introspetiva, o processo de aquisição de competências no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, desenvolvido ao longo da realização de dois estágios em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência, respetivamente.

O tema “A Segurança do Doente no eixo do Cuidado Especializado” marcou inquestionavelmente o percurso do estágio, assumindo-se como uma meta anterior, operacionalizada num primeiro momento, aquando da elaboração de uma Scoping Review, onde se pretendeu descortinar o verdadeiro impacto do uso dos telemóveis pessoais na sala operatória. A prática da utilização dos telemóveis em contexto de prestação de cuidados de enfermagem está documentada, contudo, surgem evidências que apontam para um risco para a Segurança do Doente. Estes resultados são compatíveis com os achados desta revisão: 73,3% dos estudos incluídos traduzem um impacto negativo do uso do telemóvel pessoal na sala operatória, relacionado com o risco de Infeção por contaminação dos telemóveis e ao risco de distração dos elementos da equipa multidisciplinar.

A divulgação dos resultados da Scoping Review, quer em contexto de estágio, quer sob forma de comunicação científica, constituiu por si só um esforço

empreendido no sentido de garantir a segurança do doente. A um nível prático, no que concerne à prestação de cuidados de enfermagem ao doente e à interação com os colegas, os comportamentos basearam-se na adoção de práticas seguras, o que se encontra devidamente evidenciado e suportado bibliograficamente ao longo do presente documento.

Os Referenciais Teóricos de Afaif Meleis (Teoria das Transições), Patrícia Benner (De Iniciado a Perito), Katherine Kolcaba (Teoria do Conforto) e Patrícia Pontífice Sousa (O Conforto do Doente Idoso) assumiram-se como fundamentais para a integração e desenvolvimento do processo de aquisição de competências, constituindo uma base reflexiva ao longo do estágio e deste relatório. Apesar disso, considero que a Teoria do Conforto, com os subsídios de Patrícia Pontífice Sousa, relativos ao Conforto do Doente Idoso, é a teoria que mais representatividade teve ao longo deste relatório, sendo a que mais ressoa com a minha forma de vivenciar o cuidado especializado, revestindo-se de várias formas de assegurar a segurança do doente, ao longo do seu processo de operacionalização.

**Palavras- Chave:** Segurança do doente; Conforto; Cuidados de Enfermagem; Impacto; Telemóveis; Sala operatória.

## ABSTRACT

Nurses view their progression towards professional excellence as a duty, not only to their patients, but also – and mostly – to themselves. It entails the gathering of knowledge and a process of continuous development. By integrating the acquired information, nurses are able to provide high-quality and safe care, fully employing their ethical, technical, scientific and human skills.

In this sense, the present report depicts a search for personal and professional insights. It portrays – in a retrospective, introspective and reflective manner – the acquisition of skills, within the scope of the Master's Degree in Nursing with a Specialisation in Medical-Surgical Nursing focused on Critical Care. The corresponding activities were conducted during two internships: one carried out at an Intensive Care Unit and another performed at an Emergency Department.

The subject «Patient Safety in Specialised Care» was unquestionably present in the aforesaid internship periods. It was previously identified as a topic of interest, during the development of a scoping review, which intended to appraise the real impact of personal mobile phone utilisation in the operating theatre. The practice of using mobile phones in nursing care contexts has been documented and there is evidence that points to potential risks concerning patient safety. Such results are consistent with the findings of the abovementioned scoping review: 73.3% of the included works revealed negative effects of the practice under study, namely the risk of infection due to the devices' contamination and the risk of distraction within the multidisciplinary team.

The diffusion of the scoping review's outcomes, both during the internship periods and in the form of a scientific communication, was in itself an effort aimed at ensuring patient safety. On a practical level, the provision of nursing care and the interactions with colleagues were based on the adoption of safe practices – a course of action duly evidenced and supported, throughout this report, by bibliographical sources.

The theoretical frameworks created by Afaf Meleis (Transitions Theory), Patricia Benner (From Novice to Expert), Katharine Kolcaba (Comfort Theory), and Patrícia Pontífice Sousa (The Elderly Patient's Comfort), were essential for the skill acquisition process, providing a basis for reflection throughout the internships and the present document's preparation. In this report, the Comfort Theory and the contribution of Patrícia Pontífice Sousa (which addresses the comfort of elderly patients) are the most noteworthy references. Both concepts are in line with the author's view of specialised care, covering several aspects in order to ensure patient safety during the operationalisation of care provision.

Keywords: patient safety; comfort; nursing care; impact; mobile phones; operating room.

## LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSS - Administração Central dos Serviços de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BIA - Balão Intra Aórtico

BO- Bloco Operatório

CCT - Cirurgia Cardiorácica

DGS - Direção Geral da Saúde

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

ECMO - ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSD - Plano Nacional de Segurança do Doente

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SO - Sala de Observação

SU - Serviço de Urgência

TAC - Tomografia Axial Computorizada

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO .....	13
1. IMPACTO DO USO DO TELEMÓVEL PESSOAL NA SALA OPERATÓRIA: UMA SCOPING REVIEW .....	17
2. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	34
2.1. Estágio em Cuidados Intensivos.....	34
2.1.1. Processo de Aquisição de Competências .....	36
2.2. Estágio em Serviço de Urgência .....	52
2.2.1. Processo de aquisição de competências em Serviço de Urgência.....	55
CONCLUSÃO .....	70
BIBLIOGRAFIA.....	72
APÊNDICES.....	87
Apêndice I - Poster BO - “Implicações do uso do telemóvel pessoal na sala operatória: Uma Scoping Review” .....	88
Apêndice II - Poster UCI-CCT - “Implicações do uso do telemóvel pessoal na sala operatória: Uma Scoping Review” .....	90
Apêndice III - Poster “Promoção do Conforto do Idoso em contexto de Serviço de Urgência” .....	92
Apêndice IV - Poster - Comunicação Científica no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “Uma voz para o Humanismo” .....	94
Apêndice V - Versão traduzida para inglês do Artigo “Impacto do uso do telemóvel pessoal na sala operatória: Uma Scoping Review” .....	96
ANEXOS .....	120
Anexo I – Enquadramento Teórico .....	121
Anexo II – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.....	133
Anexo III – Certificado de apresentação de poster no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “Uma voz para o Humanismo” .....	135

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Organização dos dados por autor, título, ano de publicação, fonte e país, método de investigação, nível de evidência e resultados encontrados.....	21
Tabela 2. Impacto do uso do telemóvel pessoal na sala operatória pela equipa multidisciplinar.....	26
Tabela 3. Objetivos de estágio em Unidade de Cuidados Intensivos.....	37
Tabela 4. Objetivos de estágio em Serviço de Urgência.....	56

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos (Fluxograma Prisma, adaptado do proposto pelo Manual JBI for Evidence Synthesis).....	20
Figura 2. Categorização dos Resultados.....	27

## INTRODUÇÃO

Todo o ato profissional exercido pelo enfermeiro deve assentar na procura da excelência profissional, que se traduz numa preocupação pela melhoria da qualidade dos cuidados prestados, e que impõe ao enfermeiro uma conduta ligada ao desenvolvimento contínuo. Assim a excelência é uma procura constante, um caminhar permanente (OE, 2015). Cada enfermeiro, na base da sua consciência pessoal e profissional, deve almejar a excelência do exercício profissional e ter a preocupação de atingir um elevado nível de competência, pois só assim é possível garantir os melhores cuidados e as práticas mais seguras no seio da enfermagem, enquanto disciplina e ciência do cuidado.

Alarcão & Rua (2005) referem que, “O conhecimento é hoje concebido como dinâmico, pessoalizado, contextualizado, socialmente construído, interligado nas suas parcelas” (p. 274). Isto implica que os profissionais demonstrem competência, responsabilidade, capacidades de trabalhar em equipa num contínuo interagir de saberes, sendo a formação o processo de apropriação do conhecimento em contextos dinâmicos, preconizando-se que esta procura pela educação se reflita num mundo mais humanizado. (Alarcão & Rua, 2005)

Tendo presente que a formação contínua, ajustada num plano que possibilite a reflexão sobre a prática e a aplicação dos saberes, assume uma das metas estruturantes deste desenvolvimento de competências (OE, 2015), embarquei neste processo, escolhendo o Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área à Pessoa em Situação Crítica da Universidade Católica Portuguesa, por ter considerado que o seu plano curricular ia de encontro às minhas necessidades de formação contínua.

Este documento surge então como um culminar desta caminhada formativa, sendo uma forma de espelhar as aprendizagens realizadas, de certa forma ao longo

de todo o mestrado, mas principalmente nesta fase final, estando inserido na unidade curricular de “Estágio Final e Relatório”, que compreendeu 360 horas de contato, e constituindo também um dos indicadores de resultado dos objetivos propostos na realização dos projetos de estágio. Segundo Serrano et al., (2011) “A formação emerge como resposta às mutações existentes e às mudanças a gerir. No entanto constatamos que, para existir aprendizagem pela experiência, é necessário que exista intencionalidade por parte dos atores nas situações de trabalho, ou seja, que a interação com essa situação faça sentido”. (p.18) Assim, procurei que este não fosse apenas um momento de aprendizagem, mas que se traduzisse também numa fase satisfatória para mim, em termos de gosto pessoal e com a vivência de dinâmicas que fossem de encontro aos meus objetivos profissionais, sempre balizados com a componente académica e os objetivos do mestrado.

Segundo Benner (2001), a prestação de cuidados de enfermagem em contexto clínico constitui uma forma crucial de obtenção de conhecimento, sendo que as competências e práticas competentes são desenvolvidas em situações reais, que se traduzem em momentos de excelência, nos quais os enfermeiros aprendem muito com os seus doentes e suas famílias. Contudo, a integração destes novos conhecimentos implica também um exercício reflexivo da parte dos estudantes. De acordo com Pereira-Mendes (2016), o exercício reflexivo tem a sua origem no presente, da leitura feita das ações passadas, para construção do futuro. Ou seja, o conhecimento vivenciado permite ancorar o futuro, facilitando o seu entendimento. “Revela-se na intenção de construírem sustentadamente o seu caminho, da apreciação à tomada de decisão, relativamente ao cliente que se torna por diferentes razões cliente de enfermagem”. (Pereira-Mendes, 2016, p. 3)

O título “A segurança do doente no eixo do cuidado especializado” foi escolhido intencionalmente como tema do relatório, pois este foi o guia orientador da minha prática de cuidados no decurso dos vários estágios, pautando a minha postura enquanto estudante e enfermeira, e estando na base de várias das minhas reflexões.

Importa contextualizar este tema. O Relatório Técnico elaborado pela OMS e traduzido para português pela DGS em 2011, intitulado “Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente”, indica que o termo

*Segurança* remete para a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento. (DGS, 2011a)

Vilhena (2018) considera que, quando se fala em segurança do doente, devem ser tidos em conta vários aspetos, que podem ter influência neste processo, nomeadamente as condições estruturais do serviço, os recursos técnicos, equipamentos e materiais, procedimentos, normas, e também os profissionais de saúde. De facto, é impossível cuidar sem agir no sentido da segurança do doente, pois este conceito é central e primordial, assistindo-se na última década a um emergir de recomendações para a sua prática, quer a nível internacional, quer nacional. Em 2021 surge o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, publicado em despacho pelo Ministério da Saúde constituindo-se como uma ferramenta de apoio a gestores de topo, líderes intermédios, gestores de risco e profissionais de saúde, com a definição de objetivos estratégicos para aumentar a segurança da prestação de cuidados de saúde, tendo como foco o doente e seus cuidadores, assentando em cinco pilares fundamentais: I) Cultura de Segurança; II) Liderança e Governança; III) Comunicação; IV) Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente; V) Práticas seguras em ambientes seguros. (Ministério da Saúde, 2021).

Este documento vem na sequência do anterior, o PNSD 2015-2020, que contribuiu para a segurança do doente no SNS ao longo de cinco anos, refletindo-se na implementação de normas e procedimentos com melhorias significativas ao nível da cultura de segurança, da identificação de doentes, da cirurgia segura, da prevenção de úlceras por pressão, da segurança da medicação, na prevenção de quedas, nas infeções associadas aos cuidados de saúde, e da notificação de incidentes de segurança. (Ministério da Saúde, 2015).

De facto, muito já tem sido feito no sentido de sensibilizar os profissionais para este assunto, contudo, ainda há um longo caminho a percorrer para melhorar a cultura de segurança das equipas. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica assume um papel importante neste sentido, detalhada no core do seu regulamento de competências, pois este é aquele que “promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico,

visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação” (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19362).

Neste sentido, quando fui confrontada com a necessidade de realizar uma revisão de literatura, senti desde logo que estaria relacionada com a Segurança do Doente. Assim, a minha inquietação recaiu sobre o uso dos telemóveis pessoais na prática dos cuidados, pois embora estivesse desperta para as suas vantagens, também me pareceu que poderiam existir consequências negativas para a segurança do doente, pela utilização massiva (e até desadequada) destes dispositivos por parte dos profissionais de saúde. Ao pesquisar sobre este assunto identifiquei alguns trabalhos já desenvolvidos neste âmbito, pelo que decidi afunilar a minha pesquisa para o ambiente restrito do Bloco Operatório, tendo formulado a minha questão de investigação: *Qual o impacto do uso do telemóvel pessoal na sala operatória, pela equipa multidisciplinar?*

Assim, numa primeira parte deste relatório será apresentada a Scoping Review, e numa segunda parte será feita uma descrição dos campos de estágio realizados e do processo de desenvolvimento de competências, que seguirá a ordem da realização de cada estágio, suportado pelas referências bibliográficas de vários autores oportunamente escolhidos, e com base nos Referenciais Teóricos de Alaif Meleis, Katherine Kolcaba, Patrícia Benner e Patrícia Pontífice Sousa, que em muito contribuíram para a articulação da minha prática com as teorias que dão forma à Enfermagem.

Como ponto de partida para a descrição e reflexão do processo de desenvolvimento de competências, realizei um enquadramento teórico descrevendo de forma sucinta os referenciais teóricos acima enumerados. Este enquadramento serviu como ancoragem e foi facilitador de reflexão ao longo da elaboração deste relatório. Por uma questão de organização do documento, encontra-se disponível no Anexo I.

Mais acrescento, que as referências bibliográficas deste documento seguem as recomendações da APA (American Psychological Association).

## 1. IMPACTO DO USO DO TELEMÓVEL PESSOAL NA SALA OPERATÓRIA: UMA SCOPING REVIEW

### **Introdução**

Desde a génese do primeiro telemóvel até à atualidade, verificou-se um aumento exponencial das facilidades/potencialidades que esses dispositivos trouxeram às várias esferas da vida humana. Os telemóveis tornaram-se parte do quotidiano das pessoas, e na área da saúde isso não é exceção. Inúmeras aplicações nos smartphones permitem o cálculo das doses de medicamentos, e cálculos de parâmetros de ventiladores apenas recorrendo à idade, peso e sexo do doente. Através do “*WhatsApp*” é viável pedir a opinião a um colega ou um expert, sem sequer ser necessário abrir o correio eletrónico. Radiografias e imagens podem ser facilmente partilhadas, minimizando os timings de resposta. É possível e fácil tirar apontamentos sobre doentes, técnicas ou procedimentos e guardar essas informações no telemóvel, à distância de um clique (Attri et.al., 2016). Em contexto de prestação de cuidados de Enfermagem, as suas vantagens também estão bem descritas: os telemóveis são uma ferramenta muito útil, facilitando o acesso a informação, a poupança de tempo, segurança do doente, melhoria da qualidade dos cuidados e aumento de confiança dos enfermeiros sobre o seu desempenho (Attri et.al., 2016 & Johansson et al., 2012).

Contudo, nos últimos anos têm surgido algumas preocupações sobre a utilização que os prestadores de cuidados de saúde dão aos seus telemóveis pessoais no seu local de trabalho, com referência à possibilidade de haverem implicações no nível de vigilância dos prestadores, com efeitos negativos sobre a segurança do doente (Snoots & Wands, 2016).

Em 55% dos estudos analisados, numa scoping review, foi demonstrado que a utilização dos telemóveis pessoais no local de trabalho, por parte dos enfermeiros, foi direcionada para fins pessoais, sendo a distração associada ao

telemóvel na prática de cuidados uma preocupação referida pelos enfermeiros, assim como questões relativas a quebras de privacidade e confidencialidade dos doentes (Jong et al., 2020). Outra inquietude evidente na literatura é a relação entre as infeções nosocomiais e o uso de dispositivos móveis, pois estes são considerados um potencial veículo de transmissão de microorganismos, não existindo ainda guidelines efetivas sobre a sua higienização (Attri et.al., 2016 & Chang et al., 2017).

Embora existam alguns estudos realizados sobre a utilização dos telemóveis na prestação de cuidados de saúde e suas implicações, existem contextos que merecem mais atenção, como é o caso do Bloco Operatório, mais concretamente nas salas de operação. As salas de operação têm sido comparadas ao *cockpit* dos aviões comerciais, de onde foram banidos os dispositivos móveis eletrónicos (o chamado Cockpit estéril), por constituírem ambientes onde existem momentos críticos, que implicam a total atenção e foco dos profissionais envolvidos (Neves & Soto, 2019). Perante a necessidade de clarificar este assunto, elaborou-se a questão de revisão: “Qual o impacto do uso do telemóvel pessoal na sala operatória pela equipa multidisciplinar?”.

## **Materiais e Métodos**

Scoping review elaborada segundo as recomendações da Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020). Para a construção da questão de investigação, utilizou-se a mnemónica “PCC” (“População”; “Conceito” e “Contexto” respetivamente). A população - equipa multidisciplinar (enfermeiros, anestesistas, cirurgiões e perfusionistas), o conceito - o impacto do uso do telemóvel pessoal, e o contexto - a sala operatória.

Foram considerados estudos publicados nos idiomas de inglês, português e espanhol, sem limite temporal. Os descritores Decs/Mesh utilizados na pesquisa foram “*Cell phone*”, “*impact*”, “*mobile phone*”, e “*operating room*”.

Após uma pesquisa preliminar nas bases de dados eletrónicas para exploração do tema, realizou-se a pesquisa principal na PubMed, Web of Science e Plataforma EBSCOhost (CINAHL Complete; Cochrane Collection Plus; [Nursing](#)

[& Allied Health Collection: Expanded](#); [MEDLINE® Complete](#); Medic Latina) com os descritores previamente validados e as palavras-chave identificadas, juntamente com os operadores booleanos (AND e OR). Adicionalmente, fez-se também pesquisa no RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal) e Google Académico.

Procedeu-se à leitura dos títulos e resumos dos estudos, bem como do texto integral por dois revisores independentes. Em seguida, foi feita uma análise das referências bibliográficas dos estudos incluídos, para identificação de outros estudos adicionais relevantes para a pesquisa. Procedeu-se à avaliação da qualidade metodológica, usando os instrumentos de análise crítica do JBI adequados a cada tipo de estudo (Peters et al., 2020), extração e discussão dos resultados. Perante discordâncias foi solicitada a opinião de um terceiro revisor.

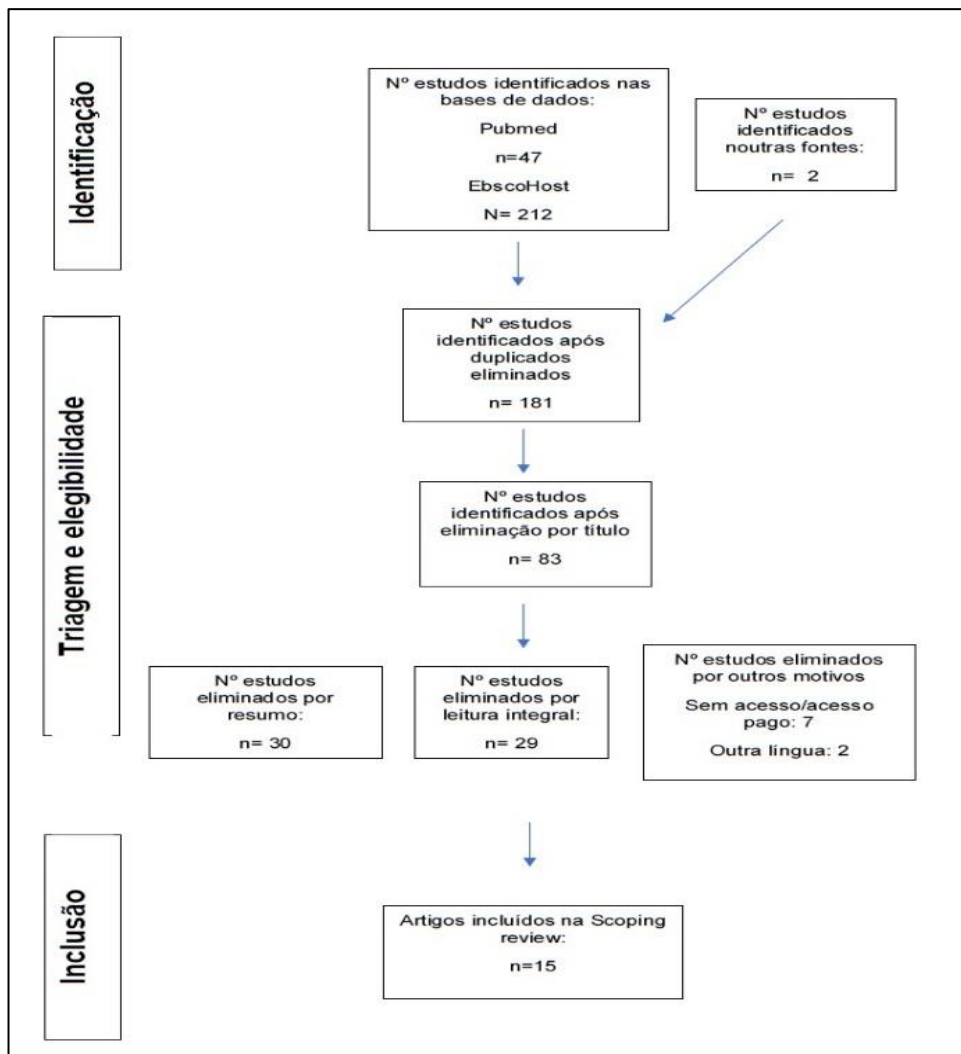
## **Resultados**

Como apresentado na Figura 1, após a pesquisa das bases de dados com os descritores Decs/Mesh, foram identificados 259 estudos e 2 estudos provenientes de outras fontes. Após remoção automática e manual dos estudos repetidos, resultaram 181 artigos para análise, tendo-se procedido a uma avaliação geral dos títulos, com exclusão de 98 estudos por estes não se enquadrarem no objetivo da pesquisa, tendo daqui resultado um total de 83 estudos para subsequente análise.

Destes 83 estudos: 2 estavam escritos noutras línguas que não português, inglês ou espanhol; 7 não foram considerados por não se ter obtido acesso ao resumo ou ao artigo integral (acesso pago); 30 foram eliminados através da leitura do resumo e 29 através de leitura integral. Nesta análise, os artigos foram eliminados quando se verificou que não davam resposta à questão de investigação, quando o estudo descrevia um caso único ou quando era referente à utilização de uma aplicação móvel específica para monitorização de parâmetros ventilatórios ou hemodinâmicos.

Os 2 estudos provenientes de outras fontes, foram identificados através das referências bibliográficas de outros estudos, não se tendo encontrado na Literatura Cinzenta nenhum estudo que obedecesse aos critérios de pesquisa.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos  
(Fluxograma Prisma, adaptado do proposto pelo Manual JBI for Evidence Synthesis)



Os resultados extraídos foram organizados nas tabelas 1 e 2, para melhor compreensão dos achados da presente revisão.

Tabela 1. Organização dos dados por autor, título, ano de publicação, fonte e país, método de investigação, nível de evidência e resultados encontrados.

Autor /Título	Ano/ Publicação/País	Objetivos	Método/Nível evidência	População	Resultados
<b>A1. Porter SB; Renew JR; Paredes S; Roscher CR; Plevak MF; Yost KJ.</b>  “Development, Validation, and Results of a Survey of Personal Electronic Device Use Among 299 Anesthesia Providers From a Single Institution.”	2022  Anesthesia and analgesia.  Irão	Desenvolver, validar e aplicar um questionário para determinar o padrão de utilização e possíveis riscos identificados relativamente à utilização de dispositivos eletrónicos pessoais (= smartphones) por parte da equipa da Anestesia em contexto perioperatório.	Estudo Quantitativo Retrospectivo  4.c.	299 elementos da equipa de anestesia (Anestesistas e Enfermeiros de Anestesia)	<b>Impacto Negativo:</b> Risco de Distração da equipa  80% reconhecem o uso de telemóvel como uma potencial distração para a manutenção da Segurança do doente.
<b>A2.Ahmed,I. Irfan,S. Mufarrih, S.H., Noordin, S. Qureshi, N.Q., Rashid,R.H. Sadrudin,A. Zubairi,A. J.</b>  “Mobile Phones in the orthopedic operation room: Microbial colonization and antimicrobial resistance.”	2020  <i>World Journal of Orthopedics</i>  Paquistão	Investigar a colonização microbiana dos telemóveis da equipa da sala operatória de ortopedia.	Estudo Quantitativo Exploratório  4.c	Anestesistas, Cirurgiões, Enfermeiros e outros técnicos.	<b>Impacto Negativo:</b> Contaminação Bacteriana dos telemóveis.  De 100 telemóveis analisados, 93 estavam contaminados

Autor /Título	Ano/ Publicação/País	Objetivos	Método/Nível evidência	População	Resultados
<b>A3. Dowden, A., Manson- Brick,N. Martin, W. Mckerricher, L. Mackenzie,W.</b>  “Recommended cleaning practices for cell phones in the operating room: A modified Scoping review”	2020  <i>ORNAC JOURNAL</i>  Canadá	- Examinar os telemóveis no bloco operatório como uma fonte de contaminação;  -Identificar práticas de limpeza correntes;  - Explorar protocolos de desinfecção dos telemóveis	Scoping Review  4.b.	Estudos que evidenciem a prática de limpeza dos telemóveis no bloco operatório	<b>Impacto Negativo:</b> Contaminação Bacteriana dos telemóveis.  Todos os estudos revelaram presença de contaminação nos telemóveis dos participantes, alguns com bactérias patogénicas
<b>A4. Avidan, A. Yacobi, G. Whessman, C. Levin, P.D.</b>  “Cell phone calls in the operating theater and staff distraction an observational study”	2019  <i>Journal of Patient Safety</i>  Israel	- Avaliar a quantidade de chamadas telefónicas na sala operatória durante cirurgia eletiva;  - Avaliar se as chamadas telefónicas levam a distrações por parte da equipa	Estudo Misto Observacional  4.c.	Observada a equipa cirúrgica durante 52 cirurgias eletivas	<b>Impacto Negativo:</b> Risco de Distração da equipa  Durante 29 das chamadas recebidas foram observadas 30 distrações da equipa, sendo 80% dessas distrações por parte de cirurgiões a falar ao seu telemóvel pessoal
<b>A5. Park, H., &amp; Lee, S.</b>  “International Nursing: Use of a Commercially Available Smartphone Application to Solve Information Needs of Orthopedic Scrub Nurses”	2019  <i>Nursing Administration Quarterly</i>  Koreia	Descrever a utilidade da utilização de uma aplicação móvel para resolver as necessidades de organização de informação de enfermeiras instrumentistas, em contexto de cirurgia ortopédica	Estudo Qualitativo: Entrevistas em Focus Group.  5.c.	4 enfermeiras instrumentista s de cirurgia ortopédica.	<b>Impacto Positivo:</b> Melhoria de competências profissionais  Esta aplicação é uma forma eficiente de organização de informação cirúrgica para as enfermeiras instrumentistas
<b>A6. Çelikoyar, M. M., Topsakal, O., &amp; Gürbüz, S.</b>  “Mobile technology for recording surgical procedures”	2019  <i>Journal of Visual Communication in Medicine</i>  Turquia	Avaliar a possibilidade da utilização de smartphones para gravação de procedimentos cirúrgicos	Estudo Observacional sem Grupo de Controle  3.e.	Gravadas 5 cirurgias de pescoço.	<b>Impacto Positivo:</b> Melhoria de competências profissionais/utilidad e para a Prática dos Cuidados  É possível utilizar um telemóvel como gravador de

					procedimentos cirúrgicos por via aberta
<b>A7. Cohen, T. N., Shappell, S. A., Reeves, S. T., &amp; Boquet, A. J.</b>  “Distracted doctoring: The role of personal electronic devices in the operating room”	2018  <i>Perioperative Care and Operating Room Management.</i>  EUA	Identificar o uso de dispositivos eletrônicos, nomeadamente o telemóvel, usados pela equipa na sala operatória de cirurgia cardíaca, durante as cirurgias com CEC (Circulação Extra-Corporal)	Estudo Quantitativo Observacional  4.c.	Elementos da Equipa da sala operatória de Cirurgia Cardíaca.	<b>Impacto Negativo:</b> Risco de Distração da equipa  Os elementos da equipa passaram cerca de 1,5 min concentrados no seu telemóvel, independentemente da fase da cirurgia.
<b>A8. Cumino, D. O., Vieira, J. E., Lima, L. C., Stievano, L. P., Silva, R. A. P., &amp; Mathias, L. A. S. T.</b>  “Smartphone-based behavioural intervention alleviates childrens anxiety during anaesthesia induction”	2017  <i>European Journal of Anaesthesiology</i>  Brasil	Verificar se a utilização de estratégias não farmacológicas são opções eficazes na prevenção da ansiedade da criança durante a indução anestésica, como sendo: - Distração com aplicações móveis fornecidas à criança e pais; - Acesso a informação escrita (panfleto);	Estudo Clínico Randomizado  1.c.	84 crianças, divididas em 4 grupos de teste	<b>Impacto Positivo:</b> Utilidade dos telemóveis para distração das crianças na indução anestésica  A ansiedade das crianças foi inferior com a combinação da distração provocada pelo telemóvel associada à informação escrita por panfleto
<b>A9. Chang, C. H., Chen, S. Y., Lu, J. J., Chang, C. J., Chang, Y., &amp; Hsieh, P. H.</b>  “Nasal colonization and bacterial contamination of mobile phones carried by medical staff in the operating room”	2017  <i>PLoS ONE</i>  Taiwan	- Avaliar a incidência da contaminação bacteriana dos telemóveis transportados pela equipa médica da sala operatória;  - Determinar a sua associação com a contaminação nasal da equipa.	Quantitativo Observacional de Coorte  3.c.	Analisadas 216 amostras swab de 72 elementos da equipa médica retiradas dos seus telemóveis, narinas, e mão dominante.	<b>Impacto Negativo:</b> Contaminação Bacteriana dos telemóveis  Identificada taxa de colonização nasal de 98%, sendo 27,3% bactérias potencialmente patogénicas  Em 94,3% dos elementos da equipa, a mesma bactéria foi encontrada nos

					seus telemóveis e simultaneamente nas suas narinas e nas suas mãos.
<b>A10. Murgier, J., Coste, J. F., Cavaignac, E., Bayle-Iniguez, X., Chiron, P., Bonneville, P., &amp; Laffosse, J. M.</b>	2016 <i>Orthopaedics &amp; Traumatology: Surgery &amp; Research</i> França	- Identificar a contaminação bacteriana dos telemóveis usados pela equipa da sala operatória de Cirurgia Ortopédica;  - Comparar a flora bacteriana, antes e depois da descontaminação e determinar os hábitos de higienização dos utilitários.	Estudo quantitativo observacional de coorte  3.c.	52 participantes: Cirurgiões, Enfermeiros, Anestesiastas, Técnicos de Radiologia e Representantes de Indústria Farmacêutica.	<b>Impacto Negativo:</b> Contaminação Bacteriana dos telemóveis  A taxa de contaminação de telemóveis é de 94%, sendo significativamente reduzida com a descontaminação dos telemóveis. (diminuiu para 75%)
<b>A11. Pinar, H. U., Karaca, O., Doğan, R., &amp; Konuk, Ü. M.</b>	2016 <i>BMC Anesthesiology</i> Turquia	Descrever os hábitos e opiniões relativos à utilização de smartphones pelas equipas de anestesia turcas.	Estudo Quantitativo Exploratório  4.c.	955 participantes, Enfermeiros e Anestesiastas.	<b>Impacto Negativo:</b> Risco de Distração da equipa  Os telemóveis são usados na sala operatória por motivos não profissionais, podendo conduzir à distração da equipa
<b>A12. Shakir, I. A., Patel, N. H., Chamberland, R. R., &amp; Kaar, S. G.</b>	2015 <i>Journal of Bone and Joint Surgery</i> EUA	- Documentar a presença de contaminação bacteriana nos telemóveis dos cirurgiões ortopédicos na sala operatória;  - Determinar se um protocolo standard de desinfeção dos telemóveis reduz a taxa de contaminação	Estudo Quantitativo Exploratório  4.c.	53 cirurgiões ortopédicos	<b>Impacto Negativo:</b> Contaminação Bacteriana dos telemóveis  Os telemóveis dos cirurgiões ortopédicos apresentam elevados níveis de contaminação bacteriana, que diminui com a sua desinfeção, embora se verifique uma recontaminação ao fim de uma semana

<p><b>A13. Lee, J. H., Jung, H. K., Lee, G. G., Kim, H. Y., Park, S. G., &amp; Woo, S. C.</b></p> <p>“Effect of behavioral intervention using smartphone application for preoperative anxiety in pediatric patients”</p>	<p>2014</p> <p><i>Korean Journal of Anesthesiology</i></p> <p>Koreia do Sul</p>	<p>Comparar no momento da indução anestésica os benefícios de um programa de intervenção comportamental, usando uma aplicação de telemóvel para redução da ansiedade das crianças.</p>	<p>Estudo randomizado controlado.</p> <p>1.c.</p>	<p>120 crianças programadas para realização de cirurgia eletiva, sob anestesia geral,</p>	<p><b>Impacto Positivo:</b></p> <p>Utilidade para Distração de Crianças na Indução anestésica</p> <p>O uso do telemóvel foi o que obteve maior significância na redução de ansiedade das crianças</p>
<p><b>A14. A. Smith, T., Darling, E., &amp; Searles, B.</b></p> <p>“Survey on cell phone use while performing cardiopulmonary bypass”</p>	<p>2011</p> <p><i>Perfusion</i></p> <p>EUA</p>	<p>- Determinar a frequência da utilização de telemóveis entre os Perfusionistas;</p> <p>- Identificar preocupações e opiniões dos Perfusionistas face à utilização do telemóvel durante CEC (circulação extracorporal)</p>	<p>Estudo observacional</p> <p>4.c.</p>	<p>439 perfusionistas</p>	<p><b>Impacto Negativo:</b></p> <p>Risco de Distração da equipa</p> <p>Os perfusionistas acedem ao telemóvel enquanto realizam CEC, durante cirurgia cardíaca para fins não profissionais, o que pode conduzir as distrações</p>
<p><b>A15. Jeske, H. C., Tiefenthaler, W., Hohlrieder, M., Hinterberger, G., &amp; Benzer, A.</b></p> <p>“Bacterial contamination of anaesthetists’ hands by personal mobile phone and fixed phone use in the operating theatre”</p>	<p>2007</p> <p><i>Anaesthesia</i></p> <p>Austria</p>	<p>Avaliar o papel dos telefones móveis relativamente à transmissão de bactérias do telefone para as mãos do anestesista na sala operatória, comparativamente aos telefones fixos da antecâmara da sala operatória.</p>	<p>Estudo Observacional</p> <p>4.c.</p>	<p>40 anestesistas</p>	<p><b>Impacto Negativo:</b></p> <p>Contaminação Bacteriana dos telemóveis</p> <p>Após o uso de um telefone móvel, a contaminação das mãos dos anestesistas aumentou em 38 deles, comparativamente com o telefone fixo onde se verificou um aumento em 33 dos 40 analisados.</p> <p>Houve presença de microrganismos, nomeadamente bactérias patogénicas nos dois casos</p>

Tabela 2. Impacto do uso do telemóvel pessoal na sala operatória pela equipa multidisciplinar.

Estudos identificados	Impacto Negativo		Impacto Positivo	
	Risco Infeção por Contaminação Bacteriana dos telemóveis	Risco de Distração da equipa da sala operatória	Desenvolvimento de competências profissionais	Redução de ansiedade de crianças na Indução Anestésica
A1		X		
A2	x			
A3	x			
A4		X		
A5			x	
A6			x	
A7		X		
A8				X
A9	x			
A10	x			
A11		X		
A12	x			
A13				X
A14		X		
A15	x			

## Discussão

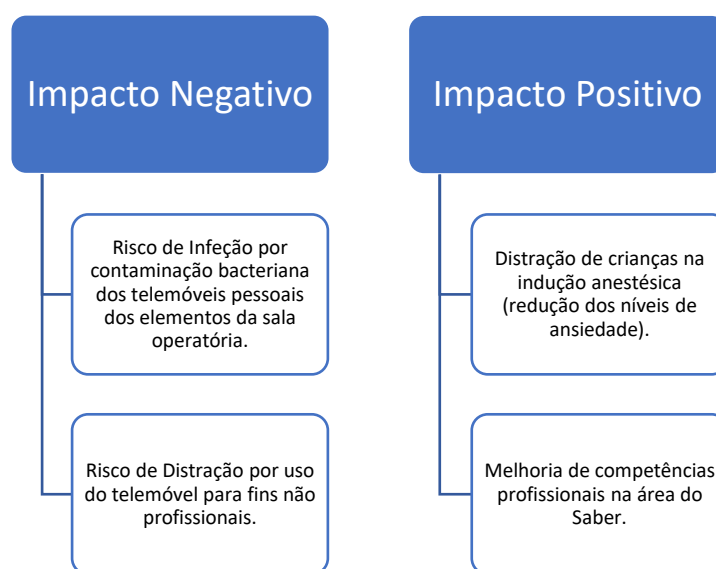
Os resultados obtidos nesta revisão, revelam uma preocupação recente, mas premente, de compreender o fenómeno do impacto da utilização dos telemóveis na sala operatória. Efetivamente, os estudos seleccionados são, na sua maioria, referentes aos últimos cinco anos, sendo que 9 dos estudos foram realizados entre 2017 e 2022 (60%), 5 entre 2011 e 2016 e apenas 1 dos estudos entre os anos de 2006 e 2010. Este facto não é surpreendente, na medida em que a própria evolução tecnológica das características dos telemóveis dita a necessidade de clarificar as nuances da sua utilização na prática dos cuidados de saúde. Relativamente à distribuição mundial dos estudos identificados, verifica-se que é o Continente Asiático que lidera a pesquisa deste tema, com 8 estudos apresentados (53,3%), seguindo-se a América com 5 estudos (33,3%).

Foram identificados vários desenhos de investigação, sendo os mais frequentes os estudos exploratórios quantitativos (3), quantitativos observacionais (3), seguindo-se os estudos clínicos randomizados (2) e estudos observacionais de

coorte (2). Os restantes estudos foram representados cada um com um método de investigação diferente, nomeadamente: estudo retrospectivo quantitativo, estudo observacional sem grupo de controle, qualitativo *focus group*, misto observacional e scoping review.

Na análise dos dados emergem categorias de organização dos estudos incluídos nesta pesquisa, nomeadamente no que se refere ao impacto negativo e positivo do uso do telemóvel na sala operatória (Figura 2).

Figura 2. Categorização dos Resultados



### **Impacto Negativo: Risco para a Segurança do Doente**

#### *Contaminação dos telemóveis e risco de infeção para o Doente*

Após análise dos seis estudos que refletem a temática da contaminação dos telemóveis na SO, verifica-se que os telemóveis pessoais dos elementos das equipas da sala operatória apresentam elevados níveis de contaminação bacteriana, com taxas superiores a 80% em 5 dos estudos apresentados (Ahmed et al, 2020; Jeske et al, 2017; Chang et al., 2017; Murgier et al 2016; Shakir et al, 2015).

Num estudo que pretendia estabelecer uma relação entre a colonização nasal dos profissionais da sala operatória e a contaminação dos seus telemóveis,

verificou-se que em 94,3% dos elementos da equipa a mesma bactéria se encontrava nos seus telemóveis, e simultaneamente nas suas narinas e mãos (Chang et al., 2017).

Por sua vez, uma scoping review realizada em 2020 sobre as práticas recomendadas para a higienização de telemóveis em contexto de sala operatória, revelou que os telemóveis dos elementos da equipa multidisciplinar estão colonizados por microorganismos patogénicos, e que uma descontaminação dos telemóveis é equivalente a um decréscimo significativo da carga microbiana dos mesmos (Dowden et al., 2020), o que também é referido em 3 dos estudos selecionados para a presente revisão (Ahmed et al, 2020; Chang et al, 2017; Shakir et al, 2015). Verificou-se ainda que os profissionais que fazem parte da equipa na sala operatória não têm o hábito de higienizar os seus telemóveis, carecendo orientações específicas sobre produtos para a sua desinfeção e periodicidade da mesma. (Ahmed et al., 2020; Shakir et al, 2015).

A preocupação com a contaminação bacteriana dos telemóveis tem sido alvo de interesse noutros cenários, nomeadamente em Cuidados Intensivos. Numa scoping review sobre a contaminação de telemóveis em unidades de cuidados intensivos e a segurança do doente, os estudos incluídos apontaram para uma contaminação efetiva dos telemóveis estudados, com bactérias presentes na pele e fossas nasais dos profissionais de saúde. Isto indicia uma fraca adesão às medidas de prevenção e controle de infeção, nomeadamente a higienização das mãos, limpeza e desinfeção de objetos, o que associado à falta de recomendações padronizadas, contribui para o aumento de infeções nosocomiais, e compromete a segurança dos doentes em ambiente hospitalar (Loureiro de Moura et al., 2020).

Também em Cuidados Intensivos, outro estudo identificou em 11% das amostras recolhidas dos telemóveis dos profissionais a bactéria *Staphylococcus Aureus* Meticilina Resistente (MRSA), alertando que estes dispositivos podem constituir um veículo de transmissão de microorganismos para o doente crítico, sublinhando a importância de reforçar a higiene das mãos em ambiente hospitalar, assim como a necessidade de se estudar possibilidades de higienização dos telemóveis (Santana-Padilla et al., 2019).

Em jeito de síntese, considera-se que os telemóveis constituem uma fonte de contaminação bacteriana, principalmente em contextos de sala operatória, cuidados intensivos e enfermarias de departamentos cirúrgicos, constituindo um

risco para a segurança do doente. São meios de disseminação de bactérias, pois estas multiplicam-se a uma determinada temperatura, e estes dispositivos estão normalmente acondicionados nos bolsos ou em pequenas bolsas. A constante manipulação dos telemóveis contribui para a transmissão dos microorganismos, pois estes são transportados das mãos do utilizador para o telemóvel, e vice versa, facilitando a cadeia de transmissão até ao doente. A lavagem das mãos frequente e adequada é o único fator que pode ser responsável pela redução do risco de contaminação bacteriana dos telemóveis, associada à descontaminação e ou limpeza regular dos telemóveis com toalhetes desinfetantes, ou com álcool isopropílico a 70% (Shukla et al, 2021).

#### *Hábitos de utilização dos telemóveis na Sala Operatória: Risco de Distração*

Os 5 estudos selecionados sobre os hábitos de utilização dos telemóveis na sala operatória, refletem uma preocupação em identificar implicações para a segurança do doente, no que concerne à distração provocada por estes dispositivos no seio da equipa cirúrgica (Porter et al., 2022; Avidan et al., 2019; Cohen et al., 2018; Pinar et al., 2016; Smith et al., 2011).

Os estudos A11 e A14, aplicados às equipas de anesthesiologia turcas e aos perfusionistas, revelam que os inquiridos acedem ao telemóvel durante a prática anestésica (93,7%) e durante a realização de Circulação Extracorporal (55,6%), respetivamente. Constata-se ainda que 78,3% dos perfusionistas consideraram a utilização do telemóvel preocupante em termos de segurança para o doente. Nestes estudos os inquiridos afirmaram já terem observado colegas distraídos com os seus telemóveis durante as suas funções, embora uma elevada percentagem dos participantes considere que eles próprios nunca se distraíram pela manipulação do telemóvel (Pinar et al., 2016; Smith et al., 2011).

Num estudo observacional de 35 Cirurgias Cardíacas com Circulação Extracorporal, verificou-se que os elementos da equipa passaram cerca de 1,5 minutos concentrados no seu telemóvel, independentemente da fase da cirurgia (Cohen et al, 2018). Uma investigação desenvolvida com o intuito de determinar a quantidade de chamadas telefónicas presentes na sala operatória, revelou que 96% dos telefonemas foram atendidos, com 15% desses telefonemas a provocar

distrações na equipa, maioritariamente pelo cirurgião a falar ao seu telemóvel pessoal (Avidan et al, 2018).

Dos estudos analisados, 3 deles (Porter et al., 2022; Pinar et al., 2016; Smith et al, 2011) referem que a distração constitui uma preocupação para a segurança do doente, expressa por 80% dos inquiridos (Porter et al., 2022; Smith et al, 2011).

A provável necessidade de entender melhor este fenómeno, com recurso a instrumentos fiáveis, levou ao desenvolvimento e validação de questionários, um dos quais resultado desta revisão (Porter et al., 2022). Paralelamente a esse, surge também outro trabalho de validação das qualidades psicométricas de um questionário específico para medir a distração causada por telemóveis na sala operatória (Hasanshahi et al., 2022).

Na verdade, a utilização de telemóveis já tem sido amplamente investigada na prática dos cuidados de saúde. No que concerne às equipas de enfermagem, a perceção que as enfermeiras têm do seu próprio decréscimo de performance profissional associado aos telemóveis, foi avaliada num estudo com os seguintes resultados: 42,5% das enfermeiras questionadas consideraram que os smartphones podem ser uma séria distração durante o trabalho; 69,5% consideraram que o uso pessoal do telemóvel durante o trabalho tem um impacto mais negativo que positivo. Contudo, apenas 7,4% consideraram que o seu trabalho foi nalgum momento afetado de forma negativa pelo seu uso pessoal do telemóvel. Apesar disso, 70,9% relataram que a distração com o telemóvel afetou negativamente um colega de trabalho (McBride et al., 2015). Isto vem de encontro aos achados de alguns dos estudos incluídos nesta revisão, cujos resultados parecem sugerir que o participante poderá ter uma perceção errada do seu próprio comportamento relativamente a esta questão, identificando mais facilmente comportamentos desviantes da parte de colegas (Porter et al., 2022; Smith et al, 2010).

As distrações associadas ao uso do telemóvel poderão ter consequências severas, e na sala operatória isso não é exceção (Neves & Soto, 2019). Por essa razão, a Associação Americana de Enfermeiros de Sala Operatória considera que o uso indisciplinado de telemóveis na sala operatória pode afetar a segurança do doente, impedindo os cuidadores de se focarem no doente. Esta Entidade refere ainda que as distrações na sala operatória podem aumentar a ocorrência de efeitos

adversos, levar a omissões e a um aumento da duração dos procedimentos (AORN, 2013).

Por outro lado, no artigo “Smartphones in the operating room: Can perioperative nurses be trusted?”, é reforçada a importância da utilização de telemóveis na sala operatória, sendo que os autores salientam ser imperativo a existência de um profissionalismo digital para a tomada de decisão relativamente ao momento adequado para aceder ao smartphone, atributo profissional que deve ser desenvolvido e modelado (Armour & Coffey, 2021)

### **Impacto Positivo: Melhoria da qualidade dos cuidados prestados**

#### *Redução dos níveis de ansiedade de crianças no momento da indução anestésica*

Foram identificados dois estudos coincidentes com os critérios de inclusão desta pesquisa, em que os investigadores utilizaram o telemóvel como parte de uma estratégia comportamental para reduzir os níveis de ansiedade infantil no momento da indução anestésica, o que se traduz numa utilização benéfica dos telemóveis na sala operatória (Cumino et al., 2017; Lee et al., 2014).

No primeiro, um estudo com 120 crianças, os resultados demonstraram que no momento da indução anestésica as crianças apresentam menor evidência de ansiedade quando lhes é facultado um telemóvel com conteúdos infantis, conjuntamente com a administração de uma pequena dose de midazolam (Lee et al., 2014). Paralelamente, numa população de 84 crianças, verificou-se que a combinação da distração provocada pelo telemóvel, com a informação escrita por um panfleto entregue aos respetivos pais é uma estratégia eficaz na redução da ansiedade destas crianças na indução anestésica, aumentando os níveis de satisfação dos pais face a este momento (Cumino et al., 2017).

Efetivamente, a utilização do telemóvel como estratégia comportamental e como abordagem não farmacológica para redução da ansiedade no dia da cirurgia revela-se eficaz, sendo a distração uma ferramenta amplamente usada em contexto de pediatria. No caso do uso dos telemóveis para visualização de vídeos ou para aceder a jogos, a distração contribui para reduzir a ansiedade e a dor das crianças e suas famílias em contexto cirúrgico e o envolvimento num jogo interessante, é passível de reduzir a ansiedade pré-operatória das crianças em idade pré-escolar,

melhorar a sua performance e colaboração na indução anestésica, o que também contribui para o seu sucesso (Li et al., 2021; Gao et al., 2014).

### *Melhoria de competências na área do saber*

Na presente revisão foram incluídos dois estudos entendidos como uma utilização benéfica dos telemóveis na sala operatória para melhoria de competências dos profissionais na área do saber, um dos quais sobre a utilização do telemóvel para armazenar informação sobre procedimentos cirúrgicos, e outro sobre a sua utilidade para gravar cirurgias abertas (Park & Lee, 2019; Çelikoyar et al., 2019).

Os enfermeiros consideram os telemóveis uma forma rápida e fácil de aceder a informação confiável, para realizar pesquisa sobre medicação, doenças e informações sobre os diagnósticos dos doentes, usando os seus telemóveis como relógio, temporizador e calculadora. Estas facilidades traduzem-se num aumento da sua disponibilidade efetiva para a prestação de cuidados de enfermagem (Johansson et al., 2012; Smith et al., 2011).

Num estudo desenvolvido sobre a utilidade das funções básicas do telemóvel para a prática dos cuidados de Enfermagem, os enfermeiros acrescentaram ainda a possibilidade de guardar apontamentos, organizar a agenda, marcar lembretes, aceder aos contatos e ao correio eletrónico. Mais de metade dos inquiridos neste estudo reforçaram que os telemóveis têm um impacto na segurança do doente, facilitando o acesso a informações precisas, normas e documentação institucional, melhorando a confiança no seu trabalho (Johansson et al., 2012). A câmara também é apontada como uma importante ferramenta na prestação de cuidados, permitindo a partilha de informação clínica relevante entre colegas, através de fotografia ou vídeo (Jong et al., 2020).

### **Conclusões**

Esta scoping review contribuiu para o conhecimento do impacto do uso do telemóvel pessoal na sala operatória. Algumas vantagens foram identificadas, nomeadamente a sua utilidade na redução de ansiedade infantil no momento da

indução anestésica e como uma ferramenta facilitadora da melhoria de competências na área do saber. Contudo, é o impacto negativo que tem maior expressão nos resultados desta revisão, com 11 estudos a demonstrar evidência de desvantagens na utilização do telemóvel na sala operatória (73,3% dos estudos incluídos na revisão). Estes resultados indicam que a contaminação bacteriana dos telemóveis, associada à inexistência de hábitos de descontaminação destes dispositivos, é um risco para a segurança do doente, bem como a ocorrência de distrações da equipa da sala operatória, decorrente dos seus hábitos de utilização do telemóvel, maioritariamente usados para fins não profissionais.

Estes achados permitem-nos também sugerir a realização de mais estudos:

- I) Que contribuam para a determinação de uma relação causal entre contaminação bacteriana dos telemóveis dos elementos da equipa e as infeções do local cirúrgico;
- II) Que contribuam de forma efetiva para a emanação de orientações institucionais face à descontaminação de telemóveis;
- III) Que permitam identificar com que frequência os profissionais estão de facto distraídos na sala operatória, e até que ponto é que isso tem um real impacto na segurança do doente.

Contudo, na ausência de guidelines mais específicas, é importante sensibilizar os elementos das equipas que prestam cuidados dentro da sala operatória para os riscos da utilização dos telemóveis pessoais na proximidade dos doentes, dos campos operatórios, da equipa estéril, e em momentos chave da cirurgia, apelando ao bom senso e ao profissionalismo de cada um.

## 2. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

### 2.1. Estágio em Cuidados Intensivos

De acordo com o Relatório Final “Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos” (Ministério da Saúde, 2013), uma UCI é considerada “(...) um espaço em que se concentram os meios humanos e técnicos necessários à monitorização e tratamento dos doentes com falência de órgão eminente ou estabelecida, potencialmente reversível” (p. 61). De forma a cumprir estes pressupostos, há que assegurar a existência de profissionais capazes de prestar cuidados de qualidade, nomeadamente no que concerne às equipas de Enfermagem. O enfermeiro qualificado para prestar cuidados em UCI é aquele que, estando em permanência constante à beira do doente, deve estar desperto para as suas necessidades, demonstrar capacidades de resposta em situações críticas e ter uma abordagem rápida e eficaz perante situações de falência orgânica ou/e multiorgânica. Ou seja, pretende-se que estes enfermeiros sejam qualificados e treinados para manusear as situações que lhes são confiadas, com a tecnologia de que dispõem, 24 horas por dia (OE, 2018a). Deste modo, a formação específica e especializada é fundamentada por um aumento da complexidade a nível de equipamentos, técnicas e procedimentos praticados nestas unidades. Isto implica uma capacidade acrescida a nível da abordagem, de forma global, integrada e multidisciplinar do doente crítico. (OE, 2018a).

Assim, para a conclusão deste percurso formativo, realizei um primeiro estágio de cariz opcional que se desenrolou ao longo de 180h, e teve lugar numa unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica (UCI-CCT) de um Hospital pertencente a um Centro Hospitalar nas imediações de Lisboa. A meu pedido, realizei alguns turnos em contexto perioperatório, integrados neste período, num BO pertencente a um Hospital privado também nos arredores de Lisboa.

Relativamente à UCI-CCT, esta é destinada ao suporte perioperatório de doentes submetidos a intervenções do âmbito da Cirurgia Cardiorácica, sendo

que os doentes aqui assistidos provêm de várias zonas do território nacional. Normalmente são internados por situação crítica pré-operatória, ou em contexto de recuperação pós-operatória de cirurgia cardíaca, sendo que as cirurgias mais frequentes são: Implantação de Prótese Valvular Aórtica e Mitral, Cirurgia de Revascularização do Miocárdio, cirurgias para Implantação de Conduitos Aórticos, procedimentos híbridos realizados em conjunto com o Serviço de Hemodinâmica, Transplantes Cardíacos, Implantação de Assistência Ventricular e Excisão de Massas Cardíacas. Além destes, ocasionalmente também se podem encontrar doentes sob ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation), com BIA e com HeartMate, um dispositivo específico de assistência ventricular, que permite que os doentes com falência cardíaca avançada possam posteriormente permanecer no domicílio.

Esta unidade conta com um total de treze camas, sendo que três destas são destinadas a crianças/jovens submetidos a cirurgia cardíaca e sua família, restando dez camas para intervenção ao doente adulto. Cada unidade do doente é composta pelos equipamentos indispensáveis ao cuidado e monitorização do doente crítico. Ao longo de toda a UCI existem três carros de urgência, e também duas caixas de instrumental cirúrgico, preparado para ser utilizado em situações de emergência, caso seja necessário realizar uma esternotomia de urgência.

A UCI-CCT é composta por um total de cinquenta e oito enfermeiros, organizados por equipas. Em cada turno está sempre presente um Chefe de Equipa, que normalmente não assume a prestação de cuidados, ficando mais direcionado às funções de gestão do serviço e da equipa.

Atualmente os registos de Enfermagem são realizados na plataforma PatientCare, encontrando-se o serviço em fase de desmaterialização de papel.

Considerando que experienciar a prática de enfermagem na área do perioperatório constitui uma ponte para o cuidado dos doentes específicos desta UCI, primordialmente do foro cirúrgico, solicitei a realização de alguns turnos num BO. Desta forma, otimizei também um dos meus objetivos específicos, relacionado com a sensibilização das equipas para o tema da minha Scoping Review: “Impacto do uso do telemóvel pessoal na sala operatória”.

Fisicamente, o BO em questão é constituído por 3 salas operatórias. Por definição, sala operatória constitui-se como sendo uma “sala equipada, integrada

em bloco operatório, que permite a execução de intervenções cirúrgicas e de exames que requeiram anestesia geral, ou loco-regional e elevado nível de assepsia” (Ministério da Saúde, 2015, p. 32). Aqui não é exceção, e em termos de equipamentos, cada sala dispõe dos equipamentos e dispositivos necessários à prática cirúrgica e anestésica, em conformidade as necessidades de assepsia e segurança dos doentes.

Este BO funciona semanalmente, entre as 7:30 e as 22:00, abrangendo na sua esmagadora maioria cirurgias eletivas, de várias especialidades cirúrgicas, nomeadamente Ortopedia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Neurologia e Urologia. Os doentes admitidos são normalmente usuários de seguros de saúde, beneficiários de subsistemas de saúde ou pessoas que recorrem a financiamento particular para realização das suas cirurgias.

Por último, relativamente aos recursos humanos, além dos vários elementos da equipa multidisciplinar (Cirurgiões, Anestésistas, Assistentes Operacionais e outros técnicos), a equipa de enfermagem que integra cada sala operatória para procedimentos com anestesia geral/sedação, de acordo com a norma de dotações seguras emanada pela OE, são três enfermeiros: enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante, e enfermeiro instrumentista (OE, 2014).

### 2.1.1. Processo de Aquisição de Competências

A realidade da prestação de cuidados de enfermagem em contexto de UCI é muito específica, e requer uma mobilização de conhecimentos transversal a vários saberes da Enfermagem. De forma a estabelecer uma metodologia de trabalho com vista à rentabilização dos resultados do meu estágio, estabeleci logo à priori um objetivo geral, de onde emergiram dois objetivos específicos, conforme se pode visualizar na tabela 3.

Tabela 3. Objetivos de estágio em Unidade de Cuidados Intensivos

<b>Objetivo Geral</b>	<b>Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, na área de especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos.</b>
<b>Objetivo específico 1</b>	Desenvolver competências na prática de cuidados especializados à pessoa e família em situação crítica, no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos.
<b>Objetivo específico 2</b>	Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, através da sensibilização da equipa para o “Impacto do uso do telemóvel na sala operatória” (Tema da Scoping Review).

Para otimizar a enumeração das atividades e reflexões que fui fazendo ao longo destes contextos de estágio, com vista ao desenvolvimento de competências do cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família, o texto será organizado a partir dos enunciados de cada um dos objetivos específicos, seguindo uma ordem cronológica. Tendo em conta que o início deste estágio foi em perioperatório, começarei a descrição do processo de aquisição de por esse contexto.

### **Objetivo 1.**

“Desenvolver competências na prática de cuidados especializados à pessoa e família em situação crítica, no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos”

A prática de cuidados de enfermagem num BO está relacionada com situações médicas e cirúrgicas complexas, que implicam uma atuação e tomada de decisão fundamentada do enfermeiro, pelo que as competências de um especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa e Família em Situação Crítica, são uma mais valia no seio da equipa perioperatória, não só pela facilidade em antever complicações, mas também pela sua capacidade de resposta em

situações potencialmente complexas, minimizando *outcomes* negativos para o doente.

Numa primeira fase do estágio senti necessidade de me familiarizar com o serviço, através da leitura de alguns documentos e normas, pela observação da dinâmica do serviço e da própria equipa. Embora limitada pelo curto tempo de permanência neste BO, tentei envolver-me na prestação de cuidados à pessoa admitida no BO para intervenção cirúrgica, buscando nessa prática subsídios de um cuidado especializado.

Além do cuidado ao doente propriamente dito, o desenvolvimento de competências ocorreu muito pela observação e acompanhamento do Enfermeiro Orientador, doravante referido como Enfermeiro R. Além da prestação de cuidados, este assume funções de chefia, colabora na gestão de recursos materiais e humanos, estando também envolvido na formação em serviço e na integração de novos colegas.

O Ministério da Saúde (2015), cita a DGS (2015), que descreve o BO como sendo "(...) a unidade orgânico-funcional constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos, destinada à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requeiram elevado nível de assepsia, e em geral anestesia" (p. 33).

Tendo em conta que no BO, a equipa de enfermagem é organizada em função das cirurgias e das salas operatórias, constata-se que a presença de três enfermeiros numa sala operatória, cada um com as suas funções, que muitas vezes se diluem umas nas outras, cria um eixo de atuação relevante, na medida em que o sucesso do procedimento está intimamente relacionado com a sinergia da equipa, que se completa ao longo dos vários momentos cirúrgicos. A comunicação assume um papel fundamental na dinâmica da sala, não só entre os enfermeiros, mas também para com os restantes elementos. Pereira (2010), segundo Lingard et al., (2004) e Markary & Sexton (2006), aponta que a comunicação dentro da equipa cirúrgica, sendo pobre e ineficaz, causa falhas nas relações interpessoais, aumentando a probabilidade de erro médico e podendo também ser um dos motivos de maior stress no BO, diminuindo o reconhecimento pelo trabalho de cada elemento e a eficácia da equipa.

A maioria dos turnos que realizei foram os da manhã. Neste horário, após a chegada ao serviço, há que cumprir uma série de pressupostos, principalmente com o intuito de garantir a segurança do doente. Além da verificação do material necessário para cada cirurgia, os enfermeiros realizam uma check-list da sala operatória, testando os diversos equipamentos. O meu estágio coincidiu com o período em que estava a ser elaborada formalmente a lista dos itens a verificar. Este trabalho estava a ser desenvolvido pelo Enfermeiro R., e tive oportunidade de colaborar na redação da folha com algumas sugestões, ***intervindo na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, colaborando em programas de melhoria contínua***. Paralelamente, contribuí para a segurança do doente, aquele que é o tema que constitui o fio guia desta unidade curricular.

Após a verificação da sala operatória, da preparação dos fármacos, dispositivos anestésicos e organização do material cirúrgico para cada cirurgia, era o momento de receber o doente no bloco operatório. Tradicionalmente, é o Enfermeiro que está de apoio à Anestesia que tem esta função. Recebe as informações do colega do internamento (no caso deste BO específico, todos os doentes provêm do serviço de internamento), realiza a confirmação inequívoca do doente, valida a cirurgia que vai realizar e o seu consentimento, sendo também responsável por acolhê-lo na sala operatória, colaborar na sua transferência para a marquesa operatória, monitorizar e colaborar com o médico Anestesiologista na indução da anestesia.

O acolhimento do doente não é um processo automático e desprovido de humanidade. Constitui um dos momentos mais importantes para a pessoa, que vem ansiosa e angustiada, para uma situação que lhe é desconhecida, de perda de autonomia e privacidade. Coube-nos a nós, atuar no sentido de tranquilizar esta pessoa, encontrando estratégias para promover o seu à vontade, facilitando um acolhimento humanizado.

A indução anestésica é o momento que se segue, constituindo-se como crítico em contexto perioperatório. Para salvaguardar a segurança desse momento, o material necessário para assegurar a via aérea deve estar verificado e testado, ficando disponível em local de fácil acesso. Simultaneamente, a terapêutica utilizada para indução e manutenção da anestesia também é preparada antes da entrada do doente na sala, para minimizar perdas de tempo desnecessárias. A

comunicação entre enfermeiro e médico anesthesiologista deve ser otimizada, não só para evitar erros terapêuticos, mas também para agilizar situações complexas.

Ao longo do estágio, senti necessidade de rever alguns protocolos de administração de terapêutica, principalmente medicação usada em situações de urgência. De forma a garantir uma prática segura e antecipar qualquer falência orgânica, tive o cuidado de preparar a medicação de antemão. Desta forma pude **prestar cuidados à pessoa em situação emergente, principalmente na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, garantindo a administração de protocolos terapêuticos complexos.**

Em contexto de cirurgia, a realização da lista de verificação de segurança cirúrgica é um momento crucial em termos da segurança do doente. O programa “Cirurgia Segura Salva - Vidas” foi estabelecido pela Aliança Mundial para a Segurança do Doente (OMS), com o objetivo de garantir que as equipas, seguindo algumas medidas de segurança críticas, minimizem os riscos mais comuns e evitáveis que colocam em risco a vida e o bem-estar dos doentes cirúrgicos. (DGS, 2009).

A lista de verificação de segurança cirúrgica corresponde a um procedimento realizado com os vários elementos da sala operatória, em que são verificados uma série de itens de forma audível. (Anexo II). Esta é habitualmente realizada pelo enfermeiro circulante (embora qualquer elemento da sala o possa realizar), decorrendo em três momentos chave: I) no período antes da indução da anestesia; II) o período após a indução; III) o período durante ou imediatamente após o encerramento da ferida, antes de retirar o doente da sala operações. Em cada fase, o coordenador da lista deve ter oportunidade de confirmar que a equipa completou as suas tarefas, antes de prosseguirem. (DGS, 2009).

Este procedimento é de extrema importância, mas por vezes, no meio da azáfama, cai no esquecimento da equipa. Eu própria, em diversas ocasiões tive o cuidado de lembrar o Enfermeiro R. e os colegas da sala que estava no momento da realização da lista de verificação cirúrgica, **assumindo um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.**

A imobilidade do doente anestesiado é um fator de risco para o aparecimento de úlceras de pressão, pelo que é fundamental recorrer a material de posicionamento, de forma a proteger as áreas mais sensíveis. Simultaneamente, alguns posicionamentos cirúrgicos tornam-se potencialmente facilitadores para a ocorrência de quedas, estando recomendada a utilização de bandas de velcro e outros dispositivos idênticos para garantir que o doente não cai da mesa operatória. O enfermeiro especialista deve estar particularmente desperto para esses aspetos da segurança do doente, colaborando ativamente na formação dos colegas e contribuindo para a sua sensibilização. Pode colaborar quase sempre no posicionamento dos doentes, supervisionando a atuação dos assistentes operacionais, que além de garantirem a presença dos dispositivos de posicionamento na sala, também dão apoio aos enfermeiros nesta fase, bem como no final da cirurgia, caso seja necessário desfazer algum posicionamento. Desta forma ***supervisioneie as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.***

O fim da cirurgia precede a transferência do doente para a UCPA, momento em que a continuidade dos cuidados deve ser assegurada. Tranquada (2013), refere que as falhas na comunicação influenciam a eficiência da transição dos cuidados, constatando-se que estão na origem da ocorrência de eventos adversos, mais especificamente nos erros de medicação, nos atrasos de tratamentos, erros perioperatórios e quedas fatais.

Neste sentido, um dos objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020 (Ministério da Saúde, 2015) era “*Aumentar a segurança da comunicação*”, o que culminou na publicação da norma da DGS “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” (DGS, 2017a). Aqui está explícito que a transição de cuidados deve ser realizada com recurso à técnica ISBAR, uma ferramenta que facilita a transmissão de cuidados, com base na sua sigla: Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações).

O recurso ao ISBAR no BO permite aumentar o número de informações partilhadas, melhorar a acurácia da informação transmitida, diminuir as distrações e as omissões, promovendo momentos de reflexão entre os profissionais sobre o estado clínico do doente (Mota et al., 2021, segundo AORN, 2018).

Por ter verificado que neste serviço a norma sobre o ISBAR ainda não se encontrava em prática, aproveitei a oportunidade de sugerir a sua implementação ao Enfermeiro R., ***promovendo a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.***

Uma vez que o Enfermeiro R. assumiu várias vezes a gestão do serviço, fiz questão de o acompanhar neste processo. Uma das competências do enfermeiro especialista refere-se à gestão de recursos, o que implica uma mobilização de conhecimentos, principalmente ao nível do manejo de recursos humanos. Implica conhecer a equipa, os pontos fortes e fracos de cada elemento, assim como as dinâmicas do serviço e especificidades de cada área cirúrgica e de cada cirurgia propriamente dita.

Verifiquei que ele tinha o cuidado de manter na sala operatória um colega perito, com os elementos menos experientes ou em integração. Nunes (2010), reforça a importância da existência de um “enfermeiro de referência” nas passagens de enfermeiro iniciante a competente, alguém com mais experiência no contexto, que integra e suporta a integração socioprofissional. Verifiquei que ele ***adaptava o estilo de liderança, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos,*** o que constituiu uma aprendizagem importante para mim.

Tive também oportunidade de o acompanhar na organização de materiais e gestão de equipamentos para as cirurgias, o que me permitiu estar mais desperta para ***a otimização do trabalho de equipa, adequando os recursos às necessidades dos cuidados.*** Embora estas funções sejam realizadas na retaguarda, são indispensáveis ao bom funcionamento do BO.

Outra das competências bem definidas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica, prende-se com a prevenção e controle de infeção e com a resistência a antimicrobianos (Regulamento 429/2018). Em ambiente de BO existe uma preocupação *major* pela manutenção da assepsia nos procedimentos cirúrgicos, que passa pela higienização da sala e respetivos equipamentos, pela desinfeção adequada das mãos dos elementos que integram a equipa cirúrgica, pela colocação do vestuário

adequado, pela administração da antibioterapia profilática conforme as indicações emanadas pela DGS, entre outros.

Com estes pressupostos em mente, atentei sempre numa prática segura, garantindo a assepsia dos procedimentos, promovi a administração da antibioterapia profilática, atuando em conformidade com a norma da DGS “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto” (DGS, 2013), realizando as repicagens de antibiótico conforme indicado. Inclusivamente referi, nalguns procedimentos sem indicação para administração de antibiótico, nomeadamente cirurgia limpa, sem aplicação de material protésico, os motivos pelos quais este não se deveria ser administrado. ***Desta forma maximizei a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.***

---

Marcando o início de uma nova fase, segui para a UCI-CCT onde dei continuidade ao meu estágio. Sendo a UCI-CCT por definição um serviço onde os doentes permanecem algum tempo, a prestação de cuidados de enfermagem é pautada um maior sentido de continuidade, e uma oportunidade de operacionalizar de forma mais evidente o próprio processo de enfermagem. Aqui verifica-se também um maior encontro com a família do doente crítico, na vivência de situações emocionalmente excecionais. Ponte (2017), contextualiza a tipologia deste serviço, afirmando que:

As Unidades de Medicina Intensiva de Cirurgia Cardiorácica são assim, um exemplo da evolução tecnológica e terapêutica, aplicada ao tratamento de doentes em estado considerado crítico. A estas unidades é atribuído um duplo sentido, esperança de vida e gravidade do estado clínico do doente, associados à sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica. (p. 77)

Os primeiros turnos passados na UCI-CCT, foram também vividos numa busca de equilíbrio e de conhecimento de causa, pelo que foi fundamental consultar a documentação relevante do serviço, nomeadamente o manual de integração de novos enfermeiros, e o manual da qualidade do serviço. Paralelamente, senti

necessidade de fazer pesquisa que me permitisse ancorar a minha prestação de cuidados de enfermagem ao doente em contexto de cuidados intensivos.

Acompanhei a Enfermeira Orientadora, doravante referida como Enfermeira S., na prestação de cuidados, sendo que ela habitualmente está adstrita ao cuidado direto ao doente, colaborando frequentemente com a integração de novos elementos ao serviço e orientando estudantes de enfermagem, sendo ocasionalmente responsável pela chefia da equipa de enfermagem nos turnos da noite. Entre nós surgiram conversas e reflexões, muitas vezes fui chamada a partilhar a minha visão sobre determinado assunto, o que contribuiu para estimular o meu pensamento crítico e a minha capacidade de julgamento das situações e das práticas adequadas ao perfil de competências de enfermeira especialista, promovendo **o desenvolvimento do meu autoconhecimento e a assertividade.**

A maioria dos doentes a quem prestei cuidados haviam sido submetidos a cirurgia cardíaca, estando ainda em fase de pós-operatório imediato. Estas cirurgias constituem uma enorme agressão, e estes doentes chegam ao serviço rodeados por uma parafernália de dispositivos médicos invasivos e equipamentos, nomeadamente tubo orotraqueal, cateter venoso central e periféricos, cateter arterial, drenos torácicos, cateter urinário, pensos, soros e seringas infusoras com medicação endovenosa em curso.

Nas primeiras horas os doentes podem apresentar períodos de instabilidade, pelo que requerem um elevado nível de vigilância hemodinâmica e respiratória. Tipicamente, dada a complexidade cirúrgica, estão ainda sob ventilação mecânica e sedados, o que implica por vezes ajustes ventilatórios, e uma diminuição progressiva da sedação e desmame ventilatório ao longo das horas seguintes com vista à sua extubação.

Para facilitar estes desmames, é imperioso avaliar o estado do nível de consciência do doente, existindo duas escalas que são frequentemente utilizadas em contextos de UCI: a Escala de Coma de Glasgow e a Escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS), que se traduzem em ferramentas úteis para a monitorização da evolução do estado de consciência e de sedação/agitação. Torna-se também imprescindível a monitorização das complicações neurológicas, que

podem surgir associadas à hipoperfusão ou eventos de natureza embólica durante a cirurgia.

Adicionalmente, o risco de hemorragia e os desequilíbrios hidro-eletrolíticos são riscos para a integridade do doente, esperando-se do enfermeiro uma conduta vigilante e proativa no despiste destas complicações. Assim, nesta fase, é imperativo monitorizar os sinais vitais, avaliar a adaptação ventilatória do doente, recorrendo à avaliação do equilíbrio ácido-base, monitorizar as características das drenagens e diurese, despistar sinais clínicos de hipovolémia, bem como vigiar atentamente o estado dos pensos, não só das feridas cirúrgicas, como dos drenos e dos acessos venosos. Fernandes et al., (2009, p. 7) referem que:

[A monitorização ] (...) nunca é terapêutica e raramente é diagnóstica. Assim, todo o processo de monitorização hemodinâmica, simples ou complexo, tem de obedecer aos princípios de rigor na deteção, controlo e interpretação dos sinais, para que a avaliação das variáveis fisiológicas seja fiável. Além disso, a manutenção dum sistema de monitorização só é eficaz se integrado num trabalho de equipa multiprofissional, realizado por enfermeiros e médicos à beira do leito. (p.7)

Como se toda esta vigilância não fosse por si só reflexo da competência do enfermeiro, acresce um cuidado especial na prevenção da infeção adquirida nos cuidados de saúde (IACS). Esta é uma grande problemática nas UCI's, pois a presença de dispositivos invasivos, inerentes à complexidade do doente crítico facilitam a ocorrência de infeções. "As IACS agravam o prognóstico da doença de base, prolongam os internamentos, associando mais doenças às que já estavam presentes e aumentando a mortalidade. Simultaneamente, aumentam os custos" (DGS, 2017a, p. 19).

A prevenção das IACS, e a prevenção da resistência a antimicrobianos, constituiu um dos objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020 (Ministério da Saúde, 2015), sendo também um campo *major* de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área do doente crítico. Este tem como função primordial desenvolver a sua atuação, respeitando as normas instituídas pela DGS e PPCIRA, colaborando na sensibilização das equipas. Tive oportunidade, ao longo do estágio, de aplicar os feixes de intervenção da prevenção da infeção relacionada

com o cateter venoso central, com o cateter vesical, com a prevenção da infecção do local cirúrgico e na prevenção da pneumonia associada à ventilação.

A oportunidade de prestar cuidados a doentes nesta fase do seu pós-operatório, traduziu-se no que Benner (2001) refere como domínios da prática da enfermagem: “função de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização do doente” e “a administração e o acompanhamento de protocolos terapêuticos” (p. 72), implicando da minha parte a capacidade de organizar o meu trabalho, estabelecer prioridades, mobilizar conhecimentos sobre potenciais complicações cirúrgicas e controle de infeção. Naturalmente vivenciei algumas dificuldades ao longo deste processo, que com o apoio da Enfermeira S. foram ultrapassadas. Todo o cuidado prestado ao doente nesta fase crítica implicou a ***mobilização de conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.***

Contudo, a postura do enfermeiro ao longo das primeiras horas de pós-operatório não se refere apenas à vigilância hemodinâmica do doente. Há todo um cuidado humanístico que não deve ser descurado. Ouchi et al., (2018) refere que é importante cuidar como um todo, cada ser singular. Ponte, (2017) diz-nos que “A perda de autonomia da pessoa internada numa UCI e atendendo à precariedade do seu estado clínico, obriga a que o enfermeiro no desempenho das suas funções recrute os valores universais do cuidar humano, privilegiando assim a dignidade humana” (p. 58). Estando, muitas vezes perante um doente que se encontra sedado, é imperativo que a prática do cuidar seja acompanhada em primeiro lugar por um sentido de zelo pela pessoa, e pelo seu corpo. No Código Deontológico da Enfermagem lê-se: “O corpo concreto, que qualifica um ser real, é o espaço da ancoragem do ego e da personalidade” (OE, 2015, p. 83), o que nos remete para a importância de respeitar o corpo do doente, e paralelamente proteger a sua integridade física e a sua privacidade.

Neste sentido o enfermeiro deve “Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa”, sendo aqui evidente o dever de proteger, seja em realização ou em delegação, a esfera da privacidade e intimidade da pessoa. (OE, 2015, p. 84). Deve existir uma atenção particular nas mobilizações dos doentes sedados e os cuidados devem ser realizados assegurando a sua privacidade, evitando desnudar a pessoa.

Muitos colegas, e assistentes operacionais, indevidamente supervisionados, não estão sensibilizados para esta temática. Mais uma vez acredito que a educação pelo exemplo é das melhores estratégias, e neste caso procurei cuidar do doente com o maior respeito, ***desenvolvendo uma prática profissional ética e legal, tendo em conta os princípios, normas e valores deontológicos.***

As UCI's são caracterizadas por serem um ambiente inóspito, tecnicista, com iluminação artificial, procedimentos invasivos, com constante movimentação de pessoas, sendo não só stressante, mas também extremamente ruidoso (Ouchi, 2018). O nível de exposição corporal durante o período pós-operatório é elevado, muitos doentes apresentam dor associada ao procedimento cirúrgico e aos posicionamentos, o que remete desde logo para um compromisso do conforto dos doentes, implicando a operacionalização da Teoria do Conforto.

Segundo esta Teoria, o Conforto é tido como um estado em que as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência são satisfeitas, ao longo de quadro contextos, nomeadamente o físico, ambiental, sociocultural e Psico-espiritual (Kolcaba, 2003). Assim, o enfermeiro deve minimizar este tipo de desconforto, podendo fazê-lo através da mobilização de algumas estratégias confortadoras, descritas por Sousa (2020). A dor deve ser avaliada, recorrendo a ferramentas adequadas, conforme o grau de consciência do doente. No caso de doentes sedados ou inconscientes, nesta UCI, é usada a escala comportamental da dor (BPS: Behavioral Pain Scale). Segundo Ferreira et al., (2014):

Nos doentes incapazes de comunicar, não existe uma monitorização única de dor. Existem sim escalas de avaliação em que são considerados critérios subjetivos como expressão facial e movimento no leito, bem como parâmetros fisiológicos como pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, lacrimejo ou sudorese. (p. 17)

Assim, sabendo que a dor acompanha os processos cirúrgicos, estando também associada a determinados posicionamentos, e à realização de procedimentos invasivos, administrei analgesia conforme prescrito, e quando verifiquei a ausência de terapêutica analgésica contactei o médico para que este procedesse à sua prescrição, contribuindo para a ***gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, otimizando as respostas.***

Contudo, a promoção do conforto do doente não se esgota no alívio da dor, esperando-se do enfermeiro a mobilização de atitudes de conforto eficazes. No contexto dos cuidados ao doente crítico, o seu conforto deve ser também otimizado visando a manutenção de um ambiente tranquilo e o mais silencioso possível, da implementação de estratégias de comunicação efetivas entre enfermeiro e doente/família, do posicionamento, pela manutenção de um leito limpo, e pelo alívio de zonas de pressão. A prestação de cuidados de higiene diários, e sempre que necessário, são por si só uma atitude confortadora, pois como nos refere Sousa (2020) "Os cuidados de higiene e arranjo pessoal tornam o doente livre de microrganismos patogénicos, promovem a sensação de alívio e de leveza, e melhoram o estado do conforto" (p. 73). Neste aspeto aprendi muito com a Enfermeira S., Conjuntamente desenvolvemos uma prática humanizada na prestação dos nossos cuidados, com especial ênfase na promoção do conforto dos doentes. Isto traduziu-se para mim, num reforço da gestão das **práticas de cuidados, fomentando a segurança, privacidade e dignidade do doente.**

No caso dos doentes submetidos a cirurgia *major*, como a cirurgia cardíaca, em fase de pós-operatório imediato, o aquecimento é uma mais valia e deve fazer-se com recurso a aquecedores ativos, traduzindo-se não só num upgrade a nível do seu conforto, como também numa influência positiva na manutenção da sua estabilidade hemodinâmica. Oliveira et al., (2022) refere Almeida et al., (2021) & Danczuk et al., (2015), que sublinham que a Hipotermia pode resultar em complicações que vão desde o desconforto corporal até alterações hemodinâmicas graves. Tendo conhecimento das indicações para aquecimento do doente, tive esse cuidado quando recebi doentes em pós-operatório imediato, mobilizando os meus conhecimentos e suportando **a prática clínica em evidência científica.**

No decorrer do estágio tive oportunidade de operacionalizar o Processo Enfermagem, ao longo das suas fases. Desde a colheita de dados, ao diagnóstico das situações, planeamento dos cuidados, implementação das intervenções de enfermagem e subsequente avaliação dos cuidados prestados, experienciei vários momentos do cuidado ao doente crítico. Já num pós-operatório mais tardio, assisti na extubação dos doentes, na realização de cuidados de higiene e conforto, realizei

primeiros levantes, e pude ainda colaborar na transferência de doentes para o serviço de internamento. Numa manhã, fiquei responsável por um doente que tinha apresentado um AVC no pós-operatório, e que já se encontrava na UCI há alguns dias. Após os cuidados de higiene, realização dos pensos e posicionamento, verifiquei que este apresentava gradualmente pressões arteriais mais baixas, tendo começado por aumentar o volume dos soros. Contatei o médico de serviço, informando-o desta situação. Este veio observá-lo, e foram de imediato instituídas medidas de suporte (início de noradrenalina em perfusão). A minha atuação correspondeu com o que Benner (2001) refere como sendo “Identificação e tomada a cargo da crise de um doente até à chegada do médico” (p. 141), no domínio da “tomada a cargo eficaz de situações de evolução rápida” (p. 72). A autora observa que são requeridos “(...) conhecimentos e competências para determinar a gravidade de uma situação e a necessidade de uma intervenção rápida - o que pode e deve ser posto em marcha enquanto se espera a chegada do médico” (Benner, 2001, p.141). Desta forma demonstrei **competência para cuidar da pessoa em situação de emergência, gerindo os cuidados em situação de emergência.**

Ao prestar cuidados de enfermagem aos doentes submetidos a cirurgia cardíaca, tive oportunidade de estabelecer com eles uma relação terapêutica e uma relação de ajuda, desenvolvida em vários momentos do cuidado. Benner (2001) destaca algumas atitudes do enfermeiro, facilitadoras da relação de ajuda, como o “estar presente”, avaliar e gerir a dor do doente, favorecer um ambiente adequado ao estabelecimento de uma relação que facilite a cura, reconfortar e comunicar pelo toque, guiar o doente no sentido da sua procura de saúde, utilizar objetivos com um fim terapêutico e apoiar os doentes e informar as suas famílias.

É possível aqui estabelecer um paralelismo entre as ações confortadoras referidas por Sousa (2020), e simultaneamente relacionar aspetos deste domínio com a Teoria das Transições. De facto, verifiquei na minha interação com os doentes submetidos a cirurgia cardíaca, o papel esmagador da vivência da sua transição de saúde-doença, tendo inclusivamente compreendido que as transições são múltiplas, complexas e não ocorrem isoladamente (Meleis et al., 2000), na medida em que implicam uma mudança na saúde da pessoa, refletindo-se em

alterações noutras esferas da sua vida, como pode ser o caso de perda de papéis familiares e/ou profissionais.

É expectável que, neste caso específico, a vivência desta transição se tenha iniciado num evento crítico como seja a ocorrência de um EAM ou no diagnóstico da doença cardíaca. De facto, Meleis (2010) diz-nos que a experiência da transição se inicia mal uma mudança ou evento é antecipado, o que implica que, possivelmente nesta fase de pós-operatório a pessoa já terá assumido determinados comportamentos face a esta situação de mudança, mas ainda assim estará frágil. Os padrões de resposta mais comuns das transições incluem desorientação, stress, irritabilidade, ansiedade, depressão, alterações no autoconceito, na autoestima (Meleis, 2010), o que coincide com alguns dos sentimentos experienciados por estes doentes, dado que, uma cirurgia desta magnitude é uma situação de grande stress, que se traduz em angústia para o doente e sua família.

Ao conversar com alguns destes doentes, pude identificar dificuldades, na aceitação desta transição, pois se a maioria já tinha consciência da mudança, o seu envolvimento no compromisso de incorporação de uma nova identidade e aceitação de novos comportamentos, nomeadamente no que concerne ao estilo de vida, ainda se encontrava aquém. (Meleis, 2010) defende que, uma vez que os enfermeiros se relacionam com indivíduos biopsicossociais, a capacidade de compreender o comportamento dos seus clientes é imperativa para a realização de diagnósticos de enfermagem adequados, e intervir junto do doente com uma ação facilitadora, usando estratégias de forma a conduzir o doente no sentido de uma vivência mais estável da sua transição.

Aqui a Comunicação assume um importante papel, constituindo uma intervenção de enfermagem: é o processo que tanto facilita a implementação das estratégias, como facilita a aquisição da mestria (Meleis, 2010). Pude intervir como facilitadora deste processo de transição, mostrando-me disponível para ouvir os meus doentes, para responder às suas questões e sugerindo-lhes formas de integrar esta nova transição na sua vida. Desta forma consegui **gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde**, ao mesmo tempo **que estabeleci uma relação terapêutica** e que **assisti a pessoa nas perturbações emocionais decorrentes da sua situação crítica de doença**.

À semelhança do doente crítico, também a sua família, que vive um momento de transição, de forma complexa e multifatorial, deve ser alvo dos cuidados especializados do enfermeiro.

Bjork et al., (2019) referem que os familiares do doente crítico apresentam cinco principais necessidades: permanecer próximos do doente, estarem confortáveis, receberem informação, sentirem-se apoiados, e receberem garantias razoáveis do estado clínico do seu ente querido. A família do doente em UCI apresenta emoções como ansiedade, medo e solidão, estando documentado que uma comunicação eficaz entre a equipa da UCI e os membros da família contribui para a redução do stress e alívio do seu sofrimento (Warrillow et al., 2015).

No decurso do estágio, o facto de ter assistido e de certa forma experienciado várias visitas de familiares, implicou que sentisse necessidade de refletir e pesquisar um pouco mais sobre esta temática. Desta forma identifiquei a utilidade de uma Teoria de Médio Alcance, a Teoria de *Sensemaking* Facilitada, uma teoria destinada a dar suporte/apoio às famílias de doentes internados em UCI (Davidson, 2010).

Segundo esta teoria, os enfermeiros podem providenciar atividades concretas para os familiares realizarem à beira do doente (aplicar bálsamo labial, ler o jornal, fazer uma massagem nas mãos ou pés, rezar, entre outros), dando-lhes um propósito, e de certa forma a oportunidade de desempenharem um novo papel, contribuindo para a criação de mecanismos de coping (Davidson, 2010). Simultaneamente, os enfermeiros podem também contribuir para a envolvimento e desconstrução da complexidade da situação clínica, fornecendo algumas informações simples sobre o ambiente que rodeia o doente.

A identificação desta teoria foi uma mais valia, não só para a minha prática assistencial ao doente e família, que ganhou mais consistência, mas também para a minha Enfermeira Orientadora, que não conhecendo a teoria referiu a sua utilidade na realidade do seu quotidiano enquanto enfermeira em UCI. ***Fui facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho***, e paralelamente adquiri um know-how mais fundamentado que me facilitou ***a assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de doença e falência orgânica.***

---

## Objetivo específico 2.

“Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, através da sensibilização da equipa para o “Impacto do uso do telemóvel na sala operatória”  
(Tema da Scoping Review)

Inserido no tema da Segurança do Doente, eixo transversal da minha praxis ao longo desta unidade curricular, propus-me a divulgar no seio da equipa de enfermagem, os resultados da minha scoping review sobre o impacto do uso do telemóvel na sala operatória.

Embora nesta fase do estágio ainda não tivesse a revisão concluída, já tinha os resultados da pesquisa, o que me permitiu, em conversas informais divulgar alguns achados, particularmente sobre o impacto negativo do uso dos telemóveis pessoais na segurança do doente. De forma mais formal, elaborei um poster (Apêndice I) que entreguei no BO, onde divulguei os resultados preliminares da scoping review, e apresentei algumas sugestões para melhorar a dinâmica da utilização dos telemóveis pessoais na sala operatória.

Paralelamente, em contexto de UCI, também elaborei um poster, mais simplificado, apenas com os resultados da revisão. (Apêndice II) Desta forma fui, mais uma vez, **facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho.**

### 2.2. Estágio em Serviço de Urgência

Um SU caracteriza-se pela sua complexidade, tendo por objetivo receber, realizar o diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar (ACSS, 2015). Sobre a sua atividade assistencial, a ACSS cita a Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência (2015), descrevendo uma situação de urgência “(...) como um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo, (curativa ou paliativa)”, perante risco de vida ou de perda de função orgânica (p.1).

A natureza dos cuidados de enfermagem especializada em contexto de emergência é direcionada para a antecipação de situações de falência multiorgânica, sendo expectável que os enfermeiros sejam capazes de identificar e

atuar perante focos de instabilidade, gerindo situações de complexidade clínica, e mobilizando conhecimentos em suporte avançado de vida e trauma. (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

Como uma etapa deste percurso académico, e reforçando a importância da aprendizagem em situações reais (Benner, 2001), surge a vivência da experiência do cuidado especializado em contexto de emergência. Assim, ao longo de 180 horas, realizei o meu estágio de SU, num Serviço de Urgência Geral de um Centro Hospitalar nas imediações de Lisboa. Este caracteriza-se por ser polivalente, de elevada complexidade, funcionando 24h por dia durante todo o ano, com a missão de prestar assistência clínica ajustada a cada caso, atempada, digna e de qualidade, aos doentes que a ela acedem.

O SU em questão destina-se ao doente adulto em situação emergente, no âmbito da sua área de abrangência geográfica. As pessoas que aqui se deslocam, são observadas, conforme as suas queixas, por elementos das seguintes especialidades médicas e cirúrgicas: Medicina Interna, Ortopedia e Cirurgia Geral (estas três especialidades com equipas presentes no SU durante 24/h por dia), Psiquiatria, Cardiologia, Neurologia, Cirurgia Cardiorácica, Anestesia, Cirurgia Plástica, Urologia, Cirurgia Vasculuar, Gastroenterologia, Nefrologia e Otorrinolaringologia. Os elementos destas equipas são provenientes dos três hospitais que compõem o referido Centro Hospitalar.

Relativamente à equipa de enfermagem, esta é extensa, contando com cerca de 100 enfermeiros que são distribuídos pelos vários setores, em regime de horário rotativo com turnos (Manhã: 08:00h às 16:30h; Tarde: 16:00h às 23:00h, Noite: 22:30h às 08:30h), numa média de 16 enfermeiros por turno. No turno da Manhã é possível encontrar, além da Enfermeira Chefe, três enfermeiras coordenadoras, havendo sempre um enfermeiro chefe de equipa nos turnos da Manhã, Tarde e da Noite, elemento esse que à partida não tem doentes atribuídos, tendo maioritariamente funções de coordenação e gestão da equipa, e do próprio serviço.

A integração de novos elementos na equipa de Enfermagem é complexa e prolongada. Normalmente, está indicado que os enfermeiros frequentem o curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) ou Suporte Imediato de Vida (SIV), assim

como o Curso de Triagem de Manchester antes do momento da sua integração na Triagem.

No que concerne à sua organização física, o SU estende-se ao longo de um corredor relativamente longo, podendo-se considerar que o serviço começa na zona da Triagem, e termina no outro extremo do corredor, junto ao SO (Sala de Observação). Assim, são os setores do SU:

- Triagem (2 gabinetes);
- Sala de Reanimação (um espaço com capacidade para 4 macas);
- Zona do Balcão (dividida em Balcão de Inalatórios, Balcão Ambulatório, Balcão Macas)
- Balcão Trauma;
- Sala de Pequena Cirurgia;
- Salas de Decisão Clínica (Sala 1 com 3 vagas, normalmente alocadas para Psiquiatria, e Sala 2 com 5 vagas)
- Sala “Covid 1” (Sala para casos confirmados de Sars-Cov-2, Vírus Sincicial Respiratório e Vírus Influenza A)
- Sala de Observação (SO) com capacidade para 13 vagas, sendo que uma destas unidades é para isolamento, apresentando pressão negativa.

A prestação de Cuidados de Enfermagem ao Doente Crítico pode ser transversal a todas as áreas do SU, na medida em que a situação clínica dos doentes admitidos em contexto de urgência pode evoluir desfavoravelmente, no sentido da falência orgânica. Todavia, existem zonas que à partida são mais direcionadas para esse tipo específico de doentes, nomeadamente a Sala de Reanimação e o SO.

Destas salas acima apontadas, a sala de reanimação foi o espaço onde realizei a maioria dos meus turnos, sendo aquele que reúne todas as condições para a resposta eficaz e atempada em situações de emergência. Este espaço apresenta 4 unidades, cada uma equipada com todo o equipamento e dispositivos imprescindíveis ao cuidado emergente do doente adulto, à sua monitorização, estabilização e medidas de suporte avançado de vida, caso tal se justifique.

Nesta sala encontra-se uma máquina para realização de gasimetrias, um carro de emergência equipado com um desfibrilhador, uma estufa para soro

aquecido, duas malas com o material necessário ao transporte de doentes críticos, uma mala para utilização em situações de Via Verde AVC, material para ventilação invasiva e não invasiva, múltipla terapêutica para administração endovenosa e oral, e algum equipamento para situações de trauma. Normalmente está um Enfermeiro escalado para prestar cuidados neste espaço, estando protocolada a realização de uma check-list dos equipamentos e materiais no turno da manhã. Além do carro de emergência da sala de reanimação, existem três carros de emergência ao longo do serviço, nomeadamente na zona do balcão, sala Covid 1 e SO.

Em termos do circuito do doente, este é admitido na zona da triagem onde é feita uma avaliação do seu estado, com recurso aos algoritmos que compõem o Sistema de Triagem de Manchester. No momento da triagem as pessoas são referenciadas para a especialidade mais adequada à sua situação, podendo o Enfermeiro que tria os doentes solicitar de imediato alguns exames complementares de diagnóstico, nomeadamente radiografias, eletrocardiograma e testes para despiste de Sars-Cov-2.

Os utentes com instabilidade hemodinâmica/risco de vida reúnem critérios para admissão imediata na sala de reanimação, de onde são posteriormente escoados para o SO, Sala de Decisão Clínica ou Balcão, conforme evolução clínica. Este circuito não é estanque, pois qualquer doente, alocado a qualquer zona do SU, pode ser transferido para um espaço com maior capacidade de vigilância, conforme as suas necessidades clínicas.

#### 2.2.1. Processo de aquisição de competências em Serviço de Urgência

À semelhança do estágio em UCI, também neste caso foi elaborado um projeto de estágio, onde foi formulado um objetivo geral, do qual resultaram dois objetivos específicos. De forma a facilitar a sua leitura, estes foram organizados na tabela 4.

Tabela 4. Objetivos de estágio em Serviço de Urgência

<b>Objetivo Geral</b>	<b>Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, na área de especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, em contexto de Serviço de Urgência.</b>
<b>Objetivo específico 1</b>	Desenvolver competências na prática de cuidados especializados à pessoa e família em situação crítica, no contexto de Serviço de Urgência.
<b>Objetivo específico 2</b>	Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, através da sensibilização da equipa para o “Impacto do uso do telemóvel na sala operatória” (Tema da Scoping Review).

### **Objetivo 1.**

“Desenvolver competências na prática de cuidados especializados à pessoa e família em situação crítica, no contexto de Serviço de Urgência”

Vivenciar a Enfermagem em SU é tudo menos fácil. Aliado a um serviço física e emocionalmente complexo, surge uma dificuldade inerente aos cuidados, que implica uma grande ginástica dos enfermeiros, para conseguirem cuidar dos seus doentes de forma segura, eficiente, digna e humana. Além de complexo é desgastante, e talvez por isso se verifica um grande êxodo dos profissionais mais experientes, sendo este serviço marcado pela presença de profissionais muito jovens, não só em termos de experiência, como de idade.

A minha enfermeira orientadora, doravante designada como Enfermeira C., é das que detém mais experiência neste serviço, exercendo enfermagem no SU, quase como se de uma missão se tratasse. Foi um pouco imbuída neste espírito de missão que me envolvi gradualmente na dinâmica do SU, pela mão da Enfermeira C., com quem desenvolvi uma relação de parceria nos cuidados, que me surpreendeu, mas que se justificou pela minha postura proativa ao longo do estágio,

e também pelo facto de já ter experiência profissional, desenvolvida ao longo de 17 anos, que não sendo em SU, foi maioritariamente adquirida no contacto direto com o doente, em enfermaria e cuidados intermédios, contextos em que também vivenciei verdadeiras situações de urgência.

Poderia dizer que comecei o estágio pela consulta de normas e procedimentos do serviço, mas na verdade, num contexto pós pandemia, muitas destas normas encontram-se em fase de revisão, pelo que tive necessidade de me ancorar bastante nas partilhas da Enfermeira C. e de alguns dos colegas, que também tiveram um papel ativo no meu percurso formativo. Contudo, a pesquisa bibliográfica ao longo do estágio foi uma importante fonte de aprendizagem, relevante para a minha prática, pois um SU acolhe doentes com múltiplas situações críticas e patologias, que implicam a mobilização de protocolos e de conhecimentos, desconhecidos para mim, até essa data.

Tendo em conta que a Enfermeira C. assume frequentemente a responsabilidade de chefia de equipa, pude acompanhá-la várias vezes neste processo. Para desempenhar este papel é fundamental a existência de um grande know-how sobre o funcionamento do serviço, conhecimento das capacidades dos colegas de equipa, bem como uma compreensão interdisciplinar, ou seja, a chefia do SU predispõe uma atuação compatível com a postura de uma “enfermeira(o) perita(o)”:

[As Enfermeiras] (...) peritas funcionam como chefes de orquestra em situações complexas, enfrentando em todas as frentes, respondendo a todas as necessidades. Elas são particularmente capazes de separar os problemas, estabelecer rapidamente as prioridades e delegar no pessoal disponível. Elas sabem como agir face a situações imprevisíveis e ajustar a sua estratégia em consequência. Além disso, elas têm confiança na sua própria capacidade, e raramente entram em pânico em alturas de crise. (Benner, 2001, p.140)

No início destes turnos percorríamos o serviço, acompanhando o chefe de equipa do turno anterior, que nos inteirava dos doentes que suscitavam preocupações, nos vários setores. Depois de termos uma visão geral do serviço, resolvíamos assuntos pendentes, nomeadamente transferências, geríamos a equipa de enfermagem e assistentes operacionais, dialogávamos com a equipa

médica no sentido de agilizar situações e articulávamos cuidados com outros serviços e departamentos do hospital. Figueira (2013), reforça o papel da comunicação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar em SU: “No SUG o espírito de equipa é essencial, dada a dinâmica do serviço (...) Se não existir uma cumplicidade e complementaridade entre a equipa multidisciplinar, a vida e o prognóstico dos doentes pode ficar comprometida.” (p.33)

Esta área de atuação específica do enfermeiro especialista revela-se como uma faceta essencial da Enfermagem, estreitamente relacionada com dois dos domínios da prática de enfermagem, segundo Benner (2001): “Assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de saúde” e demonstrar “competências em matéria de organização e de repartição de tarefas”(p.72). No sentido de estimular o meu desenvolvimento de competências, neste aspeto em particular, fui envolvida ativamente na gestão de aspetos do serviço pela enfermeira C., que frequentemente me questionou: “Se fosses tu, o que farias?”. Estas interpelações contribuíram para estimular o meu pensamento crítico e a minha capacidade de julgamento, numa base técnica, ética, científica e humana. Desta forma, colaborei na **gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.**

Num dos primeiros turnos que acompanhei a Enfermeira C, vivenciei uma situação de urgência, com um jovem, que apresentava um hemopneumotórax, resultante de um acidente desportivo. Este doente tinha já uma drenagem torácica funcionante, e quando passámos pelo SO no início do turno encontrava-se estável hemodinamicamente, comunicativo e bem disposto. Ainda assim, foi referenciado como alvo de preocupação. Cerca de 2h depois, fomos chamadas, pois este apresentava sinais de colapso respiratório, com saturações periféricas já inferiores a 90%, taquicárdico, sudorético, e com diminuição das pressões arteriais. Este foi de imediato preparado para realização de TAC, e rapidamente seguimos para o Serviço de Imagiologia.

O jovem apresentava dor intensa, tendo-se identificado na realização do exame uma obstrução do seu dreno. No meio desta azáfama a médica deu indicação para administração de 2 mg de morfina endovenosa. Visto que a Enfermeira C. estava ocupada, **otimizei o processo dos cuidados ao nível da**

**tomada de decisão**, agindo proativamente: procurei a morfina na mala de transporte (nunca saíamos do serviço sem a mala de transporte), preparei, e depois, não querendo administrar sem validar com a Enfermeira, principalmente porque era um dos primeiros turnos que fazíamos conjuntamente, perguntei-lhe se podia proceder à sua administração. Esta ficou surpreendida pela minha postura diligente, numa fase tão recente do estágio. Deu-me consentimento para administrar a morfina e penso que este episódio marcou o início da nossa relação de confiança, traduzindo-se também na primeira ocasião em SU, que fiz **a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica**. O facto de ter agido prontamente, aguardando pela confirmação da Enfermeira C. para proceder à administração terapêutica, revelou que tenho **consciência de mim, enquanto pessoa e enfermeira, demonstrando autoconhecimento e assertividade**.

Já de volta ao serviço, este jovem foi transportado para a sala da reanimação, com vista à estabilização da sua situação. Aqui intervi mais uma vez de forma ativa, colaborando na sua monitorização, puncionando um acesso venoso de grande calibre, e assistindo com a Enfermeira C. a equipa médica na colocação de novo dreno torácico e CVC, **cuidando da pessoa em situação de emergência**.

Esta situação permite ainda realizar uma reflexão, com base no modelo de competências de Dreyfus & Dreyfus, no qual Patrícia Benner se inspirou para a obra “De iniciado a Perito”. Benner (2001), refere que o desenvolvimento de competências se processa ao longo de vários níveis, nomeadamente iniciado, iniciado-perito, competente, proficiente e perito. Neste caso, assistimos a uma situação em que uma enfermeira iniciada (a colega responsável pelo jovem era recém-licenciada), apenas se apercebeu da obstrução deste dreno quando o jovem apresentou sinais claros de insuficiência respiratória, não tendo capacidade de identificar esta situação num estado inicial, quando possivelmente o jovem manifestou precocemente sinais de desconforto respiratório. Opostamente, um enfermeiro perito é capaz de “ (...) reconhecer mudanças fisiológicas subtis. Podem reconhecer sinais de choque antes mesmo do aparecimento de alterações nos sinais vitais, e podem deduzir a eventual necessidade de iniciar uma reanimação, antes que o colapso vascular ou que alterações dramáticas nos sinais vitais se produzam (Benner, 2001, p.33 ). Verifiquei que a carência de enfermeiros com mais

experiência neste serviço se reflete na falta de acompanhamento dos profissionais mais jovens, o que pode ter efeitos negativos sobre a segurança do doente. Inclusivamente a Enfermeira C., à posteriori em análise da situação, sabendo que era um doente de risco, deveríamos ter estado mais atentas à evolução da sua situação, principalmente pela inexperiência da equipa.

Neste serviço, os novos elementos são integrados em primeiro no SO, sendo expectável que praticamente em todos os turnos estejam enfermeiros iniciados a prestar cuidados neste setor. Este SO, sendo uma sala de observação, pode ter doentes com alguma instabilidade hemodinâmica, doentes com maior nível de cuidados, apresentado uma atividade assistencial compatível com uma Unidade de Cuidados Intermédios. Dado esta especificidade, não me parece que seja um setor por onde os enfermeiros recém-licenciados devam iniciar a sua integração, e tive oportunidade e à vontade de partilhar esta opinião com a Enfermeira C, colaborando na **gestão de respostas de adaptabilidade organizacional**.

Realizei alguns turnos com a Enfermeira C. na zona da Triagem, um setor fundamental para a atividade do SU. Aqui é feita uma avaliação das queixas dos doentes, com recurso aos algoritmos que compõem o Sistema de Triagem de Manchester, resultando na classificação dos admitidos por níveis de urgência, com a subsequente atribuição de uma pulseira com determinada cor, ou seja: azul: não urgente; verde: pouco urgente, amarelo: urgente; laranja: muito urgente; vermelho: emergente, em risco de vida.

No momento da triagem, as pessoas são referenciadas para a especialidade mais adequada à sua situação, sendo que a capacidade do enfermeiro em “triar” adequadamente, conforme as queixas do doente, é muito importante e só é possível graças a um entendimento de toda a dinâmica do SU. De facto, observei que apenas os enfermeiros considerados peritos ou pelo menos os proficientes, devidamente integrados em todas as valências do SU, e com realização do curso de Triagem de Manchester passavam por este posto.

Sempre que no momento de admissão os doentes reuniam critério para tal, eram diretamente encaminhados à sala da Reanimação. A Sala de Reanimação é o espaço mais indicado para a prestação de cuidados a doentes críticos, emergentes, ou em risco de vida. Segundo a OE, citando a ACSS (2015), esta sala é a que está vocacionada para o “Apoio urgente ou emergente a doentes em estado

crítico. Com condições para suporte avançado de vida” (...) (OE, 2018b, p.1). A OE acrescenta ainda que, “(...) o profissional detentor do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que detém o core de competências adequado para dar resposta às necessidades em cuidados em contextos de prática clínica de sala de emergência/reanimação” (OE, 2018b, p.2), pelo que, sempre que foi possível, prestei cuidados de enfermagem na Sala de Reanimação.

Aqui experienciei múltiplas situações de urgência, embora nenhuma requeresse realização de suporte avançado de vida. Como mais frequentes destaco as seguintes: doentes com patologias cardíacas, nomeadamente arritmias, suspeitas de EAM, doentes com quadro sugestivo de AVC, muitos com critérios para ativação do protocolo “Via Verde AVC”, crises convulsivas e desequilíbrios hidroeletrólíticos. Ocasionalmente este espaço era usado, caso houvesse disponibilidade de vaga, para realização de determinados procedimentos, como paracenteses evacuadoras, punções lombares, e endoscopias digestivas altas de doentes críticos, vindos de outras instituições que não tinham apoio da especialidade de Gastroenterologia. Era ainda frequente a presença do médico anestesiológista para a realização de procedimentos que requeriam algum nível de sedação, sendo vital a colaboração multidisciplinar para a antevisão de situações complexas. Este foi, por excelência, o setor do SU onde **prestei cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica**. Por conseguinte, a complexidade clínica das situações, e existência em vigor de vários protocolos, nomeadamente o protocolo da “Via Verde AVC”, o protocolo de “Transfusão Maciça”, a ativação do Gricode (sistema integrado de Hemovigilância), implicaram para mim a necessidade de realizar pesquisa bibliográfica, com o intuito de conseguir, de forma segura e fundamentada, **suportar a prática em evidência científica, garantindo a administração de protocolos terapêuticos complexos**.

Durante a minha permanência na sala de reanimação, diversas vezes colaborei no transporte de doentes para o serviço de imagiologia, para realização de TAC, e também tive oportunidade em dois casos, de efetuar com um colega, o transporte de doentes críticos a nível intra e inter-hospitalar. Segundo Nascimento (2020), o enfermeiro, perante a necessidade de transportar um doente crítico deve estar preparado para o imprevisto e ter capacidade para atuar na antecipação da

instabilidade, de forma a prevenir complicações. A OE recomenda que o transporte de doente crítico seja efetuado por um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (OE, 2019). Contudo, tal nem sempre é possível, pelo que aqui no SU verifiquei que era escolhido um dos enfermeiros mais diferenciados, pois é vital no transporte assegurar o mesmo nível de monitorização que na unidade de base.

Neste contexto, conjuntamente com a Enfermeira C., pude colaborar na integração de novos elementos. Perante a necessidade de transferir um doente, a quem tinham sido colocados drenos torácicos, a colega apresentou dúvidas relativamente à clampagem dos drenos para a realização de transporte. Tendo vivido recentemente essa realidade, no estágio de Cuidados Intensivos, pude explicar-lhe o procedimento adequado. Desta forma, fui **facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho**.

Transversal à prática de cuidados de enfermagem em SU, assume-se a garantia da segurança do doente. Particularmente, no caso dos Serviços de Urgência, alguns dos obstáculos à manutenção de um ambiente seguro são a alta taxa de afluência de doentes, limitações de espaço físico, baixas dotações de enfermeiros por número de doentes, formação inadequada e comunicação ineficaz (Vilhena, 2018; Portela et al., 2017). No caso da sobrelotação, Magid et al., (2009) referem que a colocação de doentes em corredores ou salas comuns é um obstáculo à monitorização ou observação adequadas. O excesso de doentes tende a apressar os cuidados clínicos, o que pode resultar em avaliações precipitadas, erros de diagnóstico ou tratamento errado.

Diz & Lucas (n.d.) referenciando Alshyyab et al., (2019) apontam para a segurança do doente como algo difícil de obter nos cuidados de saúde prestados no SU, referindo que o facto dos profissionais trabalharem em condições de alta pressão, com múltiplas interrupções e restrições de tempo, aumenta a possibilidade de erros e de desfechos desfavoráveis dos doentes.

Pude vivenciar estas dificuldades enquanto prestadora de cuidados neste serviço. Muitas vezes a azáfama era tal em determinados setores, que só a manutenção de certos procedimentos de segurança garantiam a ausência do erro, como a existência de uma comunicação adequada e efetiva entre os vários elementos da equipa interdisciplinar, a realização da confirmação inequívoca do

doente sempre que necessário, de acordo com a norma em vigor (DGS, 2011b) e a prática de uma administração terapêutica segura (DGS, 2015).

Elliot & Liu (2010), referem que das tarefas desempenhadas pelos enfermeiros, a administração de terapêutica é inquestionavelmente a mais arriscada, e recomendam como medida de segurança, que sejam cumpridos os nove certos no processo de administração de medicamentos: 1. Doente certo, 2. Medicamento certo; 3. Dose certa; 4. Hora certa; 5. Dose certa; 6. Documentação certa; 7. Razão/orientação certa; 8. Forma certa; 9. Resposta certa. Aqui gostaria de referir que, em contexto de emergência, muitas vezes a prescrição médica não é formalizada. Isto aumenta a probabilidade de erro, e pode acarretar consequências legais para os enfermeiros, sendo um tema sensível, que implica mudanças de comportamentos, transversais à equipa médica e de enfermagem.

No âmbito da segurança do doente, relacionada com a administração terapêutica, vivenciei uma situação na sala da reanimação, que me parece merecedora de relato. Por ausência da minha enfermeira orientadora, acompanhei outra colega na sala da reanimação nos dois turnos realizados. Estavam presentes dois elementos da equipa de medicina interna, que perante uma doente, recém admitida, com uma hiponatremia grave, deram indicação para administrar por via endovenosa duas fórmulas de cloreto de sódio hipertónico, em bólus. Pediram-me para preparar esta terapêutica, e enquanto eu aspirava o medicamento revia mentalmente as indicações para administração deste fármaco. Quando terminei a preparação da terapêutica dirigi-me aos médicos perguntando: “É mesmo que isto que querem administrar? É que nunca vi administrar esta medicação em bólus, têm a certeza de que isto pode ser administrado sem ser em perfusão? É que eu não sei, e portanto não vou administrar isto.” Senti-me desconfortável com aquele momento, pois foi a primeira vez na minha vida profissional, que me neguei de forma tão perentória a administrar um medicamento. Os médicos ficaram confusos com a minha questão, e voltaram a consultar aos seus apontamentos. A colega ficou surpreendida e vi a dúvida a instalar-se no seu rosto. Entretanto, a médica disse-me “Ah, pois. Percebi mal as indicações. É para colocar essas duas fórmulas em perfusão num balão de 100ml de soro fisiológico”. Esta situação à luz do REPE, exemplifica bem, como cumpro o meu dever de proceder “(...) à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade” (OE, 1998c, p. n.d.), tendo, no exercício da minha atividade profissional entendido que

“agir em conformidade” significava, pelo bem da doente, não administrar aquela terapêutica. Paralelamente, ao questionar a equipa médica sobre a sua indicação, cumpri os passos de segurança dos nove certos da medicação, quebrando a cadeira na regra sete (“razão/indicação certa”). Desta forma **garanti um ambiente terapêutico e seguro, gerador de segurança e proteção do indivíduo.**

Ao longo do período em que decorreu este estágio, ao circular pelo serviço, fui confrontada com uma dura realidade em contexto de urgência, relacionada com a sobrelotação do serviço. Jarvis (2016), considera que o facto dos serviços de urgência serem frequentemente espaços sobrelotados, associada à incapacidade das instituições para escoar/transferir os doentes para outras valências, tem um impacto negativo no conforto dos doentes, e constitui um dos principais fatores a condicionar a assistência em contexto urgente, principalmente no caso dos idosos. Efetivamente, em determinados momentos a afluência era tal, que os colegas não tinham outra opção, a não ser alocar os doentes pelo corredor, em macas ou cadeiras, uma situação que é pouco dignificante para os doentes, traduzindo-se em falta de privacidade e desconforto a vários níveis.

Segundo Hwang & Morrison (2007), os SU não são “amigos” dos idosos, na medida em que podem ser considerados ambientes hostis. Apontam para alguns aspetos, nomeadamente: falta de privacidade, falta de condições físicas, risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, risco de quedas, presença de luzes artificiais que promovem a desorientação temporo-espacial e a existência de ruído constante e excessivo. Sousa, (2020) diz-nos ainda que:

A vivência da hospitalização é uma experiência significativa para o doente idoso, uma experiência de “esmagadora vulnerabilidade”, na medida em que é acompanhada por um conjunto de fatores de stress e representa uma série de ameaças, nomeadamente à integridade corporal, à exposição, à vergonha, ao desconforto relacionado com a dor, ao cansaço, ao risco de alterações, à separação da família e amigos, à dependência de outros para o bem estar, entre outras provações. (p. 53)

Com efeito, pude confirmar que muitos destes doentes eram pessoas idosas e que muitos estavam notoriamente desconfortáveis, inquietos e por vezes até

desorientados no tempo e no espaço. Alguns destapavam-se sistematicamente, e outros, pelo contrário pediam para serem tapados, tendo frio e talvez vergonha por estarem tão expostos.

Tendo poucas alternativas para resolver este tipo de situações, os colegas procuravam “remediar”, esforçando-se para evitar a colocação de doentes no corredor. Quando não havia outra alternativa, procuravam, dentro das suas possibilidades, dedicar atenção a estes doentes, conversando com eles, administrando-lhe analgesia quando estes manifestavam dor, otimizando posicionamentos, procurando trazer-lhes alguma autonomia sempre que possível e tentando agilizar determinadas situações de cuidados. O facto de identificar várias vezes a presença de familiares junto aos doentes elucidou-me também para o cuidado dos colegas na envolvência da família junto destes doentes, evitando que estivessem sozinhos. Desta forma, empreendiam estratégias confortadoras, comportamentos esses que estão descritos por Sousa (2020) como sendo qualidades humanas e profissionais da relação confortadora.

Estes comportamentos que acabei de descrever, foram muitas vezes os meus comportamentos, pois de forma a **garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais** muitas vezes me detive no corredor, nem que fosse por breves instantes, aconchegando os doentes, conversando um pouco, demonstrando disponibilidade e atenção.

Tendo em conta que, “o desenvolvimento de competências subjacentes ao processo de conforto, bem como o reconhecimento de estratégias e intervenções promotoras do mesmo, são aspetos essenciais, quer na prática e gestão de cuidados, quer na formação dos enfermeiros” (Sousa, 2020, p.27), achei importante sensibilizar a equipa de enfermagem para a operacionalização da Teoria do Conforto, isto porque, embora em qualquer contexto se verifique que são os enfermeiros que identificam as necessidades de cuidados e dinamizam a relação confortadora (Sousa, 2020), parece-me que muitas vezes não estão despertos para a Teoria que dá corpo à sua atuação. Assim, como contributo para a qualidade dos cuidados neste serviço, elaborei um poster (Apêndice III) onde conceptualizei a Teoria do Conforto segundo Kolcaba (2003), e sintetizei algumas estratégias

confortadoras, segundo Sousa (2020). Com este contributo ***desenvolvi práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.***

A dinâmica da relação familiar em contexto de SU traz também um repto à prática do enfermeiro, sendo fundamental, numa perspetiva holística, que esta faça parte da intervenção de enfermagem. A doença crítica de um ente querido implica desafios para a família, marcados pela vivência da finitude da vida, incerteza do prognóstico e o ambiente tecnologicamente desconhecido, o que se traduz em respostas emocionais pautadas pela ansiedade, a depressão e o luto complicado” (Sá & Velez, 2021, segundo Kreuz & Netto, 2021).

Em contexto de SO, colaborei nos cuidados de um doente que, em virtude da complexidade da sua situação clínica, a equipa médica decidiu adotar a promoção de medidas de conforto e proporcionar ao doente um encontro com a sua família. Esta situação que descrevo aconteceu no turno da noite, e todos os elementos da família mais próxima permaneceram ao seu lado, durante o tempo que consideraram necessário, tendo a equipa empreendido um esforço no sentido de respeitar aquele momento, e dar-lhe alguma privacidade.

Contudo, apesar da médica, num espaço mais privado, ter informado e contextualizado toda a situação aos familiares, uma das filhas demonstrou dificuldades em compreender e aceitar o estado do pai. A jovem abordou-me, chorosa, porque o pai parecia estar em sofrimento. “Parece que ele não consegue respirar” (sic). Tentei sossegá-la, e afastei-a durante alguns minutos da beira do pai. Novamente expliquei alguns detalhes da situação, procurando contextualizar as medidas que estavam a ser empreendidas para a otimização do conforto do pai. Tentando estabelecer uma comunicação terapêutica, procurei apaziguar o seu sofrimento.

Desta forma contribuí para a desconstrução daquela realidade, trazendo mais sentido à situação. Sá&Velez (2021), referem que através desta estratégia “(...) a família também consegue perceber a qualidade do cuidado que o seu ente querido está a ser alvo e de todas as diligências não visíveis que compõem esse cuidado complexo” (p.6). Ou seja, demonstrei competência para ***assistir a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de falência orgânica, gerindo a comunicação interpessoal que fundamenta a relação***

***terapêutica com a família, face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.***

Efetivamente, o sofrimento não se esgota no próprio doente, estendendo-se à sua família, que não só sofre, como vive um momento de mudança e de aceitação. Meleis (2010), destaca a morte como sendo um momento de transição, que afeta não só os doentes, mas as suas famílias, apontando mais uma vez para o papel importante do enfermeiro enquanto agente ativo no processo de transição. Sá & Velez (2021) referem ainda que em SU, “O estabelecer de uma relação terapêutica, descrita pelos enfermeiros como uma interação significativa com o elemento da família, torna-os elementos de referência para aquela família e permite-lhes aconchegá-la na sua vivência de sofrimento” (p.6).

Já na reta final do estágio, prestei cuidados na sala de doentes respiratórios, intitulada de Covid 1, onde se encontravam doentes com Sars-Cov-2, Vírus Sincicial Respiratório e Vírus Influenza A. Esta sala acomodava cerca de 12 doentes, maioritariamente idosos, deitados em macas e cadeirões, com vários níveis de complexidade, conforme a sua evolução clínica. Verifiquei, com espanto, que a sala não dispunha de instalações sanitárias, tendo os doentes autónomos que usar um urinol ou arrastadeira para urinar ou evacuar. Considerei que esta sala constituía uma ameaça aos direitos dos doentes, pois além de não garantir a sua privacidade pela inexistência de cortinas em algumas das unidades, não contribuía para a promoção da dignidade humana, muito pelo contrário. Sem vislumbrar outras alternativas, tentei maximizar a ***segurança, privacidade e dignidade dos doentes*** conforme me foi possível, sentindo-me muitas vezes impotente. Procurando ***agir conforme as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional***, fiz questão de manifestar aos colegas e à Enfermeira C. o meu desagrado perante as condições físicas daquele espaço.

No que se refere à terceira competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica: ***“maximiza a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”***, considero que ao longo de todo o estágio

colaborei com a equipa, procurando sempre, sensibilizar para práticas mais concordantes com as recomendações emanadas quer pela DGS, quer pela PPCIRA. Verifiquei que no SU, por vezes, determinados comportamentos passam para segundo plano. Figueira (2013) diz-nos que:

Nas situações em que há uma vida em risco é necessário estabelecer prioridades, e por vezes o controlo de infeção durante a prestação de cuidados não é tida em conta perante tais situações adversas. Além das situações de *lifesaving*, a escassez de profissionais e o elevado número de doentes são outros fatores igualmente importantes” (p. 35)

Neste sentido, a minha atenção incidiu primordialmente sobre a norma da DGS relativa à “Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde” (DGS, 2019), pois sendo um procedimento básico na prestação de cuidados, as orientações da norma nem sempre são observadas. Destaco alguns momentos que identifiquei, com potencial de melhoria, nomeadamente: “após o contacto com objetos e equipamento do ambiente envolvente do doente”, “Antes da preparação e administração de fármacos e manipulação de dispositivos médicos”, “Antes da colocação de luvas” e “Após a remoção de luvas estéreis e não estéreis”. Adicionalmente identifiquei vários profissionais a prestar cuidados com casacos, sem dobrarem as mangas, com múltiplos adornos, e com unhas artificiais, verniz, gel e /ou gelinho. Baseando a minha postura numa atuação conforme com a norma, procurei que o meu exemplo influenciasse comportamentos, e que acima de tudo nunca fosse alvo de críticas. Este tema motivou várias reflexões e conversas informais entre mim, a Enfermeira C., e alguns elementos da equipa, pois sendo esta uma área de interesse na minha vida profissional, fui tecendo alguns comentários de forma assertiva, principalmente sobre a presença de adornos e unhas de gel. No final do estágio, tenho a certeza que consegui motivar a nossa equipa para a adoção de comportamentos promotores da prevenção da infeção, observado melhores práticas de atuação da parte de vários elementos. Inclusivamente propus à Enfermeira C. a dinamização de uma formação muito simples, que contribuísse para sensibilizar os colegas para esta temática, contudo o período de estágio terminou sem que tivéssemos oportunidade de avançar com esse projeto.

---

## **Objetivo específico 2.**

“ Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, através da sensibilização da equipa para as “Impacto do uso do telemóvel na sala operatória” (Tema da Scoping Review)”

Para atingir este objetivo acima referido, propus-me a desenvolver conversas informais com os colegas do SU. Contudo, um tema que envolve o BO, traduz-se numa realidade que lhes é distante e, por conseguinte, um pouco alheia, ainda que a utilização do telemóvel pessoal durante a prática dos cuidados seja transversal a todos os serviços de saúde. Não obstante, tive oportunidade de informalmente sensibilizar alguns colegas para este tema, procurando demonstrar que a utilização do telemóvel pode ser uma ameaça à segurança do doente.

Esta fase do estágio foi concomitante com a divulgação científica dos resultados da Scoping Review, sob forma de um poster, (Apêndice IV) a 25 de Novembro de 2022, no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, dinamizado pela Escola de Enfermagem de Lisboa, do Instituto de Ciências da Saúde da UCP. O final do deste estágio coincidiu também com o momento de elaboração de um artigo sobre o tema, para subsequente publicação científica, encontrando-se em Apêndice V o artigo já traduzido para inglês, que foi submetido posteriormente ao *Journal of Perioperative Nursing*, jornal do *Australian College of Perioperative Nurses*.

Por fim, a própria elaboração deste relatório final também constitui um modo de dar a conhecer o trabalho desenvolvido, e a pesquisa efetuada. Estes processos de divulgação correspondem aos indicadores de resultado que inicialmente defini para a concretização deste objetivo, pelo que considero que este foi plenamente atingido.

## CONCLUSÃO

Realizando uma retrospectiva sobre o meu percurso e sobre a descrição de competências enumeradas ao longo deste relatório, congratulo-me com o desempenho que demonstrei e com as aprendizagens que realizei. Considero que a existência de uma prática reflexiva, transversal a todo o período de estágio, e espelhada neste documento, contribuiu não só para o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área do Doente Crítico, mas foi também um importante subsídio para a incorporação do conhecimento na minha prática do cuidar, e para a mobilização dos referenciais teóricos para o meu quotidiano enquanto enfermeira, que evoluíram de conceitos abstratos para elementos concretos, acrescentando mais sentido e mais valor à minha prestação de cuidados.

Contudo este percurso não foi isento de dificuldades e desafios. Alguns desafios foram motivados por questões internas, como a necessidade de mobilizar competências no domínio das tecnologias de informação, e de me adaptar rapidamente aos contextos de estágio e à globalidade das suas exigências, enquanto que, em paralelo, fazia toda uma gestão familiar e profissional, completamente distinta da realidade deste percurso académico.

Por outro lado, alguns desafios foram alheios à minha pessoa, relacionados com a dinâmica e realidade dos próprios campos de estágio. Lamento, por exemplo, que no estágio de UCI não tenha tido oportunidade de prestar cuidados a doentes com dispositivos mais específicos, como BIA, ECMO, assistências ventriculares e sob hemodiálise contínua, mas penso que tal se justifica com a raridade com que essas situações surgem atualmente na UCI-CCT. Também no SU houve situações que não vivenciei, como as práticas de crime e situações de trauma grave.

Não obstante, considero que os objetivos propostos foram atingidos. Não só desenvolvi competências técnicas, éticas, científicas e humanas na área de

especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, como de forma alinhada com o tema central deste relatório promovi a Segurança do Doente, em vários momentos chave do meu percurso, dos quais destaco:

- ✓ Realização da Scoping Review “Impacto dos telemóveis pessoais na sala operatória”, com a sua subsequente divulgação científica, sob forma de um poster apresentado no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, e elaboração do artigo científico (que se encontra a aguardar publicação);
- ✓ Divulgação dos riscos do uso do telemóvel pessoal durante prática de cuidados e do seu impacto negativo na segurança do doente, junto das equipas em contexto de estágio, sob forma de posters e conversas informais;
- ✓ Durante a prestação dos cuidados diretos ao doente, através da **promoção um ambiente seguro, psicossocial, cultural e espiritual, gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.**
- ✓ Sensibilização dos colegas para a adoção de práticas mais seguras na prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente no que concerne à prevenção e controle da Infecção.

Por último, considero ainda que, quer em contexto de estágio, quer na elaboração do presente documento, dignifiquei sempre o papel do enfermeiro especialista, cuidando do doente crítico e da sua família de forma zelosa, mobilizando os vários saberes transversais à prática da Enfermagem.

## BIBLIOGRAFIA

ACSS. 2015. Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências. *Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde, Unidade de Instalações e equipamentos*. Ministério da Saúde. Nº 11/2015. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/2016/10/04/recomendacoes-tecnicas/>

Ahmed,I. Irfan,S. Mufarrih, S.H., Noordin, S. Qureshi, N.Q., Rashid,R.H., Sadruddin, A. & Zubairi, A. J. (2020) Mobile Phones in the orthopedic operation room: Microbial colonization and antimicrobial resistance. *2020 World Journal of Orthopedics*, May 18; 11(5), 252-264 DOI:10.5312/wjo.v11.i5.252

Alarcão, I., Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Contexto Enferm* 14(3):373- 382 DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>

AORN. (2013). AORN Position Statement on Managing Distractions and Noise During Perioperative Patient Care. *AORN Journal*, 99(1), 22-26  
<https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.10.010>

Armour, T. M., & Coffey, E. K. (2021). Smartphones in the operating room: Can perioperative nurses be trusted? *Journal of Perioperative Nursing*, 34(1), 27-30.  
<https://doi.org/10.26550/2209-1092.1114>

Attri, J., Khetarpal, R., Chatrath, V., & Kaur, J. (2016). Concerns about usage of smartphones in operating room and critical care scenario. In *Saudi Journal of Anaesthesia*. Vol. 10 (1), 87–94. <https://doi.org/10.4103/1658-354X.169483>

Avidan, A. Yacobi, G. Whessman, & C. Levin, P.D. (2019). Cell phone calls in the operating theater and staff distraction an observational study. *Journal of Patient Safety*, 15 (4), 52-55. Disponível em:

[https://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/2019/12000/Cell\\_Phone\\_Calls\\_in\\_the\\_Operating\\_Theater\\_and.32.aspx](https://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/2019/12000/Cell_Phone_Calls_in_the_Operating_Theater_and.32.aspx)

Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.

Björk, K., Lindahl, B., & Fridh, I. (2019). Family members' experiences of waiting in intensive care: a concept analysis. In *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol 33(3), 522–539. <https://doi.org/10.1111/scs.12660>

Chang, C. H., Chen, S. Y., Lu, J. J., Chang, C. J., Chang, Y., & Hsieh, P. H. (2017). Nasal colonization and bacterial contamination of mobile phones carried by medical staff in the operating room. *PLoS ONE*, 12(5), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175811>

Çelikoyar, M. M., Topsakal, O., & Gürbüz, S. (2019). Mobile technology for recording surgical procedures. *Journal of Visual Communication in Medicine*, 42(3), 120–125. <https://doi.org/10.1080/17453054.2019.1612234>

Cohen, T. N., Shappell, S. A., Reeves, S. T., & Boquet, A. J. (2018). Distracted doctoring: The role of personal electronic devices in the operating room. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 10, 10–13. <https://doi.org/10.1016/j.pcorn.2017.12.001>

Cumino, D. O., Vieira, J. E., Lima, L. C., Stievano, L. P., Silva, R. A. P., & Mathias, L. A. S. T. (2017). Smartphone-based behavioural intervention alleviates childrens anxiety during anaesthesia induction. *European Journal of Anaesthesiology*, 34(3), 169–175.

<https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000000589>

Davidson, J. E. (2010). Facilitated sensemaking a strategy and new middle-range theory to support families of intensive care unit patients. *Critical Care Nurse*, 30(6), 28–39. <https://doi.org/10.4037/ccn2010410>

Despacho nº 1400-A/2015 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, 2a série-Nº 28 de 10 de fevereiro de 2015, 3882(2)–3882(10). Disponível em:

<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 . *Diário da República*, 2.ª série, nº 187. 24 Setembro 2021, 96-103. Disponível em:

<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

DGS (2009). Manual de Implementação – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS. *Direção-Geral da Saúde*. Disponível em: <https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-Implementação-da-Lista-de-Verificação-de-Segurança-Cirúrgica-da-OMS-.pdf>

DGS (2017a). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção Geral da Saúde*. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

DGS, (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Direção Geral de Saúde*. Nº 007/ 2019.

Disponível em:

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

DGS. (2011b). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. *Ministério da Saúde*. Nº018/2011. Disponível em: [https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Maio/Orient\\_018\\_2011.pdf](https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Maio/Orient_018_2011.pdf)

DGS. (2015). Processo de Gestão da Medicação. *Ministério da Saúde*. Nº 014/2015.

Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/06/i022022.pdf>

DGS. (2013). Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto. *Direção Geral da Saúde*. Nº 031/2013. Disponível em: <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/12/Norma-Profilaxia-Antibiotica-Cirurgica-na-Crianca-e-no-Adulto-18-12-2014.pdf>

DGS. (2017b). Programa de Prevenção e Controle de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Direção Geral da Saúde. Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)

DGS. (2011a). Relatório Técnico: Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente.

Disponível em:

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoIsegDoente\\_Final.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoIsegDoente_Final.pdf)

Diz, A. M., Lucas, P. B. (n.d.). Cultura de Segurança num Serviço de Urgência: Perceção dos profissionais de Saúde – Revisão Sistemática da Literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios* 909-919. Disponível em: <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.909-919>

Dowden, A., Manson- Brick, N. Martin, W. Mckerricher, L. & Mackenzie, W. (2020). Recommended cleaning practices for cell phones in the operating room, a modified Scoping Review. *ORNAC JOURNAL*. 15-20. Disponível em:

<https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA627278092&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=19276141&p=HRCA&sw=w&userGroupName=anon~d3d1be64>

Elliott, M., Liu, Y. (2010). The nine rights of medication administration: *British Journal of Nursing*, 19 (5). 300-305.

Disponível em:

<http://publicationslist.org/data/m.elliott/ref-2/Nine%20medication%20rights.pdf>

Fernandes, A., Dias, C., Barbosa, S. & Costa, P. (2009). Hemodinâmica no século XXI: Um desafio para a medicina intensiva. *Revista Portuguesa de Medicina*, 16(3), 7. Disponível em: <http://docplayer.com.br/40504791-Intensiva-fernandes-a-dias-cbarbosa-s-costa-p-7-carta-do-presidente-spci-artigos-originais-artigos-derevisao.html>.

Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., ... Freitas, P. T. (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 2(2), 17-20. Disponível em: <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/95/59>

Figueira, A. (2013). *Prevenção e Controlo de Infeção no Serviço de Urgência A Higienização das Mãos*. Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Instituto Politécnico de Setúbal. Disponível em:

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6100/1/Versao%20PDF.pdf>

Gao, X. L., Liu, Y., Tian, S., Zhang, D. Q., & Wu, Q. P. (2014). Effect of interesting games on relief of preoperative anxiety in preschool children. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(1), 89–92. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.02.002>

Hasanshahi, M., Rakhshan, M., Fereidouni, A., Moayedi, S. A., & Torabizadeh, C. (2022). Development and psychometric evaluation of a questionnaire for measuring distraction due to mobile phone use in operating rooms. *Journal of Perioperative Nursing*, 35(2), 3-13. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1162>

Hwang, U., & Morrison, R. S. (2007). The geriatric emergency department. In *Journal of the American Geriatrics Society*. 55(11), 1873–1876.

<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01400.x>

Jarvis, P. R. E. (2016). Improving emergency department patient flow. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 3(2), 63–68.

<https://doi.org/10.15441/ceem.16.127>

Jeske, H. C., Tiefenthaler, W., Hohlrieder, M., Hinterberger, G., & Benzer, A. (2007). Bacterial contamination of anaesthetists' hands by personal mobile phone and fixed phone use in the operating theatre. *Anaesthesia*, 62(9), 904–906.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2007.05172>.

Johansson, P., Petersson, G., Saveman, B., Nilsson, G., & Professor, A. (2012). Nursing Science Experience of mobile devices in nursing practice. *VARD 1 NORDEN*, 106 (32), 50-54.

Disponível em:

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/010740831203200411>

Jong, A., Donelle, L., & Kerr, M. (2020). Nurses' use of personal smartphone technology in the workplace: Scoping review. In *JMIR mHealth and uHealth* (Vol. 8, Issue 11), 1-13. <https://doi.org/10.2196/18774>

Kolcaba, K. Y. (2003) *Comfort Theory and Practice – A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company.

Lee, J. H., Jung, H. K., Lee, G. G., Kim, H. Y., Park, S. G., & Woo, S. C. (2014a). Effect of behavioral intervention using smartphone application for preoperative anxiety in pediatric patients. *Korean Journal of Anesthesiology*, 65(6), 508–518.

<https://doi.org/10.4097/kjae.2013.65.6.508>

Li, L., Ma, J., Ma, D., & Zhou, X. (2021). Smartphone Interventions Effect in Pediatric Subjects on the Day of Surgery: A Meta-Analysis. In *Frontiers in Surgery* (Vol. 8). 1-7. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2021.759958>

Loureiro de Moura, F., Brandão de Moraes, É., Darte Martins, J., Ferreira de Souza, D., & Consuelo Ortiz Sanches, M. (2020). Contaminação de celulares em Unidades de Terapia Intensiva e a Segurança do Doente. *Enfermagem Foco* 11(6), 207-213. <http://orcid.org/0000-0003-4298-2383>

Magid, D. J., Sullivan, A. F., Cleary, P. D., Rao, S. R., Gordon, J. A., Kaushal, R., Blumenthal, D. (2009). The Safety of Emergency Care Systems: Results of a Survey of Clinicians in 65 US Emergency Departments. *Annals of Emergency Medicine*, 53(6), 715–723. DOI:10.1016/j.annemergmed.2008.10.007

McBride, D., LeVasseur, S. A., & Li, D. (2015). Nursing performance and mobile phone use: Are nurses aware of their performance decrements? *JMIR Human Factors*, 2(1), 1-6. <https://doi.org/10.2196/humanfactors.4070>

Meleis, A. (2010). *Transitions theory. Middle-Range and Situation- Specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Meleis, A.I. , Sawyer, L.M., Eun-Ok I., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci* 23(1). 12-28. DOI: [10.1097/00012272-200009000-00006](https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006)

Ministério da Saúde. (2015). Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios. Relatório Final. *Ministério da Saúde*. Disponível em: [https://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao\\_situacao\\_nacional\\_blocos\\_operatorios\\_Outubro2015.pdf](https://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf)

Ministério da Saúde, (2013). Relatório Final Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos. *Ministério da Saúde*. Disponível em:

<https://docplayer.com.br/7278416-Avaliacao-da-situacao-nacional-das-unidades-de-cuidados-intensivos.html>

Mota, A. S. de C., Castilho, A. F. de O. M., & Martins, M. M. F. P. da S. (2021). Assessment of patient safety in the operating room: nurses' perceptions. *Revista de Enfermagem Referencia*, 5(6). 1-10 <https://doi.org/10.12707/RV20134>

Murgier, J., Coste, J. F., Cavaignac, E., Bayle-Iniguez, X., Chiron, P., Bonneville, P., & Laffosse, J. M. (2016). Microbial flora on cell-phones in an orthopedic surgery room before and after decontamination. *Orthopaedics and Traumatology: Surgery and Research*, 102(8), 1093–1096. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2016.09.014>

Nascimento, A.J. B, (2020). *Transporte do Doente Crítico: Uma Prática de Qualidade*. Relatório de Estágio. Instituto Politécnico de Portalegre: Escola Superior de Saúde.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33796/1/BCTFC127.pdf>

Neves, S. & Soto, R. G. (2019). Distraction in the OR: Bells and Whistles on Silent Mode. In *International Anesthesiology Clinics* Vol. 57 (3), 62–67. <https://doi.org/10.1097/AIA.000000000000236>

Nunes, L. (2010). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Percursos*, nº 17. 3-9. <http://hdl.handle.net/10400.26/9215>

Oliveira, T. M., Aranha, A. L., Barbieri, B. M., Lopes, A. B., & Fiorin, B. H. (2022). Ações de enfermagem no tratamento de hipotermia perioperatória: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 11(8), 1-8.

<https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.31193>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Disponível em:

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.

Disponível em:

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro\\_norma\\_de\\_dotacoesseguras\\_dos\\_cuidados\\_de\\_enfermagem\\_ag\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2018b) Parecer nº 14/2018. Alocação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na sala de Reanimação – posto de Trabalho nos Serviços de Urgência/ Emergência. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-nº\\_14\\_2018\\_rectificado.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-nº_14_2018_rectificado.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2018a) Parecer nº 15/2018: Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Ordem dos Enfermeiros*. Disponível em:

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-nº15\\_2018-funções-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-nº15_2018-funções-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2018c). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Ordem dos Enfermeiros*.

Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº743 de 25 de setembro: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, nº184, 128-155. Disponível em:

<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ouchi, J. D., Paula, A., Lupo, R., de Oliveira Alves, B., Andrade, R. V., & Fogaça, M. B. (2018). O papel do Enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva diante de novas tecnologias em Saúde. *Revista Saúde em Foco* (10). 412-428.

Disponível em:

[https://portal.unisepe.com.br/unifia/wpcontent/uploads/sites/10001/2018/07/054\\_O\\_PAPEL\\_DO\\_ENFERMEIRO\\_NA\\_UNIDADE\\_DE\\_TERAPIA\\_INTENSIVA.pdf](https://portal.unisepe.com.br/unifia/wpcontent/uploads/sites/10001/2018/07/054_O_PAPEL_DO_ENFERMEIRO_NA_UNIDADE_DE_TERAPIA_INTENSIVA.pdf)

Pereira, M. C. C. M. A. (2010). *Dinâmicas e Percepções sobre trabalho de equipa: Um estudo em ambiente cirúrgico*. Universidade da Beira Interior: Faculdade de Ciências da Saúde.

Disponível em:

<https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/827/1/Mestrado%20Maria%20do%20Carmo%20Abreu%20Pereira%20n17907.pdf>

Park, H., & Lee, S. (2019). International Nursing: Use of a Commercially Available Smartphone Application to Solve Information Needs of Orthopedic Scrub Nurses. *Nursing Administration Quarterly*, 43(4), 337–350.

<https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000366>

Pereira-Mendes, A. (2016). La práctica reflexiva en el aprendizaje clínico: Beneficio para la construcción del pensamiento en enfermería. *Revista Electrónica Educare*, 20(1). <https://doi.org/10.15359/ree.20-1.9>

Peters M, Godfrey C, Mclnerney P, Munn Z, Tricco A & Khalil, H. (2020) Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JB I Manual for Evidence Synthesis*, JBI. Disponible em: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>

Pinar, H. U., Karaca, O., Doğan, R., & Konuk, Ü. M. (2016). Smartphone use habits of anesthesia providers during anesthetized patient care: A survey from Turkey. *BMC Anesthesiology*, 16(1), 2-7. <https://doi.org/10.1186/s12871-016-0245-7>

Ponte, C. (2017). *Cuidados Integrals à Pessoa em Situação Crítica: dos cuidados emergentes aos cuidados ao doente submetido a cirurgia cardíaca*. Relatório de estágio. Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny. Disponible em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21571/2/Relatório%20Final%20%20Carla%20Ponte.pdf>

Portela, A. C. P., Olímpio, M.A.C., Ponte, M.A.V., Santos F.D., Paiva A.F.G., Sousa V.E.C. (2017). Percepción de los enfermeros sobre seguridad del paciente en el servicio de emergencia: un estudio cualitativo. *Cult los Cuid Rev Enfermería y Humanidades*; 25–34. Doi:10.14198/cuid.2017.49.03

Porter SB; Renew JR; Paredes S; Roscher CR; Plevak MF; & Yost KJ. (2022). Development, Validation, and Results of a Survey of Personal Electronic Device Use Among 299 Anesthesia Providers From a Single Institution. *Anesthesia and analgesia*. Vol. 134 (2), 269-275. DOI: [10.1213/ANE.0000000000005708](https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000005708)

Regulamento n.º 429/2018 (2018) Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 135 - 16 de julho de 2018. 19359- 19370.

Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Sá, F. L., & Velez, M. A. (2021). O cuidado à família no serviço de urgência: A experiência vivida do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e21007. 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV21007>

Santana-Padilla, Y. G., Santana-Cabrera, L., Dorta-Hung, M. E., & Molina-Cabrillana, M. J. (2019). Presence of microorganisms in mobile phones of intensive care staff at a hospital in Spain. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 36(4), 676–680. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.364.4421>

Serrano, T.M. , Da Costa, A. S. M. C. & Nunes Da Costa N. M. V. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. III Série. (3): 15-23. DOI: 10.12707/RIII1019, Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2011pdf/33-015.pdf>

Shakir, I. A., Patel, N. H., Chamberland, R. R., & Kaar, S. G. (2015). Investigation of cell phones as a potential source of bacterial contamination in the operating room. *Journal of Bone and Joint Surgery - American Volume*, 97(3), 225–231. <https://doi.org/10.2106/JBJS.N.00523>

Shukla, P., Khalid, B., Yaqoob, S., & Ahmad, S. (2021). Involvement of Mobile phones as a source for Nosocomial infections. *Asian Journal of Medical Sciences*, 12(7), 126–129. <https://doi.org/10.3126/ajms.v12i7.34788>

Smith, T., Darling, E. & Searles, B. (2011). 2010 Survey on cell phone use while performing cardiopulmonary bypass. *Perfusion*, 26(5), 375–380. <https://doi.org/10.1177/0267659111409969>

Snoots, L. R., & Wands, B. A. (2016). Use of Personal Electronic Devices by Nurse Anesthetists and the Effects on Patient Safety. In *AANA Journal April* (Vol. 84, Issue 2).114-119. [www.aana.com/aanajournalonline](http://www.aana.com/aanajournalonline)

Sousa, P.P. (2020). *O Conforto da Pessoa Idosa*, 2ª Ed. Universidade Católica Editora.

Tranquada, M. F. (2013). *A Comunicação durante a transição das equipas de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde. ISCTE, Business School. Instituto Universitário de Lisboa. Disponível em:

[https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/6985/1/master\\_mariana\\_fernandes\\_tranquada.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/6985/1/master_mariana_fernandes_tranquada.pdf)

Vilhena, J. C. V. R. (2018). *Segurança em Contexto de Sobrelotação de Serviço de Urgência: Proposta de Intervenção de Enfermagem Especializada*. Relatório de Estágio. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27954/1/Relatório%20Final%20ESEL%20José%20Vilhena%20-%20Promoção%20da%20Segurança%20em%20Contexto%20de%20Sobrelotação%20de%20Serviço%20de%20Urgência\\_Propostas%20de%20Intervenção%20de%20Enfermagem%20Especializada.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27954/1/Relatório%20Final%20ESEL%20José%20Vilhena%20-%20Promoção%20da%20Segurança%20em%20Contexto%20de%20Sobrelotação%20de%20Serviço%20de%20Urgência_Propostas%20de%20Intervenção%20de%20Enfermagem%20Especializada.pdf)

Warrillow, S., Farley, K. J., & Jones, D. (2015). Ten practical strategies for effective communication with relatives of ICU patients. *Intensive Care Medicine*, 41(12), 2173–2176. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-3815-0>

## APÊNDICES

Apêndice I - Poster BO - “Implicações do uso do telemóvel pessoal na sala operatória: Uma Scoping Review”



# IMPLICAÇÕES DO USO DO TELEMÓVEL PESSOAL NA SALA OPERATÓRIA: UMA SCOPING REVIEW

Contributo para o Bloco Operatório

**Objetivo:** Identificar estudos publicados sobre a utilização dos telemóveis pessoais na Sala Operatória (SO). —> Realizada uma pesquisa na literatura científica segundo a menomónica PCC, com base nas orientações do JBI (*Joanna Briggs Institute*).

P=População: Equipa da SO

C=Conceito: implicações do uso do telemóvel pessoal

C= Contexto: Sala Operatória

## Questão de Investigação

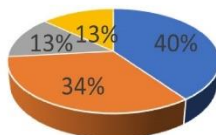
**“Quais as implicações do uso do telemóvel pessoal na sala operatória?”**

## Metodologia



## Resultados

Foram identificados 259 artigos, dos quais foram selecionados 15 estudos.



- Contaminação bacteriana dos telemóveis
- Risco de Distração
- Melhoria de competências profissionais
- Redução Ansiedade de Crianças na Indução Anestésica

## Conclusão

Estes resultados sugerem que a segurança do doente pode estar ameaçada pelo risco de infeção cruzada, e pela possível ocorrência de distrações da equipa da sala operatória.

Devem ser conduzidas mais investigações no sentido de definir estratégias para a descontaminação dos telemóveis na sala operatória, e para clarificar melhor o fenómeno da possível Distração associada à sua utilização.

## Sugestões para a utilização do telemóvel pessoal dentro da SO:

- Cumprir a higienização das mãos nos vários momentos preconizados.
- Desinfetar o telemóvel com um produto apropriado e de preferência recomendado pelo fabricante, antes de entrar na SO\*
- Utilizar o telemóvel em modo silencioso durante o tempo de permanência na SO.
- Estipular um sítio na SO para colocar os telemóveis da equipa estéril, idealmente afastado da marquês e mesas operatórias.
- Não manipular o telemóvel perto de áreas estéreis na SO.
- Não utilizar o telemóvel em momentos cruciais de prestação de cuidados, nomeadamente nos momentos de *sign in*, *time out* e *sign out*, indução anestésica, preparação de fármacos e abertura de material estéril.
- Evitar falar ao telemóvel dentro da sala.
- Utilizar criteriosamente o telemóvel, mantendo o foco no doente, na cirurgia e na equipa estéril.
- Desenvolver estratégias em equipa para melhorar a prática de cuidados relativamente a este assunto.

Digitalize para aceder a informação adicional e Referências Bibliográficas



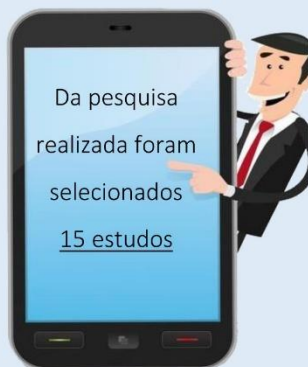
Sara Reis - Estudante do 15º Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica  
Sob Orientação da Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa  
Enfermeiro Orientador do Estágio [Redacted], Mestre em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica  
Setembro de 2022

Apêndice II - Poster UCI-CCT - “Implicações do uso do telemóvel pessoal na sala operatória: Uma Scoping Review”

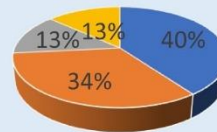
## IMPLICAÇÕES DO USO DO TELEMÓVEL PESSOAL NA SALA OPERATÓRIA: UMA SCOPING REVIEW

Questão de Investigação:

“Quais as implicações do uso do telemóvel pessoal na sala operatória?”



### Estudos seleccionados



- Contaminação bacteriana dos telemóveis
- Risco de Distração
- Melhoria de competências profissionais
- Redução Ansiedade de Crianças na Indução Anestésica

### Implicações Negativas

Risco de Infecção por contaminação bacteriana dos telemóveis pessoais dos elementos da sala operatória

Risco de Distração por uso do telemóvel para fins não profissionais

### Implicações Positivas

Utilidade para distração de crianças na indução anestésica

Utilidade para melhoria de competências profissionais

Estes resultados sugerem que a segurança do doente pode estar ameaçada pelo risco de infeção cruzada e pela possível ocorrência de distrações da equipa na sala operatória.

Devem ser conduzidas mais investigações, no sentido de definir estratégias para a descontaminação dos telemóveis na Sala Operatória, e para clarificar melhor o fenómeno da possível Distração associada à sua utilização.



Apêndice III - Poster “Promoção do Conforto do Idoso em contexto de Serviço de Urgência”

# Promoção do Conforto do Idoso em contexto de Serviço de Urgência



A sobrelotação frequente dos Serviços de Urgência, tem um impacto negativo no conforto dos doentes e constitui um dos principais fatores a condicionar a assistência aos doentes em contexto urgente, principalmente no caso dos idosos. (Jervis, 2016)



A falta de privacidade, falta de condições físicas (idosos aglomerados em espaços apinhados, deitados em colchões estreitos e finos por horas e dias), o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, risco de quedas, presença de luzes artificiais que promovem a desorientação temporó-espacial e a existência de ruído constante e excessivo contribuem para o desconforto dos doentes nos Serviço de Urgência. (Hwang & Morrison, 2007)

## Concetualização de “Conforto”

Estado em que as necessidades de **alívio, tranquilidade e transcendência** estão satisfeitas, ao longo de quatro contextos (Kolcaba, 2003):



O Conforto pode ser experimentado pela pessoa, ao ser entendido como um estado relativo ou um resultado dos cuidados. (Sousa, 2020)

O conforto pode ser entendido como uma intervenção do enfermeiro no processo de cuidar.

O Conforto para um doente idoso hospitalizado, está relacionado com a sua autoestima, e aspetos do seu processo de doença, da sua vivência hospitalar, posicionamento, e abordagens e atitudes da equipa cuidadora. (Sousa, 2020, p.27)

## Estratégias Promotoras de Conforto

- Promoção de afeto, carinho e simpatia (recorrendo a formas interativas de conforto, nomeadamente pelo sorriso, toque, humor e musicoterapia);
  - Transmissão de informação clara e adequada ao doente e família;
- Estar presente de forma intencional e recorrer ao silêncio numa dinâmica de disponibilidade;
  - Desenvolver uma relação de empatia/cumplicidade;
- Promoção da autonomia do idoso e envolvimento do idoso/família nos cuidados, numa relação de parceria;
  - Promoção da igualdade de género;
  - Controle da dor por administração de terapêutica e outras estratégias não farmacológicas;
  - Postura adequada e empática no primeiro momento de acolhimento (contato inaugural).
- Valorização da prestação de cuidados de higiene como um momento de particular conforto, principalmente para os idosos. (Sousa, 2020)



Apêndice IV - Poster - Comunicação Científica no V Seminário Internacional do  
Mestrado em Enfermagem “Uma voz para o Humanismo”  
(Escola de Enfermagem de Lisboa, Instituto de Ciências da Saúde da UCP)



## IMPLICAÇÕES DO USO DO TELEMÓVEL PESSOAL NA SALA OPERATÓRIA: UMA SCOPING REVIEW

Sara Reis <sup>1</sup> Rita Marques <sup>2</sup> Patrícia Pontífice Sousa<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira no Bloco Operatório Hospital de Santa Cruz-CHLO, Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem, Mestre em Enfermagem Médico- Cirúrgica, membro do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde. Escola Superior da Cruz Vermelha Portuguesa, Lisboa

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem, Mestre em Enfermagem Médico- Cirúrgica, membro do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Instituto de Ciências da Saúde Universidade Católica Portuguesa, Lisboa

### Introdução

Os telemóveis pessoais tornaram-se parte do quotidiano das pessoas, e na área da saúde isso não é exceção. Os telemóveis são considerados uma ferramenta muito útil para a prestação de cuidados (Johansson et al., 2006), contudo, alguns autores (Snoots & Wands, 2016; Chang et al., 2017), têm enunciado preocupações no que concerne à sua utilização, sugerindo a possibilidade desta ter um impacto negativo sobre a segurança do doente, ao nível da vigilância dos prestadores, pela distração que estes dispositivos podem provocar, e pelo risco de infeção cruzada associada à sua utilização. Identificou-se uma lacuna de conhecimento relativamente à utilização dos telemóveis pessoais na sala operatória, um ambiente que se pretende o mais estéril possível, e que é pautado por momentos críticos, que implicam a total atenção e foco dos profissionais envolvidos. (Neves & Soto, 2019).

### Objetivo

Identificar a evidência científica disponível sobre a utilização dos telemóveis pessoais na Sala Operatória

Realizada uma pesquisa na literatura científica segundo a menmónica PCC, com base nas orientações do JBI (Joanna Briggs Institute).

P=População: Equipa da SO

C=Conceito: Implicações do uso do telemóvel pessoal

C=> Contexto: Sala Operatória

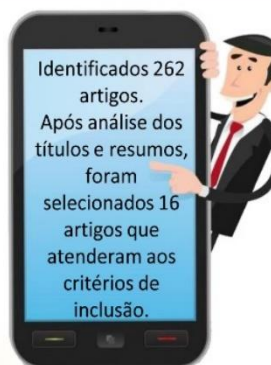
### Metodologia

Estratégia de pesquisa  
Pesquisa na base de dados Pubmed + Plataforma EbscoHost

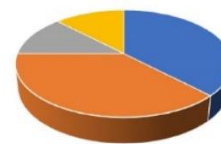
Termos Mesh  
"cell phone"  
"smartphone"  
"operating room"  
"implications"

Estudos sem limite temporal  
Idiomas Português, inglês e Francês.  
Critérios de inclusão

### Resultados



- Contaminação bacteriana Telemóveis (6)
- Hábitos de Utilização Telemóveis + Potenciais Riscos (6)
- Melhoria de Competências e Outcome Cirúrgico (2)
- Redução da Ansiedade de Crianças na Indução Anestésica (2)



### Implicações Negativas

Risco de Infeção por contaminação bacteriana dos telemóveis pessoais dos elementos da sala operatória

Risco de Distração por uso do telemóvel para fins não profissionais

### Implicações Positivas

Utilidade para distração de crianças na indução anestésica

Utilidade para melhoria de competências profissionais

### Conclusão

Estes resultados sugerem que a segurança do doente pode estar ameaçada pelo risco de infeção cruzada e pela possível ocorrência de distrações da equipa da Sala Operatória. Devem ser conduzidas mais investigações, no sentido de definir estratégias para a descontaminação dos telemóveis na Sala Operatória, e para clarificar melhor o fenómeno da possível Distração associada à sua utilização.

### Bibliografia



SCAN ME

Apêndice V - Versão traduzida para inglês do Artigo “Impacto do uso do telemóvel pessoal na sala operatória: Uma Scoping Review”

## **Impact of using personal mobile phones in the operating theatre: A scoping review**

### **Abstract**

**Background:** Nowadays, mobile phones are an indispensable tool in multiple settings, particularly in the field of healthcare. Consequently, it is important to understand the impact of their use, by care-providing professionals, within the operating theatre – an environment that should be as ‘sterile’ as possible, to ensure patient safety.

**Purpose:** To map the available scientific evidence on the impact of the multidisciplinary team’s utilisation of personal mobile phones in the operating theatre.

**Methods:** A scoping review was conducted, following the methodology recommended by the Joanna Briggs Institute (2020). The bibliographic search was carried out in the ‘PubMed’ and ‘Web of Science’ databases, and in the ‘EBSCOhost’ platform, employing the selected DeCS/MeSH descriptors. Additionally, relevant grey literature was searched, using Google Scholar and the ‘Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal’ (RCAAP) portal. The resulting articles underwent a selection process, which consisted of reading the respective title, abstract and full text. The review included works published in Portuguese, English and Spanish, without establishing a specific publication time frame.

**Results:** After applying the inclusion criteria, 15 articles were identified. The results were then organised, taking into account the positive and negative aspects inherent to the use of mobile phones in the context under study. The negative category encompassed bacterial contamination of the devices and the occurrence of events that might distract the professionals. The positive category comprised the effectiveness of the devices to distract children during anaesthetic induction, or to provide adequate care, and the utilisation of the devices to improve professional knowledge/skills.

**Conclusion:** When considering the impact of using personal mobile phones in the operating theatre, we often focus on the positive aspects of that practice. Nevertheless, in 11 studies included in the present review, the reported negative effects were more significant than the positive ones. There is evidence that patient safety may be threatened in such situations, due to the risk of cross-infection and to the potential distraction of the multidisciplinary team's elements.

**Keywords:** cell phone; mobile phone; smartphone; operating room; operating theatre; impact.

## Introduction

Since the creation of the first mobile phone until today, there has been an exponential increase in the services/potentialities provided by such devices, facilitating various aspects of our lives. Mobile phones have become part of our daily routines, including in the field of healthcare. Numerous smartphone applications allow calculating medication doses and ventilation parameters, by inputting only the patients' age, weight and gender. Using WhatsApp, it is possible to obtain an opinion from a colleague, or a specialist, without having to write an e-mail, and X-rays and images can be easily shared, minimising response times. In addition, notes on patients, techniques and procedures can be taken effortlessly, and that information can be saved in the mobile phone, to be just a click away<sup>(1)</sup>. The advantages of mobile phones are also well known in the context of Nursing care: they are a very useful tool, facilitating the access to information, saving time, promoting patient safety, improving the quality of the provided care, and increasing the nurses' confidence regarding their own performance<sup>(1,2)</sup>.

However, in recent years, some concerns have arisen with respect to the health care professionals' utilisation of their personal mobile phones at work. Possible repercussions on the professionals' level of vigilance were reported, being associated with negative effects on patient safety<sup>(3)</sup>. In a scoping review, 55% of the analysed studies showed that nurses used their personal mobile phones in the workplace mainly for private purposes. Moreover, nurses expressed their apprehension as regards mobile phone-related distractions that occurred during

care provision, also mentioning issues related to the patients' privacy and confidentiality<sup>(4)</sup>. Mobile phone use in health care provision has already been extensively investigated. In addition, the available literature stresses the probable relationship between nosocomial infections and the use of mobile devices, since the latter are considered a potential vehicle for the transmission of microorganisms and there are no effective guidelines on adequate cleaning/disinfection procedures for such equipment<sup>(1,5)</sup>.

Despite the existence of some works about the use of mobile phones in health care provision and the implications of that practice, there are specific contexts which deserve a special attention, namely the operating theatre. Operating theatres have been compared to the cockpits of commercial aeroplanes, from which electronic mobile devices have been banned (the so-called 'sterile cockpit rule'). Both are environments where critical moments occur, demanding the professionals' full attention and focus<sup>(6)</sup>. Given the need to clarify this issue, the following research question emerged: 'What is the impact of the multidisciplinary team's utilisation of personal mobile phones in the operating theatre?'

## **Materials and Methods**

The present scoping review was carried out according to the recommendations of the Joanna Briggs Institute<sup>(7)</sup>. To form the research question, we employed the 'PCC' mnemonic ('Population', 'Concept' and 'Context'). The study's 'Population' was the multidisciplinary team (nurses, anaesthesiologists, surgeons and perfusionists), its 'Concept' was the impact of using personal mobile phones, and its 'Context' was the operating theatre.

We sought relevant works, published in English, Portuguese, or Spanish, without defining a specific publication time frame. To perform the bibliographic search, the following DeCS/MeSH descriptors were applied: 'cell phone', 'impact', 'mobile phone' and 'operating room'.

First, a preliminary search was conducted, in several electronic databases, to explore the topic under study. Afterwards, the main search was carried out, using

the 'PubMed' and 'Web of Science' databases, and the 'EBSCOhost' platform (which comprised the following databases: CINAHL Complete; Cochrane Collection Plus; Nursing & Allied Health Collection: Expanded; MEDLINE® Complete; and MedicLatina). In this second search, we employed the previously validated descriptors and the previously identified keywords, together with the Boolean operators 'AND' and 'OR'. Finally, a third search was performed, using Google Scholar and the 'Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal' (RCAAP) portal, to find relevant grey literature.

The reading of titles, abstracts and full-text versions was executed by two independent reviewers. Subsequently, an analysis of the included studies' bibliographic references was conducted, to identify additional relevant works. Next, the studies' methodological quality was assessed, employing the critical appraisal tools recommended by the Joanna Briggs Institute for the type of research in question<sup>(7)</sup>. This was followed by the results' extraction and discussion. Throughout the process, the opinion of a third reviewer was requested whenever disagreements occurred.

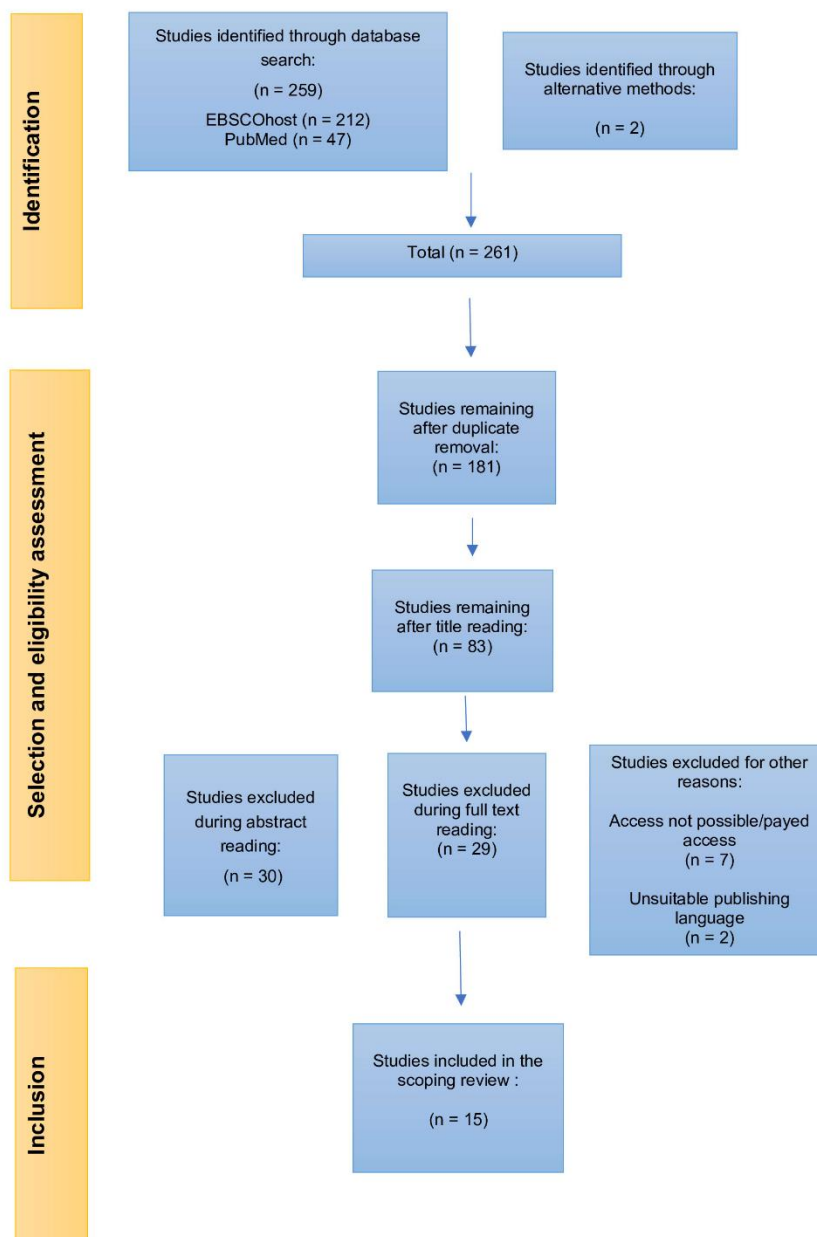
## **Results**

As shown in Figure 1, the main database search, in which the DeCS/MeSH descriptors were employed, produced an initial sample of 259 studies. The exploration of those studies' bibliographic references allowed identifying two additional articles. Conversely, no relevant works were found in the grey literature sources.

After duplicate removal (through automatic and manual methods), 181 articles were deemed suitable for analysis. A general assessment of the titles resulted in the exclusion of 98 studies that did not comply with the established objective. Of the remaining 83 works, two were excluded due to being published in languages other than Portuguese, English and Spanish, while seven were ruled out because their abstract/full-text version could not be accessed (either due to technical difficulties, or to payment requirements). Thus, 74 articles were selected for further analysis, which comprised the reading of abstracts and full-text versions. During this stage,

various studies were eliminated, due to not answering the research question, describing an isolated case, or referring to a specific application used to monitor ventilatory/haemodynamic parameters. Abstract reading resulted in the exclusion of 30 works, while full text reading allowed excluding 29 works. Hence, the final sample included 15 articles.

Figure 1. Flowchart of the studies' selection process (PRISMA flowchart, adapted from the *JBI Manual for Evidence Synthesis*).



For a better understanding of the review's findings, the extracted results were carefully organised in a table format, originating Tables 1 and 2, which are presented below.

Table 1. Extracted data, organised by author(s), title, year, source, country, objective(s), research method, level of evidence, population and results.

Author(s)/Title	Year/ Source/ Country	Objective(s)	Research Method/Level of Evidence	Population	Results
<b>A1. Porter SB, Renew JR, Paredes S, Roscher CR, Plevak MF, Yost KJ<sup>(8)</sup></b> <b>'Development, validation and results of a survey of personal electronic device use, among 299 anesthesia providers from a single institution'</b>	2022  Anesthesia and analgesia  Iran	To develop, validate and apply a questionnaire that allows determining use patterns and eventual risks, with respect to the utilisation of personal electronic devices (smartphones) by anaesthesia providers, in perioperative settings.	Retrospective quantitative study  4.c	A total of 299 anaesthesia providers (nurses and others)	<b>Negative impact:</b> risk of distraction.  The vast majority of the participants (80%) viewed mobile phone use as a potential distraction, capable of jeopardising patient safety.
<b>A2. Ahmed I, Irfan S, Mufarrih SH, Noordin S, Qureshi NQ, Rashid RH, Sadruddin A, Zubairi AJ<sup>(9)</sup></b> <b>'Mobile phones in the orthopedic operating room: Microbial colonization and antimicrobial resistance'</b>	2020  World Journal of Orthopedics  Pakistan	To investigate the microbial colonisation of mobile phones used by the orthopaedic operating theatre's staff.	Exploratory quantitative study  4.c	Anaesthetists, surgeons, nurses and other technicians	<b>Negative impact:</b> risk of infection due to bacterial contamination.  A total of 100 mobile phones were analysed, with bacterial contamination being detected on 93 devices.
<b>A3. Dowden A, Manson-Brick N, Martin W, Mckerricher L, Mackenzie W<sup>(10)</sup></b>	2020  ORNAC Journal	To analyse mobile phones as a source of contamination in operating theatres;	Scoping review  4.b	Studies reporting the practice of cleaning mobile phones	<b>Negative impact:</b> risk of infection due to bacterial contamination.

<p><b>'Recommended cleaning practices for cell phones in the operating room: A modified scoping review'</b></p>	<p>Canada</p>	<p>To identify current mobile phone cleaning practices; To explore mobile phone disinfection protocols.</p>		<p>in an operating theatre setting</p>	<p>All the included studies showed the existence of contamination on the participants' mobile phones. In some cases, pathogenic bacteria were detected.</p>
<p><b>A4. Avidan A, Yacobi G, Whessman C, Levin PD<sup>(11)</sup></b> <b>'Cell phone calls in the operating theater and staff distractions: An observational study'</b></p>	<p>2019 Journal of Patient Safety  Israel</p>	<p>To evaluate the amount of phone calls that take place in the operating theatre, during elective surgery; To assess whether the phone calls lead, or not, to staff distractions.</p>	<p>Observational mixed study  4.c</p>	<p>Surgical staff, observed during 52 elective surgeries</p>	<p><b>Negative impact:</b> risk of distraction. In 29 of the received phone calls, 30 staff distractions were reported (80% were from surgeons using their personal mobile phones).</p>
<p><b>A5. Park H, Lee S<sup>(12)</sup></b> <b>'International Nursing: Use of a commercially available smartphone application to solve information needs of orthopedic scrub nurses'</b></p>	<p>2019 Nursing Administration Quarterly  South Korea</p>	<p>To describe the usefulness of a mobile application designed to organise information, from the point of view of scrub nurses who work in orthopaedic surgery settings.</p>	<p>Qualitative study: focus group interviews  5.c</p>	<p>A total of 4 orthopaedic surgery scrub nurses</p>	<p><b>Positive impact:</b> improvement of professional skills. From the scrub nurses' perspective, the application allowed an efficient organisation of the surgical information.</p>
<p><b>A6. Çelikoyar MM, Topsakal O, Gürbüz S<sup>(13)</sup></b> <b>'Mobile technology for recording surgical procedures'</b></p>	<p>2019 Journal of Visual Communication in Medicine  Turkey</p>	<p>To evaluate the possibility of using smartphones to record surgical procedures.</p>	<p>Observational study without a control group  3.e</p>	<p>A total of 5 recorded neck surgeries</p>	<p><b>Positive impact:</b> improvement of professional skills; usefulness for care provision. It is possible to use a mobile phone as a recorder, in open surgical procedures.</p>
<p><b>A7. Cohen TN, Shappell SA, Reeves ST, Boquet AJ<sup>(14)</sup></b></p>	<p>2018</p>	<p>To identify the use of electronic devices, namely mobile phones, by the staff of cardiac</p>	<p>Observational quantitative study</p>	<p>Staff of cardiac surgery operating theatres</p>	<p><b>Negative impact:</b> risk of distraction.</p>

'Distracted doctoring: The role of personal electronic devices in the operating room'	Perioperative Care and Operating Room Management  USA	surgery operating theatres, during procedures with Extracorporeal Circulation (ECC).	4.c		Staff members spent about 1.5 minutes focusing on their mobile phones, regardless of the surgical stage.
A8. Cumino DO, Vieira JE, Lima LC, Stievano LP, Silva RAP, Mathias LAST <sup>(15)</sup>  'Smartphone-based behavioural intervention alleviates children's anxiety during anaesthesia induction: A randomised controlled trial'	2017  European Journal of Anaesthesiology  Brazil	To verify the effectiveness of non-pharmacological strategies in preventing child anxiety during anaesthetic induction. The addressed strategies included: distracting the child using mobile applications, previously provided to the child and his/her parents; offering written information (pamphlet).	Randomised clinical trial  1.c	A total of 84 children, divided into 4 test groups	<b>Positive impact:</b> usefulness for distracting children during anaesthetic induction. The children's anxiety decreased when mobile phone-based distraction was provided in combination with an informative pamphlet.
A9. Chang CH, Chen SY, Lu JJ, Chang CJ, Chang Y, Hsieh PH <sup>(5)</sup>  'Nasal colonization and bacterial contamination of mobile phones carried by medical staff in the operating room'	2017  PLOS ONE  Taiwan	To assess the incidence of bacterial contamination on the mobile phones carried by the medical staff in the operating theatre; To determine the relationship between the aforesaid incidence and the medical staff's nasal contamination.	Observational quantitative cohort study  3.c.	A total of 216 swab samples (collected from the mobile phones, nostrils, and dominant hand, of 72 medical staff elements) were analysed	<b>Negative impact:</b> : risk of infection due to bacterial contamination. A nasal colonisation rate of 98% was reported, with 27.3% of potentially pathogenic bacteria. In 94.3% of the medical staff elements, the same bacteria were found, simultaneously, on their mobile phones, on their hands and inside their nostrils.
A10. Murgier J, Coste JF, Cavaignac E, Bayle-Iniguez X, Chiron P,	2016  Orthopaedics & Traumatology:	To evaluate the bacterial contamination of mobile phones used by the orthopaedic	Observational quantitative cohort study  3.c.	A total of 52 participants (surgeons, nurses, anaesthetists, radiology	<b>Negative impact:</b> : risk of infection due to bacterial contamination.

<p><b>Bonneville P, Laffosse JM<sup>(16)</sup></b>  <b>'Microbial flora on cell-phones in an orthopedic surgery room before and after decontamination'</b></p>	<p>Surgery &amp; Research  France</p>	<p>surgery staff in the operating theatre;  To compare the mobile phones' bacterial flora, before and after decontamination, and to determine the hygiene habits related to such devices.</p>		<p>technicians and pharmaceutical representative s)</p>	<p>The mobile phones presented a contamination rate of 94%. The devices' decontamination significantly reduced this parameter (it decreased to 75%).</p>
<p><b>A11. Pinar HU, Karaca O, Doğan R, Konuk ÜM<sup>(17)</sup></b>  <b>'Smartphone use habits of anesthesia providers during anesthetized patient care: A survey from Turkey'</b></p>	<p>2016  BMC Anesthesiology  Turkey</p>	<p>To describe current habits and opinions, regarding smartphone use by Turkish anaesthesia staff.</p>	<p>Exploratory quantitative study  4.c</p>	<p>A total of 955 participants (nurses and anaesthetists)</p>	<p><b>Negative impact:</b> risk of distraction.  Mobile phones were used in the operating theatre for non-professional purposes, having the potential to distract the staff.</p>
<p><b>A12. Shakir IA, Patel NH, Chamberland RR, Kaar SG<sup>(18)</sup></b>  <b>'Investigation of cell phones as a potential source of bacterial contamination in the operating room'</b></p>	<p>2015  Journal of Bone and Joint Surgery  USA</p>	<p>To document the presence of bacterial contamination on the orthopaedic surgeons' mobile phones, in the operating theatre;  To determine whether a standard mobile phone disinfection protocol reduces, or not, the existing contamination rate.</p>	<p>Exploratory quantitative study  4.c</p>	<p>A total of 53 orthopaedic surgeons</p>	<p><b>Negative impact:</b> : risk of infection due to bacterial contamination.  The orthopaedic surgeons' mobile phones exhibited high levels of bacterial contamination, which decreased with disinfection practices. However, after one week, recontamination occurred.</p>
<p><b>A13. Lee JH, Jung HK, Lee GG, Kim HY, Park SG, Woo SC<sup>(19)</sup></b>  <b>'Effect of behavioral intervention using smartphone application for</b></p>	<p>2014  Korean Journal of Anesthesiology  South Korea</p>	<p>To assess the benefits of a behavioural intervention programme involving the use of a mobile application to reduce child anxiety during anaesthetic induction.</p>	<p>Randomised controlled trial  1.c</p>	<p>A total of 120 children, scheduled for elective surgery under general anaesthesia</p>	<p><b>Positive impact:</b> usefulness for distracting children during anaesthetic induction. Among the applied strategies, mobile phone use</p>

preoperative anxiety in pediatric patients'					produced the most significant decrease in child anxiety.
<b>A14. Smith T, Darling E, Searles B<sup>(20)</sup></b> <b>'Survey on cell phone use while performing cardiopulmonary bypass'</b>	2011  Perfusion  USA	To determine the frequency of mobile phone utilisation among perfusionists;  To identify the perfusionists' concerns and opinions, regarding the use of mobile phones during Extracorporeal Circulation (ECC) procedures.	Observational quantitative study  4.c	A total of 439 perfusionists	<b>Negative impact:</b> risk of distraction.  While performing ECC in cardiac surgeries, perfusionists accessed their mobile phones for non-professional purposes, which may have led to distractions.
<b>A15. Jeske HC, Tiefenthaler W, Hohlrieder M, Hinterberger G, Benzer A<sup>(21)</sup></b> <b>'Bacterial contamination of anaesthetists' hands by personal mobile phone and fixed phone use in the operating theatre'</b>	2007  Anaesthesia  Austria	To evaluate the role of mobile phones in transmitting bacteria to the anaesthetist's hands, in the operating theatre;  To compare the aforesaid role with the contribution of fixed telephones located in the operating theatre's antechamber.	Observational quantitative study  4.c	A total of 40 anaesthetists	<b>Negative impact:</b> : risk of infection due to bacterial contamination.  Following mobile phone use, the contamination of the participants' hands increased in 38 cases. After fixed telephone use, the contamination of the participants' hands increased in 33 cases.  In both situations, microorganisms were detected, namely pathogenic bacteria.

Table 2. Impact of the multidisciplinary team’s utilisation of personal mobile phones in the operating theatre.

Included Studies	Negative Impact		Positive Impact	
	Risk of infection due to bacterial contamination of the devices	Risk of distraction affecting the operating theatre's staff	Development of professional skills	Decrease in child anxiety during anaesthetic induction
A1 <sup>(8)</sup>		X		
A2 <sup>(9)</sup>	X			
A3 <sup>(10)</sup>	X			
A4 <sup>(11)</sup>		X		
A5 <sup>(12)</sup>			X	
A6 <sup>(13)</sup>			X	
A7 <sup>(14)</sup>		X		
A8 <sup>(15)</sup>				X
A9 <sup>(5)</sup>	X			
A10 <sup>(16)</sup>	X			
A11 <sup>(17)</sup>		X		
A12 <sup>(18)</sup>	X			
A13 <sup>(19)</sup>				X
A14 <sup>(20)</sup>		X		
A15 <sup>(21)</sup>	X			

## Discussion

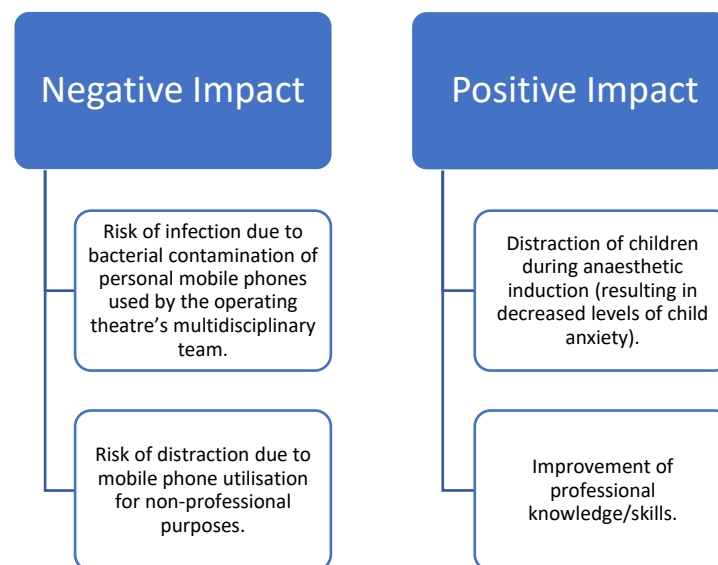
The results obtained in this review show a recent, but pressing, concern as regards the impact of mobile phone use in the operating theatre, seeking to thoroughly understand the phenomenon. In fact, most of the included works refer to the last five years – among the 15 selected studies, nine were conducted between 2017 and 2022 (60%), five between 2011 and 2016, and only one between 2006 and 2010. This is not surprising, since a considerable evolution has taken place in the field of mobile phone technology, originating the need to further clarify the particularities of using such devices in health care practice. With respect to the included works’ geographical distribution, the Asian continent seems to lead the

research on the topic, being represented by eight articles (53.3%). It is followed by the American continent, with five articles (33.3%).

Several types of research projects were identified, the most frequent being exploratory quantitative studies (3) and observational quantitative studies (3), followed by randomised clinical trials (2) and observational cohort studies (2). The remaining selected works correspond to diverse research methods (comprising an observational study without a control group, a qualitative study based on focus group interviews, an observational mixed study, a retrospective quantitative study, and a scoping review).

The extracted data's analysis allowed establishing different categories, which facilitated the organisation of the included articles. Among those categories, we highlight the ones referring to the negative/positive impact of using mobile phones in the operating theatre (shown in Figure 2).

Figure 2. Categorisation of the obtained results, according to the impact of mobile phone use in the operating theatre



### **Negative impact: risks concerning patient safety**

#### *Mobile phone contamination and risk of patient infection*

After analysing the six studies about mobile phone contamination in the operating theatre, we found that the staff's personal mobile phones presented high

levels of bacterial contamination. In five of the abovementioned works, the reported contamination rates surpassed 80%<sup>(5,9,16,18,21)</sup>.

In the study that aimed to establish a relationship between the nasal colonisation of operating theatre professionals and their mobile phones' contamination, it was found that 94.3% of the staff exhibited, simultaneously, the same bacteria on their mobile phones, on their hands and inside their nostrils<sup>(5)</sup>.

On the other hand, the selected scoping review, conducted in 2020, on the recommended practices for mobile phone sanitation in operating theatres, revealed that the multidisciplinary team's mobile phones were colonised by pathogenic microorganisms, and that the devices' decontamination caused a significant decrease in their microbial load<sup>(10)</sup>. Similar findings were mentioned in three of the other included studies<sup>(5,9,18)</sup>. It was also found that the operating theatre professionals did not have the habit of sanitising their mobile phones, lacking specific guidelines on disinfectants and on disinfection periodicity<sup>(9,18)</sup>.

The concern with bacterial contamination of mobile phones has also been a subject of interest in other settings, namely in Intensive Care. In a scoping review on patient safety and mobile phone contamination in intensive care units, the included studies pointed to the devices' contamination with the bacteria present on the health care professionals' skin and nasal fossae. This indicates a poor observance concerning the prevention and control measures employed to fight infections – namely, hand hygiene and object sanitation –, which, associated with a lack of standardised recommendations, contributes to the increase of nasocomial infections, compromising the safety of hospitalised patients<sup>(22)</sup>.

Still regarding Intensive Care, another study identified the presence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in 11% of the samples collected from the professionals' mobile phones, warning that such devices may be a vehicle for the transmission of microorganisms to critically ill patients. Consequently, they stressed the importance of reinforcing hand hygiene in hospital settings and the need to further explore mobile phone sanitation options<sup>(23)</sup>.

To summarise, mobile phones are considered a significant source of bacterial contamination, particularly in operating theatres, intensive care units and surgical wards, therefore jeopardising patient safety. These devices are usually kept in

pockets, or small bags – a practice that facilitates the spread of bacteria, since such microorganisms only multiply themselves at certain temperatures. The constant handling of mobile phones also contributes to the dissemination of microorganisms, as they transition from the user's hands to the equipment, and vice versa. This phenomenon aids microbial transmission to susceptible patients. Regular and adequate hand hygiene is the only measure capable of reducing the risk of bacterial contamination in mobile phones. Nonetheless, it should be combined with the devices' decontamination and/or frequent sanitation (using disinfectant wipes, or 70% isopropyl alcohol)<sup>(24)</sup>.

#### *Mobile phone utilisation habits in the operating theatre: risk of distraction*

The five included studies about mobile phone utilisation habits in the operating theatre reflect a need to identify the consequences, for patient safety, of the distractions caused by such devices within the surgical team<sup>(8,11,14,17,20)</sup>.

Studies A11 and A14 – the first, conducted on Turkish anaesthesiology staff, and the second, conducted on American perfusionists – revealed the participants' tendency to access their mobile phones during anaesthetic procedures (93.7%) and during Extracorporeal Circulation (ECC) procedures (55.6%), respectively. It was also found that 78.3% of the perfusionists viewed mobile phone use as a hazardous practice, in terms of patient safety. In both studies, numerous participants stated having observed colleagues who were distracted by their mobile phones during work, although a high percentage believed that mobile phone utilisation had never caused their own distraction in such circumstances<sup>(17,20)</sup>.

In a selected observational quantitative study, performed throughout 35 cardiac surgeries with ECC, it was found that staff elements spent, approximately, 1.5 minutes focused on their mobile phones, regardless of the surgical stage<sup>(14)</sup>. The included observational mixed study, which was carried out to determine the amount of phone calls taking place in the operating theatre, showed that 96% of the incoming calls were answered, and that 15% of the answered calls originated distractions within the multidisciplinary team (mostly on the surgeon's part, when using his/her personal mobile phone)<sup>(11)</sup>.

Furthermore, three of the selected works mention that the participants worried about possible distractions which might endanger patient safety<sup>(8,17,20)</sup>. In

some cases, this specific concern was expressed by 80% of the involved professionals<sup>(8,20)</sup>.

The understandable need to better comprehend this phenomenon, employing reliable tools, led to the development and validation of several questionnaires, one of which (A1) was analysed in the present review. Concurrently, we highlight the existence of a study that validates the psychometric qualities of a particular questionnaire, designed to quantify mobile phone-related distractions in the operating theatre<sup>(25)</sup>.

Mobile phone use in health care provision has already been extensively investigated. With respect to nursing staff, the nurses' perception of their own decreased professional performance due to mobile phone utilisation has been assessed, with the following outcome: 42.5% believed that smartphones can be a serious distraction during work hours; 69.5% considered that using personal mobile phones at work has, predominantly, a negative impact, despite presenting some benefits. In fact, 70.9% declared having observed negative effects, caused by mobile phone-related distractions, on their colleagues' professional performance, but only 7.4% admitted that their own professional performance was, at some point, negatively affected by personal mobile phone utilisation<sup>(26)</sup>. Such results are in line with the findings reported in some of the included studies, suggesting that nurses may have an erroneous self-perception concerning this issue, since they seem to identify more easily their colleagues' deviant behaviour than their own<sup>(17,20)</sup>.

The distractions associated with mobile phone use can have severe consequences, regardless of the context, and the operating theatre is no exception to that rule<sup>(6)</sup>. Accordingly, the Association of periOperative Registered Nurses (AORN) considers that the undisciplined utilisation of mobile phones in the operating theatre may jeopardise patient safety, because it hinders care providers from focusing on the patient. The same organisation also mentions that the occurrence of distractions within the operating theatre can augment the incidence of adverse effects, increase procedure duration and lead to omissions<sup>(27)</sup>.

Conversely, in the article 'Smartphones in the operating room: Can perioperative nurses be trusted?', the advantages of using mobile phones in the operating theatre are highlighted. Even so, the authors emphasise the importance

of digital professionalism, with respect to deciding the appropriate moment for accessing the smartphone – a professional attribute that should be developed and adjusted<sup>(28)</sup>.

### **Positive impact: improvements in the quality of the provided care**

#### *Reduced levels of child anxiety during anaesthetic induction*

The present review included two studies in which researchers used mobile phones as part of a behavioural strategy to reduce child anxiety levels during anaesthetic induction. This practice represents a beneficial utilisation of mobile phones in the operating theatre<sup>(15,19)</sup>.

In one of those studies, conducted on 120 children, the results showed that, during anaesthetic induction, the participants exhibited less signs of anxiety when they were given a mobile phone containing age-appropriate material, together with a small dose of midazolam<sup>(19)</sup>. Likewise, another study, carried out on 84 children, found that a combination of mobile phone-based distraction and written information (provided to the parents on a pamphlet) was an effective strategy to decrease child anxiety levels during anaesthetic induction. Moreover, the use of the abovementioned combination increased the parents' satisfaction levels concerning that surgical stage<sup>(15)</sup>.

In fact, the use of mobile phones as a behavioural strategy, and as a non-pharmacological approach to reduce anxiety on the day of surgery, has proven to be effective. Distraction is a widely applied tool in paediatrics. When mobile phones are employed to watch videos, or to play games, the associated distraction reduces child anxiety and pain in surgical settings, having also a positive effect on the families. The immersion in an interesting game is likely to decrease preoperative anxiety in preschool children, as well as to improve their performance and cooperation during anaesthetic induction, thus contributing to its success<sup>(29,30)</sup>.

#### *Improvement of professional knowledge/skills*

Two of the studies included in this review reported an advantageous utilisation of mobile phones in the operating theatre, to improve the staff's

knowledge/skills. One of them addressed mobile phone use to store information on surgical procedures, while the other investigated the utility of such devices for open surgery recording<sup>(12,13)</sup>.

Nurses view mobile phones as a quick and easy way to access reliable contents. Such devices allow performing searches on medication and diseases, which provide valuable information regarding the patients' diagnoses. Besides, the mobile phone can be used as a watch, a timer, or a calculator. All the abovementioned functionalities increase the nurses' actual availability for care provision<sup>(2,20)</sup>.

Nurses also mention other convenient possibilities: keeping notes, organising schedules, programming reminders, and accessing contacts and e-mail accounts. They often emphasise that, while influencing patient safety, mobile phones facilitate their access to precise information, as well as to established standards and institutional documentation, thus improving their professional self-confidence<sup>(2)</sup>. In addition, mobile phone cameras are pointed out as an important tool in care provision, since they allow the sharing of relevant clinical information between colleagues, through photography or video<sup>(4)</sup>.

## **Conclusions**

This scoping review contributes to a deeper knowledge of the impact of personal mobile phone use in operating theatres. Some positive effects were reported, concerning improvements in the quality of the provided care, namely the reduction of child anxiety levels during anaesthetic induction and the improvement of professional knowledge/skills. Notwithstanding, the negative effects predominate in the obtained results, with 11 (73.3%) of the included works highlighting the aforesaid practice's disadvantages. Our findings indicate that the mobile phones' bacterial contamination, together with a lack of decontamination routines concerning such devices, puts the patients at risk. Similar consequences derive from the occurrence of distractions, related to the staff's mobile phone utilisation habits, with the devices being mostly used for non-professional purposes in the context under study.

In view of these findings, we believe that further studies should be conducted: i) to establish a cause-and-effect relationship between the bacterial contamination of the staff's mobile phones and the occurrence of surgical site infections; ii) to develop institutional guidelines for mobile phone decontamination; iii) to determine how often the staff elements are actually distracted in the operating theatre, and to what extent those distraction moments affect patient safety.

Nonetheless, in the absence of more specific guidelines, it is essential to cultivate the awareness of the operating theatres' care-providing staff, as regards the risks of using their personal mobile phones close to patients, operating fields and sterile teams, as well as at key surgical moments, appealing to their common sense and professionalism.

## References

1. Attri J, Khetarpal R, Chatrath V, Kaur J. Concerns about usage of smartphones in operating room and critical care scenario. *Saudi J Anaesth.* 2016;10(1):87–94. DOI: [10.4103/1658-354X.169483](https://doi.org/10.4103/1658-354X.169483)
2. Johansson P, Petersson G, Saveman B-I, Nilsson G. Experience of mobile devices in nursing practice. *Vård i Norden.* 2012;32(4):50–54. DOI: [10.1177/010740831203200411](https://doi.org/10.1177/010740831203200411)
3. Snoots LR, Wands BA. Use of personal electronic devices by nurse anesthetists and the effects on patient safety. *AANA Journal.* April 2016 [cited 2023 January 18];84(2):114–119. Available from: [https://www.aana.com/docs/default-source/aana-journal-web-documents-1/use-peds-0416-pp114-119.pdf?sfvrsn=67cd48b1\\_6](https://www.aana.com/docs/default-source/aana-journal-web-documents-1/use-peds-0416-pp114-119.pdf?sfvrsn=67cd48b1_6)
4. Jong A, Donelle L, Kerr M. Nurses' use of personal smartphone technology in the workplace: Scoping review. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2020;8(11):e18774. DOI: [10.2196/18774](https://doi.org/10.2196/18774)

5. Chang C-H, Chen S-Y, Lu J-J, Chang C-J, Chang Y, Hsieh P-H. Nasal colonization and bacterial contamination of mobile phones carried by medical staff in the operating room. PLoS ONE. 2017;12(5):e0175811. DOI: [10.1371/journal.pone.0175811](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175811)
6. Neves S, Soto RG. Distraction in the OR: Bells and whistles on silent mode. International Anesthesiology Clinics. 2019;57(3):62–67. DOI: [10.1097/AIA.000000000000236](https://doi.org/10.1097/AIA.000000000000236)
7. Peters MDJ, Godfrey C, Mclnerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: Scoping reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI. 2020. DOI: [10.46658/JBIMES-20-12](https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12)
8. Porter SB, Renew JR, Paredes S, Roscher CR, Plevak MF, Yost KJ. Development, validation, and results of a survey of personal electronic device use among 299 anesthesia providers from a single institution. Anesthesia & Analgesia. 2022;134(2):269–275. DOI: [10.1213/ANE.0000000000005708](https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000005708)
9. Qureshi NQ, Mufarrih SH, Irfan S, Rashid RH, Zubairi AJ, Sadruddin A, Ahmed I, Noordin S. Mobile phones in the orthopedic operating room: Microbial colonization and antimicrobial resistance. World J Orthop. 2020;11(5):252–264. DOI: [10.5312/wjo.v11.i5.252](https://doi.org/10.5312/wjo.v11.i5.252)
10. Dowden A, Manson-Brick N, Martin W, McKerricher L, Wiebe M. Recommended cleaning practices for cell phones in the operating room: A modified scoping review. ORNAC Journal. June 2020 [cited 2022 August 11];38(2):15–20. Available from: <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA627278092&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=19276141&p=HRCA&sw=w&userGroupName=anon~d3d1be64>

11. Avidan A, Yacobi G, Weissman C, Levin PD. Cell phone calls in the operating theater and staff distractions: An observational study. *Journal of Patient Safety*. 2019;15(4):e52–e55. DOI: [10.1097/PTS.0000000000000351](https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000351)
12. Park H, Lee S. International Nursing: Use of a commercially available smartphone application to solve information needs of orthopedic scrub nurses. *Nursing Administration Quarterly*. 2019;43(4):337–350. DOI: [10.1097/NAQ.0000000000000366](https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000366)
13. Çelikoyar MM, Topsakal O, Gürbüz S. Mobile technology for recording surgical procedures. *Journal of Visual Communication in Medicine*. 2019;42(3):120–125. DOI: [10.1080/17453054.2019.1612234](https://doi.org/10.1080/17453054.2019.1612234)
14. Cohen TN, Shappell SA, Reeves ST, Boquet AJ. Distracted doctoring: The role of personal electronic devices in the operating room. *Perioperative Care and Operating Room Management*. 2018;10:10–13. DOI: [10.1016/j.pcorm.2017.12.001](https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2017.12.001)
15. Cumino DO, Vieira JE, Lima LC, Stievan LP, Silva RAP, Mathias LAST. Smartphone-based behavioural intervention alleviates children’s anxiety during anaesthesia induction: A randomised controlled trial. *European Journal of Anaesthesiology*. 2017;34(3):169–175. DOI: [10.1097/EJA.0000000000000589](https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000000589)
16. Murgier J, Coste J-F, Cavaignac E, Bayle-Iniguez X, Chiron P, Bonneville P, Laffosse J-M. Microbial flora on cell-phones in an orthopedic surgery room before and after decontamination. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*. 2016;102(8):1093–1096. DOI: [10.1016/j.otsr.2016.09.014](https://doi.org/10.1016/j.otsr.2016.09.014)

17. Pinar HU, Karaca O, Doğan R, Konuk ÜM. Smartphone use habits of anesthesia providers during anesthetized patient care: A survey from Turkey. *BMC Anesthesiol.* 2016;16:88. DOI: [10.1186/s12871-016-0245-7](https://doi.org/10.1186/s12871-016-0245-7)
18. Shakir IA, Patel NH, Chamberland RR, Kaar SG. Investigation of cell phones as a potential source of bacterial contamination in the operating room. *J Bone Joint Surg Am.* 2015 [cited 2023 January 18];97(3):225–231. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/272398404\\_Investigation\\_of\\_Cell\\_Phones\\_as\\_a\\_Potential\\_Source\\_of\\_Bacterial\\_Contamination\\_in\\_the\\_Operating\\_Room](https://www.researchgate.net/publication/272398404_Investigation_of_Cell_Phones_as_a_Potential_Source_of_Bacterial_Contamination_in_the_Operating_Room)
19. Lee J-H, Jung H-K, Lee G-G, Kim H-Y, Park S-G, Woo S-C. Effect of behavioral intervention using smartphone application for preoperative anxiety in pediatric patients. *Korean J Anesthesiol.* 2013;65(6):508–518. DOI: [10.4097/kjae.2013.65.6.508](https://doi.org/10.4097/kjae.2013.65.6.508)
20. Smith T, Darling E, Searles B. 2010 Survey on cell phone use while performing cardiopulmonary bypass. *Perfusion.* 2011;26(5):375–380. DOI: [10.1177/0267659111409969](https://doi.org/10.1177/0267659111409969)
21. Jeske H-C, Tiefenthaler W, Hohlrieder M, Hinterberger G, Benzer A. Bacterial contamination of anaesthetists' hands by personal mobile phone and fixed phone use in the operating theatre. *Anaesthesia.* 2007;62(9):904–906. DOI: [10.1111/j.1365-2044.2007.05172.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2007.05172.x)
22. Moura FL, Moraes ÉB, Martins JD, Souza DF, Sanches MCO. Contaminação de celulares em unidades de terapia intensiva e a segurança do doente. *Enferm Foco.* 2020;11(6):207–213. DOI: [10.21675/2357-707X.2020.v11.n6.3852](https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n6.3852)

23. Santana-Padilla YG, Santana-Cabrera L, Dorta-Hung ME, Molina-Cabrillana MJ. Presence of microorganisms in mobile phones of intensive care staff at a hospital in Spain. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019;36(4):676–680. DOI: [10.17843/rpmesp.2019.364.4421](https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.364.4421)
24. Shukla P, Khalid B, Yaqoob S, Ahmad S. Involvement of mobile phones as a source for nosocomial infections. *Asian Journal of Medical Sciences*. 2021;12(7):126–129. DOI: [10.3126/ajms.v12i7.34788](https://doi.org/10.3126/ajms.v12i7.34788)
25. Hasanshahi M, Rakhshan M, Fereidouni A, Moayedi SA, Torabizadeh C. Development and psychometric evaluation of a questionnaire for measuring distraction due to mobile phone use in operating rooms. *Journal of Perioperative Nursing*. 2022;35(2):e3–e13. DOI: [10.26550/2209-1092.1162](https://doi.org/10.26550/2209-1092.1162)
26. McBride D, LeVasseur SA, Li D. Nursing performance and mobile phone use: Are nurses aware of their performance decrements? *JMIR Hum Factors*. 2015;2(1):e6. DOI: [10.2196/humanfactors.4070](https://doi.org/10.2196/humanfactors.4070)
27. Association of periOperative Registered Nurses (AORN). AORN position statement on managing distractions and noise during perioperative patient care. *AORN Journal*. 2014;99(1):22–26. DOI: [10.1016/j.aorn.2013.10.010](https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.10.010)
28. Armour T, Coffey E. Smartphones in the operating room: Can perioperative nurses be trusted? *Journal of Perioperative Nursing*. 2021;34(1):e27–e30. DOI: [10.26550/2209-1092.1114](https://doi.org/10.26550/2209-1092.1114)
29. Li L, Ma J, Ma D, Zhou X. Smartphone interventions effect in pediatric subjects on the day of surgery: A meta-analysis. *Front Surg*. 2021;8:1–7. DOI: [10.3389/fsurg.2021.759958](https://doi.org/10.3389/fsurg.2021.759958)

30. Gao X-L, Liu Y, Tian S , Zhang D-Q, Wu Q-P. Effect of interesting games on relief of preoperative anxiety in preschool children. International Journal of Nursing Sciences. 2014;1(1):89–92. DOI: [10.1016/j.ijnss.2014.02.002](https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.02.002)

## ANEXOS

## Anexo I – Enquadramento Teórico

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao longo do contexto de estágio e da prestação de cuidados de enfermagem, senti emergir na prática a necessidade de contextualizar as situações e os momentos, com recurso aos contributos de algumas teóricas da Enfermagem. De facto, as teorias de enfermagem estabelecem a base do conhecimento científico para sistematizar o saber e organizar o cuidado, o que constitui subsídios para uma prática profissional baseada em evidência. (Cardoso et al., 2019).

Assim, destaco a Teoria das Transições de Afaif Meleis, a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, enriquecida com o contributo de Patrícia Pontífice Sousa sobre o conforto do doente idoso, e também a teoria “De iniciado a Perito” de Patrícia Benner, como os referenciais teóricos que mais contribuíram para o meu percurso académico.

- **Teoria das Transições**

Afaif Meleis é a autora que mais se destaca no estudo das Transições, com trabalhos desenvolvidos sobre a definição do conceito de transição, a sua aplicação e pertinência no domínio da enfermagem. Foi a mentora da operacionalização da Teoria das Transições, uma teoria de médio alcance, por definição uma teoria caracterizada por uma abrangência mais limitada, sendo menos abstrata do que as grandes teorias e facilmente adaptável e aplicável à realidade dos cuidados de enfermagem. (Santos, et al., 2015; Meleis et al., 2000).

Com base nos pressupostos desta teoria, importa definir o conceito de transição. Segundo Meleis (2010), “Transição” é um conceito familiar em teorias de desenvolvimento, stress e adaptação, encaixando-se facilmente no contínuo e descontínuo do processo de vida do ser humano.

Correspondem a períodos em que ocorrem entre estados relativamente estáveis da vida dos indivíduos, correspondendo a uma passagem ou movimento, que pode ser de um estado ou condição para outro, de uma fase da vida para outra, referindo-se ao resultado complexo das interações entre a pessoa e o ambiente.

As transições são desencadeadas por eventos críticos e mudanças nos indivíduos ou nos seus ambientes, considerando-se que uma transição se inicia

mal uma mudança ou evento é antecipado, podendo verificar-se a ocorrência de várias transições em simultâneo. Isto significa que ao longo da vida, o indivíduo atravessa várias fases de transição, de várias naturezas, que implicam uma extensa mobilização de recursos pessoais para lidar com o stress que cada mudança implica. (Meleis, 2010)

Na sua prática de cuidados, os enfermeiros encontram numerosas situações de mudança de papéis, como as transições de saúde para doença, nascimento e morte, correspondendo aos profissionais que se encontram na melhor posição para aceder às necessidades psicossociais dos seus clientes durante os períodos transicionais, e providenciar as intervenções necessárias, baseadas nas necessidades individuais de cada um e ajudar a enfrentar as provações criadas pelas transições. (Meleis, 2010)

Contudo, na formulação da teoria, Meleis vai mais além e cria um modelo dinâmico de interpretação e gestão das transições, que corresponde a um guia para a o cuidado da Enfermagem. Na figura 1 está patente o esquema representativo da Teoria das Transições.

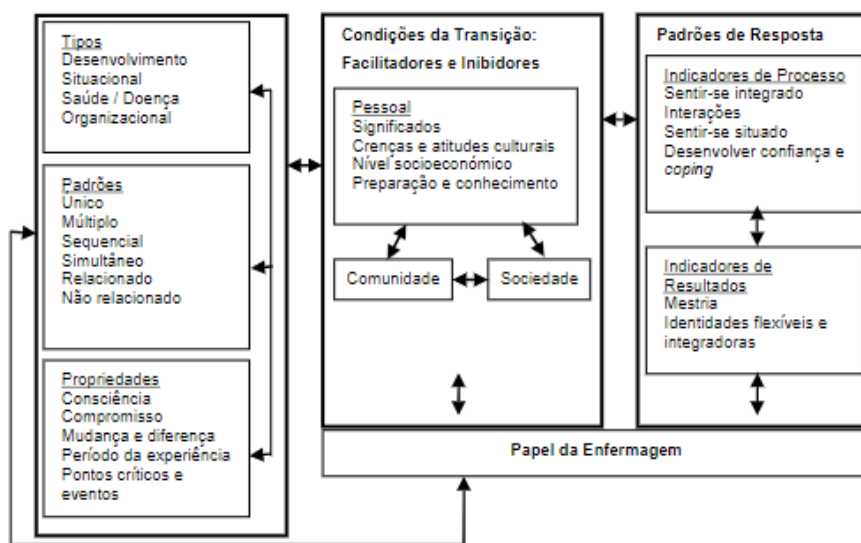


Figura 1 –Teoria de Médio Alcance das Transições.

Fonte: Santos et al., (2015, p. 157) segundo Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010, p. 56); Im(2010, p. 419)

As transições são definidas quanto à sua natureza, o que compreende o tipo de transições, seus padrões e propriedades. Assim, podemos encontrar transições

de desenvolvimento, saúde-doença, situacionais e organizacionais, sendo que, na área da saúde, as mais relevantes para a prática da enfermagem são as transições de *saúde-doença*, que resultam da mudança de uma situação de saúde ou bem-estar para uma situação de doença aguda ou crónica, ou, pelo contrário, a passagem de uma situação de doença para uma de bem-estar, que pode, contudo, incorporar a cronicidade. (Santos et al., 2015)

Quanto aos padrões, as transições podem ser classificadas como simples ou múltiplas. As múltiplas podem ainda ser classificadas em sequenciais, simultâneas e relacionadas ou não relacionadas. Dificilmente um doente vivencia uma única transição, daí raramente ser do tipo simples. Muitas vezes as transições são múltiplas e complexas, não ocorrendo isoladamente. (Meleis, et al., 2000)

Meleis et al., (2000) sublinha a existência de propriedades essenciais das transições, interrelacionadas entre si num processo contínuo, explicadas no quadro 1.

Quadro 1. Propriedades das Transições

<b>Consciência</b>	Perceção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição.
<b>Compromisso</b>	Envolvimento dos indivíduos nos processos inerentes à transição. Uma pessoa envolvida num processo de transição busca informações e modelos de atuação: modifica comportamentos e ações com vista à fluidez do processo de transição.
<b>Mudança</b>	Todas as transições implicam mudanças, mas nem todas as transições são sinónimo de mudança. A mudança pode ser motivada por eventos críticos, ruturas em relacionamentos e rotinas, perceções e ou identidades.
<b>Diferença</b>	Demonstrada pela presença de expectativas goradas ou divergentes, sentir-se diferente, ser visto como diferente ou ter uma perspetiva do mundo e dos outros diferente
<b>Intervalo de tempo</b>	As transições desenvolvem-se ao longo de um período temporal, iniciando-se aos primeiros sinais de antecipação da mudança, passando por um período de instabilidade/ angústia associado ao próprio ajuste do individuo, culminando num momento final, que marca um novo começo ou um momento de maior estabilidade na vivência da transição.

---

**Pontos críticos ou eventos**

Algumas transições estão associadas a um ponto crítico (nascimento, morte, internamento). Estes implicam maior consciencialização da mudança ou diferença, e resultam num envolvimento mais ativo do indivíduo na experiência da transição. Dentro da vivência de uma transição, podem existir vários pontos críticos, associada a períodos de incerteza

Fonte: Meleis et al., (2000)

No estudo das transições, existem fatores facilitadores e fatores inibidores, nomeadamente as **condições pessoais** (com especial ênfase atribuído aos significados que cada indivíduo atribui aos fenómenos, crenças e atitudes culturais, status socioeconómico, preparação e conhecimento), e **condições ambientais/sociais** que interferem de forma múltipla ou isolada na forma como as transições são percecionadas e vivenciadas.

Finalmente, uma transição saudável é marcada pela presença de **indicadores de processo** (refere-se ao “como se desenvolve a transição”) e de **resultado** (refere-se ao “ como se perceciona o sucesso da transição”). Os indicadores de processo correspondem ao sentir-se integrado, fazendo novas conexões e mantendo antigas relações, realizar interações, sentir-se situado e desenvolver confiança e capacidade de coping. Quanto aos indicadores de resultado, estes incluem a mestria e a presença de identidades flexíveis e integradoras, que no fundo refletem o domínio de novas habilidades necessárias para gerir uma transição e a presença de reestruturação ao nível da identidade dos indivíduos, fluida e flexível.

Em suma, Meleis et al., (2000) advoga que “A compreensão das propriedades e condições inerentes a um processo de transição, levará ao desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem congruentes com as experiências únicas dos clientes e suas famílias, promovendo assim respostas saudáveis à transição.” (p. 27) o que é corroborado por Santos et al., (2015), que realça a importância do enfermeiro assumir um papel “facilitador de transições”, devendo assumir uma postura de escuta e aceitação do outro, educação e orientação, promoção do autocuidado e conforto.

- **Teoria do Conforto**

O conforto é um conceito intimamente relacionado com os cuidados de enfermagem e vinculado à sua origem, na medida em que o enfermeiro é o profissional que “promove o fortalecimento e o conforto daquele que está enfermo” (Apóstolo, 2009, p.62).

Apóstolo (2009) refere que, numa revisão de literatura sobre o conceito de conforto, este foi apontado como um conjunto de processos e experiências dinâmicas que envolvem temas como: qualidade de vida, esperança, controlo, tomada de decisão e reconciliação. É frequente considerar-se o controlo e a inexistência de dor como um sinónimo de conforto, enquanto que a presença de dor por sua vez, parece estar relacionada com a noção de desconforto.

Com o intuito de compreender melhor o fenómeno do conforto e as medidas implementadas no alívio do desconforto, emergiu a Teoria do Conforto, a partir dos anos de 1960, operacionalizada por Katherine Kolcaba, “(...) que considerou o conforto como um estado resultante das intervenções de enfermagem para aliviar ou eliminar o distresse”. (Apóstolo, 2009, p. 66)

Kolcaba (2003), descreve Conforto como um estado em que as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência estão satisfeitas (correspondentes aos três estados de Conforto).

O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; a tranquilidade, é o estado de calma ou de satisfação, necessário para um desempenho eficiente; a transcendência, é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas. Este tipo de conforto é também chamado de renovação (Apóstolo, 2009, p.66).

Os três estados de conforto desenvolvem-se ao longo de quatro contextos, nomeadamente: Físico (referente às sensações corporais); Psico-espiritual (relacionado com a autoestima, sexualidade e sentido da vida/transcendência); Sociocultural (relações interpessoais); Ambiental (relacionado com fatores ambientais, como luminosidade, ruído, equipamento, temperatura, cor, e elementos naturais e artificiais do espaço em questão). (Kolcaba, 2003)

Com base nos princípios científicos e humanísticos do cuidar, os enfermeiros planeiam e prestam cuidados tendo em conta as várias dimensões do conforto, com o intuito de aliviar o desconforto, empreendendo atividades/ações confortadoras, até que o doente se sinta efetivamente confortado. (Apóstolo, 2009)

Outra autora com um importante contributo na temática do conforto do doente idoso é Patrícia Pontífice Sousa, que aborda este tema na sua obra “ O conforto do doente Idoso” de forma clara, facilitando a transladação desta teoria para a prática dos cuidados de enfermagem. Sousa (2020, p. 22), explica que o conforto pode ser experimentado pela pessoa (ao ser entendido como um estado relativo ou um resultado dos cuidados), podendo também ser entendido como uma intervenção do enfermeiro no processo de cuidar.

Sousa (2020), identifica intervenções realizadas pelos enfermeiros, que apresentam um reconhecido efeito confortador, operacionalizando a teoria na prática. Estas atitudes confortadoras estão sintetizadas no quadro 2.

#### Quadro 2. Intervenções Confortadoras realizadas pelos Enfermeiros

- Promoção de afeto, carinho e simpatia (recorrendo a formas interativas de conforto, nomeadamente pelo sorriso, toque, humor e musicoterapia);
  - Transmissão de informação clara e adequada ao doente e família;
- Estar presente de forma intencional e recorrer ao silêncio numa dinâmica de disponibilidade;
  - Desenvolver uma relação de empatia/cumplicidade;
- Promoção da autonomia do idoso e envolvimento do idoso/família nos cuidados, numa relação de parceria;
  - Promoção da igualdade de género;
- Controle da dor por administração de terapêutica e outras estratégias não farmacológicas;
- Postura adequada e empática no primeiro momento de acolhimento (contato inaugural).
- Valorização da prestação de cuidados de higiene como um momento de particular conforto, principalmente para os idosos.

Fonte: Sousa (2020)

A Teoria do Conforto apresenta-se como um referencial teórico que avigora a enfermagem enquanto ciência, além de incentivar a interação, autonomia e valorização das necessidades do doente a partir da promoção do conforto, com conseqüente melhoria da qualidade de vida. (Cardoso et al., 2009)

- **“De Iniciado a Perito”**

Patrícia Benner trouxe à enfermagem um importante contributo, com o conceito de “Iniciado a perito”, uma conceptualização do modelo de aquisição de competências na prática de enfermagem, que explica que os enfermeiros desenvolvem habilidades e uma compreensão do cuidado ao doente, baseada não só numa base educacional sólida, mas também na sua experiência profissional ao longo do tempo.

Baseando-se no modelo de aquisição de competências do matemático e analista dos sistemas Stuart Dreyfus e o filósofo Hubert Dreyfus, em que estes estabeleceram que um estudante, para desenvolver e adquirir determinada competência passa por cinco níveis de proficiência. Patrícia Benner aplicou este modelo à prática da enfermagem, propondo que com a experiência se adquirem e desenvolvem conhecimentos e habilidades clínicas, no que concerne ao conhecimento e investigação sobre a prática (Benner, 2001).

Contudo, esta é uma teoria que se aplica a profissionais e não a estudantes pelo ênfase atribuído à experiência. (Nunes, 2010). Os mesmos cinco níveis apresentados no modelo de aquisição de competências de Dreyfus, (**iniciado; iniciado-avançado, competente, proficiente e perito**) são assim perfeitamente adaptáveis à prática de enfermagem, apresentando diferentes características face ao desempenho e face à apreciação das situações. (Benner et al., 2001 & Nunes, 2010).

Assim, o enfermeiro **iniciado** é aquele que age de acordo com as regras e normas instituídas. São instruídos sobre o que fazer e simplesmente seguem as indicações. O **iniciado – avançado** mostra desempenho aceitável e já tem alguma experiência, consegue reconhecer as situações, começando a formular princípios para guiar a sua ação, o **competente** será um enfermeiro com cerca de dois/três anos de experiência naquela área específica, apresentando já uma capacidade de perspetivar os seus cuidados, sendo relativamente eficiente na organização dos mesmos e no estabelecimento de prioridades. O enfermeiro **proficiente** consegue perceber e identificar as situações como um todo, tomando as suas decisões com

base numa visão mais holística, sabendo o que esperar e como se adaptar a imprevistos. Por último, o enfermeiro **perito**, é aquele que ancora a sua ação a partir da experiência e da compreensão intuitiva, não se baseando em princípios e regras. Tem um desempenho fluido, complexo e eficaz. Assume muitas vezes o papel de figura de referência para com os colegas menos experientes. (Nunes, 2010). Ou seja, perito é aquele “(...) que presta cuidados de enfermagem de elevada qualidade e antecipação”. (Nunes, 2010, p. 4).

A evolução das competências ao longo destes cinco níveis implicam mudanças em três aspetos: no primeiro, o profissional deixa de fazer uso de princípios abstratos, passando a usar uma experiência concreta como base da sua prática, no segundo o profissional deixa de ver determinada situação como um conjunto de elementos isolados, passando a incorporá-la num todo, e finalmente no terceiro e último aspeto, o profissional assume uma posição de executante envolvido, em detrimento de agir como um observador desligado, estando completamente envolvido na situação. (Benner et al., 2001).

De acordo com Benner et al., (2001, p. 33) o conhecimento prático desenvolve-se ao longo de seis domínios práticos, etapas fundamentais para a concretização da escalada do nível de competências dos profissionais de enfermagem, nomeadamente:

- 1) A hierarquização das diferenças qualitativas;
- 2) Os significados comuns;
- 3) As suposições, as expectativas e os comportamentos tipos;
- 4) Os casos padrões e os conhecimentos pessoais;
- 5) As máximas;
- 6) As práticas não planeadas.

Paralelamente, Benner et al., (2001, p. 72) identificou ainda domínios dos cuidados de enfermagem, ao longo dos quais se desenvolve a atuação dos enfermeiros, ao longo dos vários níveis de desempenho, nomeadamente:

- a) Função de ajuda;
- b) Função de educação;

- c) Função de diagnóstico, acompanhamento e monitorização do doente;
- d) Tomada a cargo de situações de evolução rápida;
- e) Administração e acompanhamento de protocolos terapêuticos;
- f) Assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de saúde;
- g) Competências em matéria de organização e de repartição de tarefas.

A enumeração destes domínios dos cuidados de enfermagem, fornecem um enquadramento transversal a toda a prática da enfermagem, constituindo-se nas funções essenciais desempenhadas pelos enfermeiros, não só em aspetos do processo de enfermagem, como na gestão dos recursos e dos cuidados, na implementação de programas de melhoria contínua e na função de educadores, quer dos seus pares, quer dos próprios doentes.

## BIBLIOGRAFIA

Apóstolo, J. L. A. (2009). O Conforto nas Teorias de Enfermagem – Análise do Conceito e Significados Teóricos. *Referência*, II Série, N.º 9. 61-67.

Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.

Cardoso, R. B., Pereira Caldas, C., & Alfradique De 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 DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v8i1.2758>

Kolcaba, K. Y. (2003) *Comfort Theory and Practice – A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company.

Meleis, A. (2010). *Transitions theory. Middle-Range and Situation- Specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Meleis, A.I. , Sawyer, L.M., Eun-Ok I., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci* 23(1). 12-28. DOI: [10.1097/00012272-200009000-00006](https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006)

Nunes, L. (2010). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Percursos*, nº 17. 3-9. DOI: <http://hdl.handle.net/10400.26/9215>

Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L. Marques, C.; Correia, R.; Coutinho, E. & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem:

Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®.  
*Millenium Journal of Education, Technologies, and Health*, (49), 153–171.  
<https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083>

Sousa, P.P. (2020). *O Conforto da Pessoa Idosa*, 2ª Ed. Universidade Católica Editora.

## Anexo II – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica



Antes da Indução da Anestesia (Sign in)	Antes da incisão da pele (Time out)	Antes do doente sair da sala de operação (Sign out)
(Na presença de, pelo menos, o enfermeiro e o anestesista)	(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)	(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)
<p><b>O doente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e deu consentimento ?</b></p> <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Confirmar que todos os elementos da equipa se apresentaram indicando os seus nomes e funções	<p><b>O enfermeiro confirma verbalmente</b></p> <input type="checkbox"/> O nome do procedimento
<p><b>O local está marcado?</b></p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável	<input type="checkbox"/> Confirmar o nome do doente, o procedimento e o local da incisão	<input type="checkbox"/> As contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes
<p><b>A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está concluída?</b></p> <input type="checkbox"/> Sim	<p><b>A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?</b></p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável	<input type="checkbox"/> A rotulagem dos produtos biológicos ou outros (ler os rótulos das amostras em voz alta, incluindo o nome do doente)
<p><b>O oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento</b></p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<p><b>A profilaxia tromboembólica foi administrada?</b></p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável	<input type="checkbox"/> Se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver
<p><b>O doente possui:</b></p> <p><b>Alergia conhecida?</b></p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<p><b>Antecipação de eventos críticos</b></p> <p><b>O cirurgião enuncia em voz alta</b></p> <input type="checkbox"/> Quais são os passos críticos ou fora da rotina <input type="checkbox"/> O tempo planeado para o caso <input type="checkbox"/> Qual a perda de sangue prevista	<p><b>O cirurgião, anestesista e enfermeiro indicam</b></p> <input type="checkbox"/> Informação relevante a transmitir à equipa de recobro e as principais preocupações/necessidades do doente
<p><b>Via aérea difícil ou risco de aspiração?</b></p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e equipamento/assistência acessível	<p><b>O Anestesista enuncia em voz alta</b></p> <input type="checkbox"/> Há alguma preocupação específica com o doente?	
<p><b>Risco de perda &gt; 500ml de sangue (7ml/Kg em crianças)?</b></p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e : 2 acessos IV/central e administração de fluidos planeada Tipagem e sangue disponível	<p><b>A equipa de enfermagem enuncia em voz alta</b></p> <input type="checkbox"/> A esterilização (incluindo os indicadores) foi confirmada? <input type="checkbox"/> Existem problemas com os equipamentos/dispositivos ou qualquer outra preocupação?	
	<p><b>Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros?</b></p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Aplicável	

Esta lista de verificação não deve ser considerada exaustiva e não exclui planeamento prévio; aditamentos e modificações a nível da prática local são incentivados

Revisão 1/2009

© WHO, 2009

Anexo III – Certificado de apresentação de poster no V Seminário Internacional do  
Mestrado em Enfermagem “Uma voz para o Humanismo”



### CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enf.(a) Sara Reis, Prof. Dra. Rita Marques, Prof. Dra. Patrícia Pontífice Sousa apresentaram, em coautoria, o Poster n.º 16 com o tema *Implicações do uso do telemóvel pessoal na Sala Operatória: Uma Scoping Review* no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, no dia 25 de novembro de 2022, Auditório 1, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.



A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

  
Amélia Simões-Figueiredo, PhD, MEd, RN  
Professora Associada

