



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

**VISITA DA FAMÍLIA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
EM CONTEXTO DE PANDEMIA
um cuidado inovador**

**FAMILY VISIT TO THE PERSON IN CRITICAL SITUATION
IN THE CONTEXT OF PANDEMIC
innovative care**

Por:

Ana Paula Dias Costa Ribeiro da Silva

Lisboa, 2021



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

**VISITA DA FAMÍLIA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
EM CONTEXTO DE PANDEMIA
um cuidado inovador**

**FAMILY VISIT TO THE PERSON IN CRITICAL SITUATION
IN THE CONTEXT OF PANDEMIC
innovative care**

Por:

Ana Paula Dias Costa Ribeiro da Silva

Sob a orientação da Prof. Doutora Lurdes Martins

Lisboa, 2021

DEDICATÓRIA

Ao meu Pai, Enfermeiro
de excelência

Uma só pessoa faz toda a diferença no mundo. Estamos
demasiado habituados a falar dos outros e
para os outros, mas ‘os outros’ somos nós.

E essa pessoa que sozinha
muda o mundo é cada um de nós, pois toda a ação
humanizante ou desumanizante se conjuga
na primeira pessoa.

Laurinda Alves

AGRADECIMENTOS

À professora Lurdes Martins pela sua serenidade, palavras de conforto
sabedoria e paciência com que conduziu e
acompanhou o meu percurso.

Ao meu marido e aos meus filhos, o elo mais forte mas também o
que mais sofreu. As minhas desculpas e o
meu obrigado.

À minha mãe e irmã, pela retaguarda serena e discreta
mas com presença atenta.
Obrigada.

À minha amiga Salomé, amiga de longa data, que nunca me largou,
sempre com sentido de humor, sempre atenta,
obrigada pelo caminho percorrido.

À minha amiga Célia, pelas horas de conversa que tanto me desanuviavam
e faziam rir, e pela sua presença suave
neste meu percurso.

À Paula e à Michelle, pela amizade incondicional, pelas partilhas,
pela constante presença e lições de vida que sempre
me encorajaram a fazer esta viagem.

À Susana, colega de uma grande sensibilidade, que aprendi a conhecer
durante o curso e que foi uma força da natureza
para que as duas chegássemos ao fim.

RESUMO

O presente Relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, do 13º Mestrado em Enfermagem e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEMC-PSC), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa (UCP). A sua apresentação e discussão pública têm como objetivo a obtenção do grau de Mestre. Com o mesmo, pretende-se descrever o percurso realizado em dois campos de estágio: Unidade de Cirurgia Cardio-Torácica (UCC) e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), pontuado pelos objetivos traçados e atividades desenvolvidas, por reflexões e observações, com vista a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC). A temática para a revisão *scoping* "Estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia, entre pessoa adulta internada e família durante a pandemia covid-19" tem por base motivações pessoais ajustadas à condição pandémica em curso. O referencial teórico subjacente ao tema é de Jean Watson e a Teoria do Cuidado Transpessoal pois reflete a relação de ajuda e confiança entre enfermeiro e pessoa doente, que vai para além do cuidar meramente físico. As aprendizagens adquiridas e as experiências vivenciadas nos estágios, foram propulsoras de reflexões e de desenvolvimento de competências de enfermagem especializada no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Esta experiência, permitiu ter contacto com o início (VMER) e o fim (UCC) da "história" de muitos doentes críticos, uma vez que trabalho em contexto de bloco operatório de urgência. Um percurso muito emocional que permitiu conhecer e compreender melhor o doente crítico e sua família bem como a realidade da enfermagem especializada.

Palavras-Chave: Comunicação; Família; Pandemia; Visitas

ABSTRAT

This report is part of the Final Traineeship and Report of the 13th Master's Degree in Nursing and Specialisation in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing in Critical Care (EEMC-PSC) of the Institute of Health Sciences of the Portuguese Catholic University of Lisbon (UCP). Its presentation and public discussion aims at obtaining the Master's degree. This study aims to describe the journey carried out in two internship fields: the Cardio-thoracic Surgery Unit (CCU) and the Emergency Medical Vehicle and Resuscitation (EMRV), punctuated by the objectives set out and the activities developed, as well as by reflections and observations, with a view to acquiring and developing the skills of a Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing in the area of Critical Care Patients (CSP). The theme for the scoping review "Strategies promoting communication, using technology, between hospitalised adults and their families during the covid-19 pandemic" is based on personal motivations adjusted to the ongoing pandemic condition. The theoretical framework underlying the theme is Jean Watson's and the Transpersonal Care Theory, since it reflects the relationship of help and trust between nurses and patients, which goes beyond the merely physical care. The learning acquired and the experiences lived during the internships led to reflections and the development of specialised nursing skills within the scope of professional, ethical and legal responsibility, continuous quality improvement, care management and the development of professional learning. This experience allowed me to have contact with the beginning (EMRV) and the end (CCU) of the "story" of many critically ill patients, since I work in emergency operating rooms. A very emotional journey that allowed me to get to know and better understand the critically ill patient and his/her family, as well as the reality of specialised nursing.

Key-words: Communication; Family; Pandemic; Visits

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

CHLC: Centro Hospitalar Lisboa Central

CI: Cuidados Intensivos

COVID 19/Covid 19: Coronavírus Disease 2019

DGS: Direção Geral de Saúde

EEMC-PSC: Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ERS: Entidade Reguladora da Saúde

OE: Ordem dos Enfermeiros

OMS: Organização Mundial de Saúde

PAVM: Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

PNSD: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA: Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e das Resistências aos
Antimicrobianos

PSC: Pessoa em Situação Crítica

SAV: Suporte Avançado de Vida

SPCI: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

UCC: Unidade de Cirurgia Cardio Torácica

UCI: Unidade de Cuidados Intensivos

VMER: Viatura Médica de Emergência e Reanimação

LISTA DE ABREVIATURAS,

Sr: Senhor

Sra: Senhora

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
1 – REVISÃO DA LITERATURA.....	19
1.1 – PANDEMIA.....	19
1.2 - FAMÍLIA E VISITAS.....	20
1.3 – INTEGRANDO JEAN WATSON.....	22
2 - ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA COMUNICAÇÃO, COM RECURSO À TECNOLOGIA, ENTRE PESSOA ADULTA INTERNADA E FAMÍLIA DURANTE A PANDEMIA COVID-19.....	25
2.1 – UM PROJETO DE PROXIMIDADE PORTUGUÊS.....	37
3 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	39
3.1 - UNIDADE DE CIRURGIA CARDIO-TORÁCICA.....	39
3.2 - VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO.....	50
4 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	59
CONCLUSÃO.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
APÊNDICES.....	77
Apêndice I - Estratégias e limitadores de pesquisa.....	79
Apêndice II - Tabela de extração de dados.....	87
Apêndice III - Fluxograma PRISMA.....	97
Apêndice IV - Poster - <i>Technology based communication strategies used between inpatient and families during COVID-19 pandemic: a scoping protocol.....</i>	101
Apêndice V - Poster “Estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia, entre pessoa adulta internada e família durante a pandemia covid-19”.....	105
Apêndice VI - Poster - “Estratégias Promotoras Da Comunicação, Com Recurso À Tecnologia, entre Pessoa Adulta Internada E Família Durante A Pandemia Covid-19” - Resultados do uso da visita virtual.....	109
Apêndice VII - Reflexão crítica – Unidade de Cuidados Intensivos.....	113

Apêndice VIII - Reflexão crítica – Viatura Médica de Emergência e Reanimação.....117

ANEXOS125

Anexo I - Certificado de participação com poster no evento JBI European Symposium & SPIDER Multiplier Event.....127

Anexo II - Certificado de participação com poster no evento “ X Jornadas Nacionais de Enfermagem e VIII Jornadas Internacionais de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da UCP.”.....131

Anexo III - Certificado de participação com poster no evento “ VI Simpósio de Enfermagem. Ontem-Hoje e...Amanhã.”.....135

Anexo IV - Certificado de presença no módulo - Ventilação em CI.....139

Anexo V - Certificado de presença no módulo - Via aérea.....143

Anexo VI - Certificado de presença no módulo - Sedação, analgesia e bloqueadores neuromusculares em CI.....147

Anexo VII - Certificado de participação no módulo - Nutrição no doente crítico.....151

Anexo VIII - Certificado de participação no módulo - Infecção associada aos cuidados de saúde.....155

Anexo IX - Certificado de presença no XXIII Congresso Nacional de Enfermagem Intensiva e II Congresso Internacional Ibérico de Enfermagem Intensiva.....159

INTRODUÇÃO

Os desafios que se colocam à sociedade atual no que respeita à saúde prendem-se com o envelhecimento da população, as doenças crónicas e ainda as múltiplas comorbilidades a par de um evoluir da tecnologia e das alterações organizacionais, que conduzem efetivamente a uma crescente complexidade das áreas clínicas de prestação de cuidados. Recursos humanos qualificados, nomeadamente os profissionais de enfermagem, e em particular os enfermeiros especialistas, refletem-se na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, melhores resultados na saúde, maior satisfação dos utentes além de uma maior motivação e valorização profissional. (Lopes et al., 2018).

A minha experiência profissional, levou-me aos vários níveis de competência na prática clínica de enfermagem, segundo a classificação de Benner – iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001). Do saber inicial apenas teorizado cheguei a chefe de equipa, coordenadora do serviço aos fins de semana, dinamizei várias ações de formação, orientei alunos do curso de licenciatura e integrei a primeira equipa de cuidados domiciliários do centro hospitalar onde atualmente exerço funções. Ao iniciar funções no bloco operatório de urgência, passada uma década de exercício profissional, revi-me na condição de retomar ao nível de competência iniciado-avançado. Esta transição foi uma experiência difícil, o reiniciar de um processo de ganho de autonomia, de domínio de conteúdos teóricos e técnicos até então completamente desconhecidos, exigiram a aquisição de conhecimento e atualização urgente e contínua. O processo de aprendizagem desenvolve-se ao longo da vida em vários contextos, indo muito além do ensinado nas escolas, no sentido da construção de uma identidade pessoal e profissional de cada indivíduo (Pires, 2002). Apesar de um início difícil e exigente, trouxe também o "encantamento" pela área da enfermagem à pessoa em situação crítica, que a Ordem dos Enfermeiros (OE) define como "aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica." (2018b, p.19362). Este percurso levou a um aprimorar de característica pessoais e profissionais, mas também a um querer saber mais para ser melhor, para cuidar melhor, e é neste contexto de um cuidado

diferenciado em que o enfermeiro especialista se afirma, que surge o interesse pelo ingresso neste ciclo de estudos, e em particular na vertente PSC.

Os contextos clínicos escolhidos, foram enquadrados nesse caminho de valorização para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeira especialista, que a OE define como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem.” (2019, p.4744). A escolha inicial dos locais de estágios, teve na sua génese a oportunidade de experienciar um serviço do centro hospitalar onde exerço funções e outro em contexto fora do mesmo. Tal não foi possível derivado das restrições imposta à mobilidade de pessoas que não integrassem as equipas de cuidados desses mesmos serviços, fruto da situação pandemia por Covid 19. Optei assim por aproveitar as oportunidades que o centro hospitalar concedeu aos seus funcionários, para concluírem o seu ciclo de estudos. Nesta sequência, a escolha recaiu sobre uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de referência a nível nacional na área da cirurgia cardio-torácica e na opção pelo contexto pré hospitalar (PH), em particular a VMER, uma realidade que tinha curiosidade em explorar e vi aqui uma oportunidade única para conhecer, aprender e participar.

Na sua intervenção o enfermeiro coloca em prática de forma individualizada a capacidade técnica e humana, humanizar os cuidados faz parte do ser enfermeiro, e apesar de a "exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde" (OE, 2019, p.4744), podendo levar à "excessiva" especialização dos mesmos, também é verdade que são estes que muitas vezes no meio de tanta técnica e tecnologia conseguem humanizar, encontrar soluções e cuidar nessa mesma individualidade, resgatando “instrumentos terapêuticos mais antigos: a palavra, a presença e as mãos a fim de darmos a devida importância ao mundo dos sentimentos e da inteligência do coração.”(Martins, 2021, p. 9).

Segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2020 devem ser exploradas alternativas às visitas presenciais. Sendo o enfermeiro o profissional de saúde que mais tempo passa junto da pessoa doente e a Enfermagem a profissão que na área da saúde mais convive com a família, é imperativo que o mesmo tenha um papel ativo no encontro de soluções, no contexto de restrição física de visitas impostas pela situação pandémica por Covid 19. A OE realça precisamente a importância de cuidar da família, ao

incluir nas competências específicas do enfermeiro especialista à PSC a assistência "a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica." (OE, 2018, p.19363). Foi no sentido de entender como aproximar a família à pessoa internada e em particular a PSC em contexto de restrição física de visitas, que levei a cabo "investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem" (OE, 2019, p.4744) com a temática "Estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia, entre pessoa adulta internada e família durante a pandemia Covid-19."

Neste percurso, fez-me sentido abordar Jean Watson pela humanização que ela impregna na relação com a pessoa doente, mesmo que rodeada de muita tecnologia como é o caso da PSC. O apelo aos valores primários do ser humano, aceitação do outro numa relação genuína promotora de equilíbrio de corpo, mente e alma, nos quais me revejo.

O relatório pretende evidenciar de forma crítica e reflexiva, o meu percurso para a aquisição e desenvolvimento de competências, onde exponho os objetivos em cada local de estágio, a minha evolução e as reflexões que julguei pertinente realizar. A organização do relatório compreende no primeiro capítulo o enquadramento da temática da revisão *scoping*, a exposição de conceitos de família e visitas e por último a abordagem à teoria de Jean Watson em articulação com o tema. O segundo capítulo diz respeito à *scoping review*. No terceiro capítulo é apresentado o percurso desenvolvido por campos de estágio, com a definição dos objetivos gerais e específicos para cada local e a sua operacionalização. O quarto capítulo refere-se as competências de mestre. Por último a conclusão com considerações acerca das implicações que este caminho trouxe para a minha prática profissional. De salientar que obtive creditação à unidade curricular Vigilância e Decisão Clínica ao abrigo do Aviso 3127/2016 publicado em Diário da República, 2ª série-nº 47 de 8 de março de 2016.

O presente relatório foi elaborado de acordo com o guia de orientação para elaboração de trabalhos escritos da Universidade Católica Portuguesa e a referenciação bibliográfica em acordo com a norma da American Psychological Association 7th ed. (APA).

1 – REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo pretendo contextualizar o tema em estudo e abordar os conceitos de família e visitas, bem como enquadrar a teoria de Jean Watson na temática.

1.1 – PANDEMIA

No dia 30 de janeiro de 2020, a “Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o surto da doença coronavirus disease 2019 (Covid19) causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, como uma emergência de saúde pública de âmbito internacional (...) a 11 de março, a OMS qualificou-a como uma pandemia internacional.” (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2020). O isolamento físico a que a pandemia obrigou com o propósito de prevenir a transmissão do vírus, trouxe um abalar de estruturas, hábitos e sentimentos, para os quais a Humanidade não estava preparada. Tal como diz Tolentino de Mendonça, este é um tempo presente difícil de abraçar.

Segundo o relatório da ERS do segundo trimestre de 2020, o segundo tema dominante de pedidos de informação foram os relacionados com as restrições de visitas, o que demonstra o quão importante é o tema para família e pessoa doente. Uma problemática transversal às unidades de saúde um pouco por todo o mundo. O incómodo desta questão, trouxe-me inquietações, “é a partir de um questionar sobre as situações de cuidados que se torna possível mobilizar, de maneira apropriada, conhecimentos variados e diferenciados, permitindo, assim, aumentar o saber profissional.” (Collière, 1989, p. 340).

A relação enfermeiro/pessoa doente/família é crucial para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa doente “é a relação com o doente que se torna o eixo dos cuidados, no sentido em que é simultaneamente o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detêm em si próprio um valor terapêutico.”(Collière, 1989, p. 152). Mas nesta tríade, a família foi afastada abruptamente, o que levanta questões de natureza éticas, de direitos humanos, de direitos da pessoa internada mas também emergem novos paradigmas de qualidade em saúde. A família sofre as “mesmas dores” da pessoa

doente; a ansiedade, a solidão, a incerteza, o medo. Nem sempre lhe é dado o protagonismo que ela implora, a pandemia trouxe algum protagonismo à família, à parte de toda a parte tecnicista que permite e permitiu salvar muitas vidas, parece que o mundo se uniu para unir doente e família. Através da *scoping review* foi possível identificar que a tecnologia veio contribuir para a humanização do cuidar, o que pode parecer paradoxal.

1.2 - FAMÍLIA E VISITAS

Cuidar da pessoa e família insere-se nas competências de enfermeiro especialista (OE, 2018, 2019), a OE (2012) através dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, integra a família no processo de cuidados e ainda, o código deontológico no seu artigo 89º alínea a) define que “o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de dar quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade.”(OE, 2005, p. 143).

Cuidar comporta em si várias dimensões, não se resume ao corpo físico, é ver para além dele e isso constitui um desafio para a humanização dos cuidados. Para além do corpo podemos dizer que existe um outro mundo, e é nesse mundo que está a família. Cuidar da pessoa doente é cuidar da família e vice-versa, pois ambos funcionam como um todo como se fossem um corpo com órgãos e sistemas interligados. A família como unidade básica da organização social, tem evoluído no seu conceito à medida que evoluem as sociedades, coexistindo hoje em dia vários tipos de conceitos e vários tipos de famílias. A pessoa doente que recorre aos serviços de saúde, traz consigo a sua família, que tem para ela um significado único, podem ser aqueles com quem tem laços de consanguinidade, mas também podem ser aqueles com quem tem laços afetivos profundos e é essa dimensão tão alargada que devemos chamar para a esfera da pessoa doente, em qualquer contexto. Várias definições de família podem ser identificadas “*family refers to two or more individuals who depend on one another for emotional, physical, and economical support. The members of the family are self-defined .*” (Kaakinen et al., 2010, p. 5). Pode também ser entendida como “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes.”(OE, 2018, p. 63).

A palavra visita significa “ir a um local onde uma determinada pessoa se encontra para estar com ela” (Infopédia, s. d.). As visitas como importante suporte na hospitalização “são um dos recursos mais importantes para responder ao aumento das necessidades de trocas afetivas sentidas pela pessoa doente hospitalizada” (Sousa & Andrade, 2000, p. 41). O internamento hospitalar é um episódio fraturante na relação entre elementos de uma família, que pode levar a sentimentos de abandono, medo e ansiedade. A família proporciona bem estar à pessoa internada, potencia o processo de recuperação e funciona como intermediária entre os profissionais de saúde e a pessoa doente (Valadares & Paiva, 2010). Permitem ainda manter o elo de ligação entre os seus elementos, o apoio emocional no enfrentar do afastamento, da doença e dos tratamentos. Os enfermeiros têm um papel importante junto da pessoa doente e família neste processo de adaptação, a família sente-se impotente, insegura, ansiosa e com muitas incertezas (Valadares & Paiva, 2010), sendo crucial capacitar-nos para também cuidar dela. Portanto, “este cuidado não pode ser fragmentado, centrado na patologia e aparatos tecnológicos, mas visto como um momento de interação com a equipe de enfermagem, a fim de se estabelecer uma relação de ajuda e confiança com os visitantes” (Souza et al., 2006, p.610), pelas implicações que o momento tem para os intervenientes, no presente e no futuro.

Na minha experiência profissional, já me deparei com situações nomeadamente com a pessoa idosa, que não tendo suporte familiar a sua companhia e suporte afetivo eram os animais de estimação, situação que também se verifica com alguma frequência na população sem abrigo. Este animais são considerados família daquela pessoa? Se são importantes para a sua estabilidade afetiva podem estar junto do seu dono? Os efeitos da sua presença na pessoa internada podem ser o amenizar dos sintomas de depressão (Borgi et al., 2020) ou ainda uma melhoria nos valores da pressão arterial (Cherniack & Cherniack, 2014). O geriatra Bill Thomas nos anos 90, convenceu os gestores do lar onde trabalhava a adquirir 2 cães, 4 gatos e 100 pássaros. Quando os animais chegaram ao lar tornaram o dia daqueles idosos hilariante, com a confusão. A partir daí, os idosos que não se levantavam da cama queriam ir passear o cão, os que não falavam voltaram a falar e assistiu-se a uma redução da toma de medicamentos.

A família constitui ainda um importante parceiro na prestação de cuidados. Independentemente do sistema de saúde de cada país, é a família que muitas vezes dá continuidade aos cuidados já fora dos contextos das unidades de saúde. Mas nem sempre é

entendida como parceira desse cuidar, a partir do momento em que o seu familiar entra numa instituição de saúde. Se por um lado a afastamos restringindo horários e limitando o número de visitas (restrição ainda maior em unidades de cuidados intensivos) é a ela que recorreremos para que precisamente exista uma continuidade do cuidar inclusive, capacitando-a muitas vezes para esse mesmo cuidar.

As regras institucionais relativas as visitas, são inibidoras de um envolvimento maior das famílias no cuidar do seu familiar durante o internamento. Por vezes o horário da visita coincide com o horário da refeição, e aí a família é vista como parceira e até bem-vinda, mas do ponto de vista dos profissionais e não do doente, se não tivermos sensibilidade para assim o entender. Assiste-se no entanto, a uma lenta alteração a estes padrões, com a implementação da visita aberta com benefícios para pessoa internada como redução do delírio e maior satisfação; redução da ansiedade, depressão e maior satisfação dos familiares (Fumis et al., 2015; Nassar Junior et al., 2018; Ning & Cope, 2020).

Entendo ser este o caminho para uma enfermagem com padrões de atuação de excelência, com práticas centradas na pessoa doente e família e no seu bem estar bio-psicossocial e espiritual.

1.3 – INTEGRANDO JEAN WATSON

"Patient care is not limited to advanced technology, we need love and compassion." (Jean Watson, 2014).

O Homem não é só um corpo físico, todos existimos para além dessa dimensão. Cuidar da nossa interioridade como um caminho para o nosso viver tal como cuidamos do corpo físico, inserido num projeto pessoal remete-nos para o que Jean Watson identifica como a harmonia entre corpo, mente e alma. Como diz o Padre Alberto Mendes (2021, p. 21), “na hora de cuidar do outro, a par da técnica rigorosa, seria bom conseguir colocar uma boa dose de sensibilidade, de compreensão e de compaixão” numa relação do eu genuíno com o outro genuíno, numa ligação em que a enfermeira se liga ao espiritual do doente, o que transcende o meramente físico (Watson, 2007).

Para Watson saúde é unidade e harmonia entre mente, corpo e espírito, "ao responder aos outros como indivíduos únicos, a pessoa que cuida entende os sentimentos

do outro e reconhece a sua singularidade" (Neil, 2004, p. 171). É neste entendimento global e uno que devemos “acolher o outro com todo o seu mundo, de se preocupar com o outro que sofre e tentar ajudar o mais possível, ou seja “um interesse-me por ti.” (A. Mendes, 2021, p. 22).

Acolher o mundo do outro, interessar-me e entendê-lo apela à sensibilidade a mim próprio e o reconhecer dos meus sentimentos, positivos ou negativos, que advêm das minhas experiências de vida a “sensibilidade a si próprios não só leva à autoaceitação e ao crescimento psicológico, mas à sensibilidade e aceitação dos outros.” (Watson, 2007). Os enfermeiros que são sensíveis aos outros conseguem entrar no mundo da pessoa doente e este foco nos sentimentos e nos aspetos emocionais leva a que se preocupem com o seu bem-estar, conforto e recuperação e demonstram que estão empenhados no processo de cuidar (Watson, 2007).

É esta sensibilidade e este cuidar transpessoal, que entendo esteja na origem das iniciativas para aproximar pessoa doente e família, quando os profissionais de saúde perceberam o abandono e a tristeza da pessoa doente e com os seus próprios dispositivos móveis iniciaram chamadas vídeo para os familiares. O reconhecer o meu eu sensível e da pessoa doente, ver para além do fáceis triste, do comer menos, do falar menos, do olhar para o vazio. Um expressar de sentimentos entendível apenas quando o nosso mundo interior entra em sintonia com o do outro, numa união e influência recíprocas (Jean Watson, 2002).

O enfermeiro assume especial importância neste momento de distanciamento pela presença atenta na hora de cuidar não só do corpo, mas também da alma. Do pouco ou muito que consigamos fazer que haja envolvimento até à alma, “não se trata de impor ao outro a nossa visão da existência, de projetar nele as nossas estruturas mentais, quaisquer que elas sejam, mas de promover nele aquilo que mais o pode realizar na linha de uma felicidade autêntica.” (Martins, 2021, p. 7). A pessoa doente privada de visitas experimenta um desequilíbrio entre corpo, mente e espírito já de si em desequilíbrio pela sua condição, podendo a comunicação e o contacto com a família ir ao encontro de um equilíbrio maior e de uma felicidade maior. Cuidar a pessoa doente que é vista no seu todo e não só na sua patologia, é também cuidar da família que a visita e sobre a qual o enfermeiro também estabelece uma relação de ajuda e confiança (Souza et al., 2006). Não basta ao enfermeiro permitir o acompanhamento na hora da visita, é preciso que se preocupe em cuidar e

confortar o familiar da mesma forma que o faz em relação à pessoa doente (Lourenço & Neves, 2008).

O enfermeiro é o profissional de saúde que mais tempo passa junto do doente, e que melhor o conhece bem como à sua família, os contextos, os sentimentos, as crenças, as fragilidades e as potencialidades. Torna-se assim elemento privilegiado para perceber e atender as necessidades de ambas e para intervir personalizando o cuidado. No entanto, os obstáculos para esta parceria podem ser vários, pessoais ou institucionais ou até mesmo os preconceitos associados as visitas: os familiares estão ali a controlar o trabalho dos enfermeiros, que são incomodativos por fazerem muitas perguntas, que tendem a desrespeitar os horários das visitas.

Humanizar o momento da visita é possível. Cada doente, cada família, cada enfermeiro atribui um significado e um valor diferente ao momento, mas podem agir como equipe através do diálogo, da parceria no cuidar, na partilha de sentimentos e de conhecimentos, no ouvir de uma história, numa troca de olhares, num estender da mão ou no partilhar do silêncio. No fundo “biografias a cuidar de biografias” (Mendes, 2021).

2 - ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA COMUNICAÇÃO, COM RECURSO À TECNOLOGIA, ENTRE PESSOA ADULTA INTERNADA E FAMÍLIA DURANTE A PANDEMIA COVID-19

RESUMO

Introdução: Falar de pessoa, ser único em constante interação, em contexto de internamento, é falar de família. A restrição de visitas imposta, fruto da pandemia por COVID-19, trouxe à pessoa internada solidão, ansiedade e isolamento (Sasangohar et al., 2020). Esta realidade apela a que se reinventem formas de trazer a família, e o seu incalculável valor, para a esfera de quem sofre.

Objetivo: Mapear as estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia, entre a pessoa adulta internada e família durante a pandemia COVID-19.

Método: Metodologia adotada segundo Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020), sendo que os critérios de inclusão foram definidos de acordo com o PCC: População, Conceito, Contexto. A estratégia de pesquisa foi concretizada nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, e RCAAP.

Resultados: Dos 104 estudos iniciais, 15 cumpriram os critérios de inclusão. O uso da vídeochamada está representado em todos os estudos selecionados com recurso a smartphones ou tablets, através de diferentes aplicações. Os estudos refletem sobre a segurança e rapidez das aplicações, privacidade, e cuidados a ter com o equipamento de forma a prevenir a contaminação. Apresentam também algumas barreiras à implementação das visitas virtuais. No entanto, as visitas virtuais vão no sentido da satisfação da família que expressa gratidão e felicidade, alívio do sofrimento, diminuição da solidão, suporte emocional, e conforto para a pessoa hospitalizada.

Conclusão: A pandemia COVID-19 tornou emergente o uso das tecnologias em várias áreas da saúde e também na humanização dos cuidados. É neste contexto que emerge da literatura a vídeo chamada como principal estratégia de comunicação. As visitas virtuais trazem apoio psicológico e gratidão, mas não é um *outcome* verificado transversalmente. Mais estudos serão precisos para avaliar a extensão efetiva da aplicação das mesmas. Uma solução do presente com olhos postos no futuro.

INTRODUÇÃO

A pandemia de *coronavirus disease* 2019 (COVID-19), causada por *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2) trouxe um maior isolamento daqueles que se encontram internados nas instituições de saúde, alterando o paradigma da comunicação entre pessoa e família. A proibição de visitas nas instituições foi uma das medidas preconizadas um pouco por todo o mundo por forma a evitar que família, pessoa adulta internada, profissionais de saúde e comunidade, fossem contaminados, tornando-se uma consequência cruel. O distanciamento social surge como uma das estratégias mais usadas para travar o avanço da contaminação durante as pandemias (World Health Organization et al., 2014).

O desafio colocado às instituições e profissionais de saúde passa por encontrar estratégias por forma a mitigar a ausência de contacto físico com a rede social e familiar da pessoa internada. “A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (OE, 2017). A pessoa compreende várias dimensões – biopsicossocial, afetiva, espiritual, política, cultural, económica, é um ser de relação que se realiza na interação com o outro, necessitando desse outro para a sua sobrevivência (Negro et al., 2020).

A pessoa doente internada que não tem visitas experiencia sentimentos de isolamento, ansiedade, e solidão, e dá ênfase às visitas como um importante suporte psicossocial (Rose et al., 2020). Num processo de doença, e em particular de hospitalização, a família, como extensão da pessoa doente, também sofre um impacto emocional: ao mesmo tempo que é suporte, também precisa ser entendida nas suas necessidades.

A família pode ser definida de diversas formas, como sendo “composta por pessoas ligadas através da consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes.” (OE, 2018, p. 63).

A situação excepcional de distanciamento social, colocou novos desafios a velhas inquietações. Num cenário desolador de distanciamento, dor e sofrimento, surgem novas oportunidades, rumo à humanização do cuidar. O aproximar da pessoa doente e sua família, num contexto de vulnerabilidade acrescida como consequência da situação pandêmica atual, levou a que um pouco por todo o mundo, fossem implementadas estratégias de comunicação que até ao presente não tinham sido equacionadas.

A comunicação não pode ser um facto a descurar, uma vez que o “entendimento da centralidade da comunicação no processo de cuidar conduz à obtenção de melhores resultados junto das pessoas alvo dos cuidados de saúde.” Sabemos também que a comunicação “é um importante vetor para a humanização do cuidar e, por tal, nunca deverá ser desvirtuada ou rebatida para segundo plano, algo em que se poderá incorrer já que a pressão sobre os profissionais é cada vez maior.” (Furtado, 2015, p. 18)

Em 2020, de acordo com a Internet World Stats (Internet world stats, 2021), mais de 60% da população mundial tinha acesso à internet, sendo que a tendência será de crescimento exponencial. Esta aldeia tornada (ainda mais) global com o aparecimento da internet, trouxe nas últimas décadas duas inovações: as redes sociais, e a tecnologia móvel – duas realidades cada vez mais acessíveis e generalizadas (Internet world stats, 2021). A nível mundial cerca de 50% da população utiliza as redes sociais, enquanto a nível europeu podemos constatar que entre 60%-86% da população tem um *smartphone* (Pew Research Center, 2020). Estes dados representam um potencial enorme até agora subaproveitado, para ir ao encontro de vontades da tríade pessoa/família/profissional de saúde, perspetivando a melhoria dos cuidados utilizando a tecnologia como aliada da humanização em saúde.

As visitas familiares virtuais surgem assim neste contexto de crise, em que é urgente encontrar soluções, muitas vezes no meio de uma luta contra o tempo. Os meios estão ao nosso alcance, aliás, os meios estão todos os dias nas nossas mãos (*tablet*, telemóvel).

A literatura existente sobre esta temática é heterogénea e dispersa. Decidimos realizar uma *scoping review*, orientada pela metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute for *scoping reviews*. O método utilizado foi *a scoping review* porque “é uma maneira útil para mapear áreas de estudo onde é difícil visualizar a gama de informação que pode estar disponível.” (Apóstolo, 2017, p. 102).

O estudo revelou-se pertinente e atual, respondendo às seguintes questões de partida:

- Quais as estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia, entre a pessoa adulta internada e família durante a pandemia COVID-19?
- Quais as características das estratégias com recurso à tecnologia utilizadas (designação, tipo, utilizadas de forma isolada ou complementar, recursos, frequência, duração, formato, intuito)?
- Quais os membros da equipa que têm utilizado/aplicado estas estratégias?
- Quais os resultados (tópicos) que foram avaliados após a intervenção?

MÉTODO

Metodologia adotada segundo Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020).

Como critérios de inclusão, quanto à População (P) adultos, com mais de 18 anos, em internamento hospitalar e sua família, quanto ao Conceito (C) as estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia (tal como exemplo, mas não limitado a telefones inteligentes, tablet, internet) e quanto ao Contexto (C) esta revisão irá considerar estudos conduzidos em qualquer contexto de internamento hospitalar durante a pandemia COVID-19.

A estratégia de pesquisa para este estudo incluiu estudos publicados e não publicados. Foi concretizada em três passos:

- 1) Pesquisa inicial limitada nas bases de dados MEDLINE (via PubMed) e CINAHL via EBSCO, seguindo-se uma análise de palavras de texto nos títulos e resumos e dos termos de índice usados para descrever o artigo;
- 2) Segunda pesquisa usando todas as palavras-chave e termos de índice identificados, em todas as bases de dados incluídas na revisão;

3) As listas de referências bibliográficas dos artigos e relatórios identificados foram analisadas para identificar estudos adicionais relevantes.

Foram considerados para inclusão nesta revisão estudos escritos em inglês, espanhol e português, com limite temporal entre dezembro de 2020 e março de 2021.

Uma pesquisa preliminar no PROSPERO, MEDLINE e JBI Evidence Synthesis foi conduzida e nenhuma scoping review ou revisão sistemática foi identificada.

Esta scoping review considerará estudos experimentais e quase experimentais, incluindo estudos controlados randomizados, estudos controlados não randomizados. Além disso, estudos observacionais analíticos, incluindo estudos de coorte prospectivos e retrospectivos, estudos de caso-controle serão incluídos. Esta revisão também irá considerar desenhos de estudos observacionais descritivos, incluindo séries de casos, relatos de casos individuais e estudos transversais descritivos e estudos qualitativos que enfoquem estratégias de comunicação, com recurso à tecnologia, entre pessoa adulta internada e família. Além disso, artigos de texto e de opinião, e revisões sistemáticas que atendam aos critérios de inclusão também serão consideradas nesta *scoping review*.

As bases de dados consultadas foram: CINAHL Plus com Texto Completo e MEDLINE Complete (via EBSCO). A pesquisa de literatura não publicada incluiu o RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. As estratégias e limitadores de pesquisa são apresentados no apêndice I.

A seleção da amostra final foi realizada por 2 revisores independentes, pela leitura do título, resumo e texto completo. Também foram elaboradas tabelas para extrair e sintetizar dados dos documentos incluídos, alinhado com o objetivo e questões de revisão, usando um instrumento de extração de dados desenvolvido pelos investigadores (Apêndice II).

RESULTADOS

A pesquisa decorreu entre dezembro de 2020 e abril de 2021. Foram identificados um total de 104 estudos (MEDLINE Complete [64], CINAHL Plus [37], RCAAP [3]). Após exclusão de estudos repetidos, 99 permaneceram para análise. Destes, 63 estudos foram excluídos após leitura de título e do resumo por não cumprirem os critérios de inclusão. Foram 26 os estudos selecionados para leitura integral, 15 dos quais incluídos na revisão.

O resultado da pesquisa e a seleção dos estudos está representado no fluxograma PRISMA (Apêndice III).

Todos os estudos selecionados nesta revisão foram publicados, como artigos de revista, entre maio de 2020 e fevereiro de 2021, durante a pandemia COVID-19. A população incluída nos estudos são pessoas adultas internadas em contexto de unidade de cuidados intensivos (8 estudos), cuidados paliativos (3 estudos) ou noutros contextos hospitalares (4 estudos). Quanto à origem, os Estados Unidos da América são o país mais representado, com 7 estudos, seguido do Reino Unido com 3 estudos, Itália e França com 2 estudos cada e Brasil com 1 estudo.

DISCUSSÃO

A pessoa doente internada que não tem visitas experiencia sentimentos de isolamento, ansiedade e solidão, diminuindo o suporte psicossocial (Kuntz et al., 2020; Negro et al., 2020; Rose et al., 2020), com impacto na sua saúde mental e recuperação (Rose et al., 2020), piora o seu prognóstico, potencia a mortalidade (Piscitello et al., 2021; Rios et al., 2020; Ritchey et al., 2020), e põe em causa os direitos humanos (Akgün et al., 2020; Negro et al., 2020). A restrição de visitas tem impacto em todos os doentes, não só nos que estão infetados com COVID-19 (Rose et al., 2020). Num processo de doença com necessidade de internamento, a família, como extensão da pessoa doente, desenvolve stress e ansiedade (Rios et al., 2020; Ritchey et al., 2020; Rose et al., 2021), tornando-se essencial ir ao encontro de estratégias acessíveis e fáceis de implementar (Rose et al., 2020). A restrição de visitas criou uma grande barreira formal e informal para os familiares, estes ficaram com pouco conhecimento do estado clínico da pessoa internada, e os profissionais de saúde com pouca informação sobre o paciente (Goulabchand et al., 2020; Rose et al., 2021). A presença da família é importante tanto para a pessoa internada como para a família, contribuindo para o bem-estar biopsicossocial e espiritual de ambos, tendo a sua restrição (ou mesmo supressão) implicações negativas na pessoa internada (Rose et al., 2020).

A comunicação em todas as fases do internamento, e em qualquer contexto hospitalar, pode ajudar a aliviar o medo do abandono, reduzindo o sentimento de isolamento, promovendo alívio do sofrimento psicológico, e dando tranquilidade à pessoa internada (Akgün et al., 2020), bem como melhorar a satisfação dos familiares e aumentar

a sua confiança no trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde (Negro et al., 2020). Além disso, promover o contacto entre família e pessoa internada faz parte do processo de humanização do cuidar, contribuindo para minimizar os efeitos negativos do isolamento (Rose et al., 2020).

Em todos os estudos, foi identificada como principal estratégia de comunicação com recurso à tecnologia a vídeo chamada, através de telefones inteligentes (Akgün et al., 2020; Negro et al., 2020; Rios et al., 2020; Ritchey et al., 2020; Sasangohar et al., 2020), computadores (Akgün et al., 2020) ou *tablets* (Goulabchand et al., 2020; Hart et al., 2020; Kuntz et al., 2020; Rios et al., 2020; Ritchey et al., 2020; Rose et al., 2021; Sasangohar et al., 2020; Webb et al., 2020). A privação das visitas presenciais originou uma grande preocupação no que respeita a desumanização do cuidar. Os enfermeiros tentaram contornar esta condição com o uso de equipamentos pessoais (principalmente numa primeira fase da pandemia) para estabelecer a ligação entre a pessoa hospitalizada e a sua família, colocando, no entanto, questões de privacidade e confidencialidade (Goulabchand et al., 2020), mas também foram utilizados dispositivos fornecidos pelo hospital (Kuntz et al., 2020; Rios et al., 2020), doados (Goulabchand et al., 2020; Rose et al., 2021) ou da pessoa internada e/ou familiar (Kuntz et al., 2020; Rios et al., 2020; Ritchey et al., 2020).

É recomendado que o uso do tablet pertencente ao serviço seja usado apenas para realização das vídeo chamadas, com a criação de uma conta para cada pessoa internada ou escolher uma aplicação que apenas permita realizar chamadas de uma lista de contactos pré-definida. A gravação da vídeo chamada, ou as capturas de ecrã, devem estar desativadas, sendo recomendado o uso de aplicações *user-friendly* pois permitem que os pacientes não precisem da intervenção dos profissionais de saúde (Rose et al., 2020). O contacto por estes meios no contexto de pandemia, foi aceite por familiares e pessoa internada, principalmente em situações de fim de vida, sendo muitas vezes a última oportunidade de realizar a despedida promovendo conforto e dignidade durante o processo de morte (Kuntz et al., 2020; Rios et al., 2020; Ritchey et al., 2020), de apaziguar o passado e serenar o presente.

Foi identificado que as vídeo chamadas eram realizadas através de diferentes aplicações como o WhatsApp (Goulabchand et al., 2020; Nardo et al., 2021), FaceTime (Goulabchand et al., 2020; Ritchey et al., 2020; Rose et al., 2020, 2021; Sasangohar et al., 2020; Webb et al., 2020), Google Duo (Rose et al., 2020), Skype (Goulabchand et al.,

2020; Rios et al., 2020; Rose et al., 2021; Sasangohar et al., 2020), e Zoom (Kuntz et al., 2020; Sasangohar et al., 2020). De notar que as aplicações são descritas como seguras e rápidas. A utilização do WhatsApp levou a maior satisfação da pessoa internada e sua família (Nardo et al., 2021; Sasangohar et al., 2020), levando à redução do stress, tanto dos pacientes como das famílias, e da tensão emocional, obtendo-se resultados positivos a nível psicológico (Nardo et al., 2021). As tablets iPads com o software FaceTime, ambos da marca Apple, limitaram as vídeo chamadas aos familiares com dispositivos da marca. Para colmatar esta limitação, era proporcionado à família a utilização de um dispositivo da Apple (iPad), devidamente higienizado. Destaca-se o FaceTime como sendo fácil e seguro de utilizar bem como o Google Duo, pela simplicidade na utilização e por terem como foco a realização da vídeo chamada (Rose et al., 2020).

Os profissionais promotores das estratégias de comunicação foram na sua maioria médicos (Kennedy et al., 2021; Kuntz et al., 2020; Nardo et al., 2021; Negro et al., 2020; Piscitello et al., 2021; Sasangohar et al., 2020) e enfermeiros (Kennedy et al., 2021; Nardo et al., 2021; Negro et al., 2020; Piscitello et al., 2021; Ritchey et al., 2020; Sacco et al., 2020; Sasangohar et al., 2020). Em alguns estudos não foi possível identificar quem eram os elementos facilitadores, apenas se referiam a corpo clínico (Rios et al., 2020) ou profissionais de saúde (Goulabchand et al., 2020; Rose et al., 2021; Sacco et al., 2020; Webb et al., 2020) ou outros elementos da equipa. É descrita ainda a participação do capelão (Ritchey et al., 2020), não como promotor da comunicação, mas como fonte de apoio face à condição da pessoa internada tornando a visita mais humanizada.

Um estudo refere a formação de uma equipa de voluntários com formação e treino em comunicação para acompanhamento das visitas virtuais (Hart et al., 2020; Rose et al., 2021) por forma a não sobrecarregar ainda mais os profissionais de saúde.

Sublinha-se que alguns profissionais de saúde tiveram formação e/ou treino para condução de visitas virtuais (Kuntz et al., 2020) e/ou dispunham de guias de orientação/checklist para condução das mesmas (Kuntz et al., 2020; Negro et al., 2020; Ritchey et al., 2020), por forma a garantir a uniformidade do procedimento. A equipa define o elemento que efetua a chamada, e é a equipa que planeia a frequência e a modalidade a utilizar. Estudos identificam o profissional de saúde como o elemento que estabelece um primeiro contacto com a família (antes de estabelecer a ligação vídeo), no sentido de fazer uma introdução ao estado clínico da mesma, e antes de ser estabelecido o

contacto visual (Akgün et al., 2020; Kuntz et al., 2020; Negro et al., 2020; Ritchey et al., 2020; Webb et al., 2020), principalmente quando internadas em UCI, em que podem ocorrer alterações significativas do aspeto físico, bem como a utilização de dispositivos médicos que precisam ser contextualizados. Após o internamento, principalmente numa UCI, o contacto entre a pessoa hospitalizada e família, deve acontecer o mais cedo possível idealmente entre o 5º e o 7º dia, mas pode ocorrer após alguns dias (Akgün et al., 2020; Rios et al., 2020)s, ou até mesmo semanas depois do último contacto físico entre a pessoa internada e os familiares (Negro et al., 2020).

Foi identificado um estudo em que médicos e enfermeiros referiam sentir-se desconfortáveis a falar através de vídeo mas revelaram adaptação e criatividade (Negro et al., 2020). Os profissionais de saúde identificaram limitações no uso do telefone e vídeo chamada como a incapacidade de utilizar o silêncio durante o diálogo, uma vez que o distanciamento não permite fazer uma adequada leitura corporal, havendo uma perda da linguagem não-verbal, ficando à incerteza se a família está a perceber o que lhe estava a ser dito, existindo dificuldade em conversas mais elaboradas (Kennedy et al., 2021) e ainda a falta de tempo e treino (Rose et al., 2021).

Foram identificadas barreiras/preocupações por parte da família aquando da realização das vídeo chamadas como sejam a incapacidade de se comunicar devido ao estado do paciente; dificuldades técnicas; falta de toque e presença física; e frequência e clareza das comunicações com a equipe de saúde (Sasangohar et al., 2020).

Poucos estudos descrevem os cuidados a ter com o equipamento, de modo a prevenir a contaminação, no entanto foi possível identificar a implementação de protocolos no uso de *tablets* (Kuntz et al., 2020; Ritchey et al., 2020), em que os mesmos eram inseridos numa proteção de plástico e colocados num suporte. No fim da reunião, o envolvente de plástico era deitado fora, e o *tablet* e suporte desinfetados.

Foram identificados níveis de satisfação com as vídeo chamadas entre os familiares que expressaram alívio, gratidão, e felicidade (Rios et al., 2020; Ritchey et al., 2020; Sasangohar et al., 2020) ainda a capacidade de compreensão dos cuidados prestados, promoção de confiança na equipa de saúde, compreensão dos sentimentos e desejos do paciente (Kuntz et al., 2020).

Verificou-se ainda numa UCI em que foi implementada a vídeo chamada, uma redução do distress em 78% e uma melhoria do delírium em 47% nos pacientes internados

(Rose et al., 2021), bem como alívio do sofrimento, diminuição da solidão, maior suporte emocional e conforto (Hart et al., 2020) bem como redução do stress emocional em 73,3% dos pacientes internados, e redução do stress emocional em 80% dos familiares (Nardo et al., 2021). Também entre os profissionais de saúde assistiu-se a melhoria na moral dos mesmos (Rose et al., 2021).

Profissionais de saúde e famílias referiram que o contacto por vídeo chamada superou as suas expectativas relativamente ao que estes tinham perspectivado, sendo eficazes em substituição às visitas presenciais (Kennedy et al., 2021). É uma forma de contacto entre familiares e pessoa internada que permite a partilha de informação, encorajamento, interajuda, suporte emocional e conforto, aumentando a saúde do paciente, as possibilidades de recuperação (Hart et al., 2020; Kuntz et al., 2020), e torna-os mais capazes de seguir as orientações da equipa de saúde (Rios et al., 2020). Foram descritas intervenções de cuidado espiritual durante a visita virtual (Kuntz et al., 2020; Ritchey et al., 2020), como leitura da bíblia e orações. Embora as vídeo chamadas não substituam as visitas presenciais, pois estas têm mais impacto junto da pessoa internada, existe a capacidade de oferecer uma conexão significativa (Piscitello et al., 2021; Ritchey et al., 2020), constituindo desta forma uma excelente alternativa à privação presencial (Kennedy et al., 2021).

Foram identificadas barreiras e preocupações por parte da família aquando da realização das vídeo chamadas, tais como a incapacidade de comunicar devido ao estado do paciente, dificuldades técnicas, falta de toque e presença física, e frequência e clareza das comunicações com a equipe de saúde (Sasangohar et al., 2020).

A realização da vídeo chamada depende da utilização dos telefones inteligentes, do computador ou *tablets*, do acesso à internet e da literacia tecnológica. Assim, emergem dos estudos como principais barreiras à sua implementação o uso pela pessoa idosa (Piscitello et al., 2021), famílias carenciadas (Piscitello et al., 2021; Rose et al., 2020), e o acesso à internet ou equipamento (Rose et al., 2020, 2021). Entre os idosos, o telefone constitui o meio preferencial de comunicação com a família, por serem mais independentes na sua utilização, no entanto, se auxiliados no uso de dispositivos vídeo, mostraram-se mais satisfeitos com estes últimos, tal como a família sendo que 95% dos idosos precisavam de assistência para fazer vídeo chamada (Sacco et al., 2020).

A curto prazo, é recomendada a realização de uma chamada telefónica aos familiares (follow up) para os reconfortar e saberem do seu estado psicológico (Rios et al., 2020).

A pessoa internada com restrição física de visitas pode ter a sensação de que está só. O enfermeiro, como agente privilegiado no cuidar, assume especial importância neste momento de conflito de direitos, de desesperança, de deserto de afetos, podendo fazer a diferença no processo de humanização do cuidar à pessoa internada e família.

Com o decorrer da análise, foi possível depreender que as dificuldades na implementação e a acessibilidade ao mundo digital pode ser limitada para a população idosa, para as pessoas com deficiência, para os mais vulneráveis e desfavorecidos do ponto de vista económico. Assim, importa fornecer recursos tecnológicos adaptados e todas as condições para que se ultrapasse esta barreira.

O uso da vídeo chamada é um grande passo na telemedicina, podendo trazer qualidade ao serviço prestado quer em situação de pandemia quer em condições normais em que a família não pode ir ao hospital com regularidade (Rose et al., 2021), ou estão distantes dos seus entes queridos (Nardo et al., 2021). A sua introdução nos cuidados de saúde requer mais investigação de modo a identificar formas de mitigar as desigualdades no acesso à tecnologia para que os mais vulneráveis da sociedade sejam também parte integrante neste processo de humanização.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos permitiram dar resposta à pergunta de partida. A vídeo chamada emergiu dos estudos como principal estratégia de comunicação. A pandemia Covid-19 alavancou de forma radical e emergente o uso da tecnologia no setor da saúde. O avanço desta solução permitiu ultrapassar a barreira da restrição de visitas imposta, trouxe a oportunidade de dirigir o esforço dos profissionais de saúde, para a pessoa internada e família construindo pontes de afetos e solidariedade.

As comunicações através de vídeo chamada ou telefone são efetivamente inferiores à comunicação presencial, no entanto foram vistos pelos profissionais de saúde e familiares como uma excelente alternativa à privação presencial. A visita virtual atenua o isolamento, minimiza riscos e promove partilhas.

As estratégias de apoio à presença familiar dependem fortemente dos telefones inteligentes, computadores existentes, do acesso à internet e da literacia tecnológica. Existe a necessidade de explorar e apoiar as estratégias utilizadas, pois as visitas virtuais têm um papel de relevo para as famílias que estão distantes dos seus familiares internados, ou que não podem ir ao hospital com regularidade.

Sabemos que a acessibilidade ao mundo digital pode ser limitada para a população idosa, para as pessoas com deficiência, para os mais vulneráveis e desfavorecidos do ponto de vista sócio-económico. Assim, importa fornecer recursos tecnológicos adaptados e todas as condições para que se ultrapasse esta barreira.

A (r) evolução causada pela pandemia levou à implementação de medidas inovadoras na prestação de cuidados de saúde, sendo essencial que esta oportunidade não seja desperdiçada no período pós-pandemia.

Encontrar alternativas a visita presencial passa indiscutivelmente pelos profissionais de saúde em particular os enfermeiros, pois são os que mais tempo passam junto da pessoa doente, assumindo especial importância neste momento de conflito de direitos e deserto de afetos, podendo fazer a diferença na humanização do cuidar.

Em suma, as visitas virtuais, trazem apoio psicológico e gratidão, mas não é um *outcome* transversal. O sucesso da aplicação de uma solução em saúde tem que ser medido pelo valor criado, mais estudos serão precisos para avaliar a extensão efetiva da aplicação das mesmas.

Face ao exposto, consideramos que esta *scoping review* é um suporte para a investigação futura. Foi possível analisar e mapear estratégias e resultados com o intuito de informar a prática. Uma solução do presente com olhos postos no futuro.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações do estudo prendem-se com o número de bases de dados consultadas e os 3 idiomas dominados pelos revisores.

Com esta revisão *scoping* foi possível publicar por meio de um poster (Apêndice IV) o seu protocolo no JBI European Symposium & SPIDER Multiplier Event (Anexo I). A participação nas X Jornadas Nacionais de Enfermagem e VIII Jornadas Internacionais de

Enfermagem da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da UCP (Anexo II) com um poster (Apêndice V) onde foram apresentadas as estratégias promotoras da comunicação e ainda a participação com um poster onde foram divulgados os resultados do uso da visita virtual (Apêndice VI) no VI Simpósio de Enfermagem 2021 “Ontem-Hoje e...Amanhã” (Anexo III) promovido pela Sociedade de Apoio ao Serviço e Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar do Porto (ASCI).

2.1 – UM PROJETO DE PROXIMIDADE PORTUGUÊS

A literatura da revisão *scoping* exclusivamente internacional, pode levar-nos a interpretar que as intervenções promotoras da proximidade e comunicação entre pessoa doente internada e família tiveram expressão em vários países, mas não em Portugal. “A Sociedade Internacional para a Qualidade em Saúde (ISQua) e a Planetree International (...) impulsionaram um movimento internacional na tomada de uma posição conjunta com mais de 60 organizações para preservar a presença da família junto do doente durante a pandemia” (Ramos, 2021, p. 67) tendo resultado em 8 orientações para as organizações de saúde. Assim, no centro hospitalar onde exerço funções, o conjugar dessas orientações com a necessidade da procura de alternativas para a comunicação e aproximação da pessoa doente internada e família, deu origem ao projeto “Mais Próximos de Ti” (MpdeTi). Um projeto de vídeo chamada, que funciona exclusivamente com voluntários do centro hospitalar e com equipamento doado por várias entidades, tendo sido “elaboradas orientações e procedimentos para os profissionais relativamente à manutenção da privacidade e proteção de dados do doente e família, consentimento informado e esclarecido, e cuidados para a prevenção da infeção. “(Ramos, 2021, p. 69). Os objetivos deste projeto passam por :

- promover a comunicação e proximidade entre o doente e os seus familiares através de meios telemáticos,
- minimizar os constrangimentos relativos à limitação de visitas decorrentes das diretrizes no âmbito da pandemia Covid-19,
- diminuir a ansiedade do doente e familiares como consequência da limitação das visitas,

- articular com as equipas de saúde na identificação e mobilização de medidas necessárias para satisfazer as necessidades dos doentes e famílias. (Ramos, 2021, p. 69)

O balanço deste projeto vai ao encontro dos resultados encontrados na revisão *scoping*, a satisfação dos intervenientes, a partilha de emoções, a gratidão, os reencontros, o aliviar do sofrimento e o aumento do bem-estar da pessoa internada. Também a falta de autonomia da população idosa para o uso das tecnologias está espelhada neste projeto, o que vai ao encontro do evidenciado pela literatura. Não sendo objeto de estudo da revisão *scoping*, a população pediátrica também beneficiou desta iniciativa, não obstante a presença de alguém junto deles apesar das restrições, o projeto proporcionou o contacto com a família que não podia deslocar-se ao hospital. Interessante que, o início desta iniciativa no centro hospitalar partiu quando um dos profissionais de saúde utilizou o seu próprio dispositivo móvel e realizou a vídeo chamada para uma pessoa doente hospitalizada que se sentia “abandonada” (Ramos, 2021, p. 68), estando também esta iniciativa descrita nos estudos internacionais da *scoping*, no período inicial da pandemia. Em outros hospitais em Portugal o início foi o mesmo, os enfermeiros começaram a pensar em alternativas e faziam chamadas com os seus telemóveis e dados móveis (Pinto, 2020). Um projeto em saúde promotor da melhoria contínua dos cuidados “traduzido através de ações simples e que estão ao nosso alcance, contribuindo desta forma para a humanização dos cuidados de saúde”(Ramos, 2021, p. 71), que afinal também aconteceu e acontece em Portugal. Tal como na conclusão da revisão, os impulsionadores deste projeto esperam que o mesmo continue no período pós pandemia.

A pertinência da apresentação desta iniciativa neste relatório tem dois motivos; um projeto português que se enquadra na temática da revisão *scoping*, onde estão espelhadas as mesmas preocupações, as mesmas iniciativas, os mesmos resultados das intervenções e por outro lado eu própria e a minha família beneficiamos do projeto, aquando do internamento de uma pessoa de família com total incapacidade de comunicar de forma autónoma. De salientar ainda que não é projeto único em Portugal por exemplo, a unidade local de saúde do nordeste que abrange os hospitais de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela tem um projeto semelhante intitulado “Em linha consigo.”

3 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Os estágios realizaram-se em plena pandemia e a realidade dos contextos escolhidos para a aquisição das competências de enfermeira especialista, não existem tal como os conhecíamos até hoje. Foi necessário elaborar protocolos, reformular outros, alterar circuitos, mobilizar recursos humanos, alterar práticas e procedimentos e repensar as visitas. Neste capítulo procuro refletir as minhas aprendizagens através da exposição das situações práticas experienciadas por mim.

3.1 - UNIDADE DE CIRURGIA CARDIO-TORÁCICA

As UCI são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Direção Geral da Saúde [DGS], 2003). O estágio em CI decorreu numa unidade de referência da cirurgia cardio torácica, na área da grande Lisboa, com a duração de 180 horas. Não tendo experiência em cuidados intensivos (apenas em cuidados intermédios), as expectativas do que iria aprender eram grandes, mas tinha igualmente bem presente, que as dificuldades também seriam muitas. As competências desenvolvidas ao longo do meu percurso profissional, a par do meu crescer como pessoa permitiam-me, no entanto, encarar mais este desafio, principalmente em áreas em que me sentia confiante, e que podia inclusive ser fonte de transmissão de conhecimentos, fruto dessa experiência.

Este estágio teve como objetivo geral: *desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais no cuidado especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, à pessoa e família em situação crítica, em contexto de cuidados intensivos de cirurgia cardio torácica* e como objetivos específicos desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família em contexto de cuidados intensivos e contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica em contexto de unidade de cuidados intensivos.

Integrar-me na equipa, observar a dinâmica das mesmas, ter conhecimento do espaço físico, identificar as características da PSC daquela unidade e identificar os meus focos de aprendizagem, foram os passos iniciais que assumi serem de relevo para realizar um percurso que fosse construtivo, de articulação da teoria com a prática e de satisfação pessoal e de relevância profissional.

A UCC é uma unidade aberta com 9 camas dispostas em semi círculo e um balcão na zona central, o que permite visualizar todos os doentes, a partir do mesmo. É uma unidade com camas nível III (intensivos) e nível II (intermédios). Esta unidade tem a particularidade de acolher doentes por um período muito curto de internamento, em regra 24-48 horas. Comporta ainda, 3 quartos de isolamento, destinados principalmente ao doente transplantado (pulmão ou coração).

De referir ainda que esta unidade comporta 4 camas/berços para o doente pediátrico, que funciona numa unidade à parte (com contacto visual através de vidros, para a unidade de adultos) mas com a mesma equipa de enfermagem. Em todos os turnos, há sempre um elemento da equipa de enfermagem com competências a nível de cuidados prestados ao doente pediátrico, independentemente da ocupação ou não das camas desta unidade. Refleti com o enfermeiro orientador a oportunidade de prestar cuidados a estes doentes, como forma de enriquecer este meu percurso, diversificar experiências e desenvolver o meu pensamento crítico. Realizei assim 3 turnos, que foram mais uma experiência emocional que instrumental, emotiva, forte, da qual saí por vezes fragilizada, revoltada a tentar encontrar estratégias pessoais de auto conforto. Incomodaram-me as questões afetivas e sociais em que aquelas crianças estavam envolvidas. Entendo que a minha inexperiência com o doente pediátrico, levaram-me a exacerbar esses problemas, ou talvez seja uma questão de sensibilidade. Foi uma experiência de curta duração, que exigiu emocionalmente muito de mim, mas também do enfermeiro orientador. Aqui a família sempre presente, mas com muita angústia, por vezes mal chegavam ao pé dos berços, pelo receio de tocarem em algo indevidamente, pois veem os filhos cheios de fios, tubos e um manancial de aparelhos que de quando em vez apitam e aí, olhavam para os enfermeiros à espera de uma resposta rápida para aquele alarme. Confortar e explicar de forma clara e simples, estar disponível e atenta, foram as intervenções de enfermagem que assisti e procurei aplicar.

Destaco do estágio na unidade de adultos, o contacto com a pessoa doente, o acompanhar do seu dia, o partilhar com ele as suas preocupações, o promover uma atitude positiva face à sua condição, o olhar atento aos focos de instabilidade ou o simples diálogo na hora da refeição. Percebi que sentia falta em comunicar com a pessoa doente, que ali a comunicação com a pessoa doente era um desafio e que até tinha algumas competências “adormecidas” que podia colocar em prática. Sublinho ainda a situação de isolamento que todos os doentes vivenciavam, pela não autorização de visitas presenciais, face ao contexto de pandemia por Covid 19. Este aspeto, foi desenvolvendo em mim uma inquietação quase diária, o que me permitiu refletir e amadurecer o tema que pretendia trabalhar no âmbito deste ciclo de estudos.

O internamento numa UCI assume uma dimensão para a PSC e sua família, de que está em perigo de vida, que vai ser sujeito a procedimentos invasivos e dolorosos, dor, medo, insegurança, solidão e perda de autonomia estão muitas vezes presentes em doente admitidos em CI (Silva Faria et al., 2018) além do espaço “ser ameaçador”(…) misterioso e muitas vezes não hospitaleiro para os doentes e suas famílias” (Collière, 1989, p. 309).

A comunicação faz parte do dia a dia do enfermeiro e constitui um instrumento básico no cuidado ao doente, à família ou nas relações com a equipa multidisciplinar e que influencia a qualidade da prestação de cuidados. Uma comunicação eficaz permite responder as necessidades do outro também de forma eficaz (Ana Galvão et al., 2015).

Identifico algumas situações que, parecendo episódios menores, no meio de uma unidade repleta de tecnologia me permitiram desenvolver competências e recuperar outras na área da comunicação

As dificuldades de comunicação com a pessoa doente podem estar relacionadas com a barreira linguística, alterações anatómicas, alterações cognitivas, às mais específicas da PSC internada numa UCI como a pessoa doente ventilada ou sedada. A comunicação em enfermagem é essencial para uma prestação de cuidados centrada na pessoa doente, por forma a otimizar as intervenções de enfermagem, (Yoo et al., 2020), pois uma comunicação eficaz conduz a resultados mais positivos (Coelho & Sequeira, 2014).

A comunicação com a pessoa doente ventilada, está muito focada nas necessidades físicas e pouco orientada para os aspetos emocionais, e esta questão acarreta insatisfação quer para o doente quer para o enfermeiro, gerando sentimentos de frustração, fadiga, ansiedade, desesperança o que pode comprometer o processo de compreensão e satisfação

das necessidades destes doentes (Momennasab et al., 2019). É fundamental neste processo, a “utilização de estratégias de comunicação verbal e não-verbal no cuidado à pessoa, família e cuidador” (OE, 2017) que pode ser tão ou mais eficaz que a linguagem verbal, podendo representar “60-65% da comunicação entre as pessoas” (Foley & Gentile, 2010) e transmitir sentimentos e emoções que podem substituir, complementar ou contradizer até, a linguagem verbal, mas que contribui para uma intervenção terapêutica adaptada a cada pessoa doente.

Muitos dos doentes admitidos na UCC, permanecem por um período de aproximadamente 48 a 72 horas, quando apresentam uma evolução satisfatória e sem complicações. Se submetidos a cirurgia cardíaca, há necessidade de ventilação mecânica invasiva após o procedimento cirúrgico. Após a suspensão gradual dos anestésicos, inicia-se o processo de recuperação. No pós operatório “a extubação quando bem-sucedida, está relacionada com menor tempo de internamento, redução de custos e recursos utilizados e diminuição das taxas de morbidade.” (Assis et al., 2020). A extubação é realizada pelos enfermeiros com total autonomia para tal, após os mesmos avaliarem os parâmetros hemodinâmicos. Tive oportunidade de comunicar com a pessoa doente ventilada. O período que antecede a extubação, implica que a mesmo esteja consciente e colaborante e que perceba as mensagens que o enfermeiro transmite. Colocando-me ao lado do doente, chamava-o pelo nome e tocava-lhe no braço, a pessoa doente centrava-se assim em mim e desta forma, percebia que eu me centrava nele. Explicava-lhe o que iria fazer e que era necessário que estivesse calmo para lhe tirar o tubo que tinha na boca.

Um estudo publicado por Werlang SC et al., (2008) refere que os doentes que tiveram uma consulta pré-operatória de enfermagem, onde eram informados acerca do procedimento cirúrgico e da extubação e de como deveriam comunicar com o enfermeiro (comunicação não verbal como o aperto da mão, piscar o olho, mobilizar um membro), colaboraram mais na extubação diminuindo assim a ansiedade, a agitação psicomotora e tiveram por isso um despertar mais tranquilo. Relembro a sensação de alívio transmitida pelos doentes após a extubação e a mudança de expressão nos seus rostos, manifestando frequentemente sede.

A unidade não dispõe de uma consulta de enfermagem pré-operatória, o que poderia ser uma mais valia para doente, família e profissionais. Existe sim, um projeto de consulta de *follow-up*, bastante pertinente e que fiz questão de conhecer, tendo passado 1

dia com os colegas ligados a este projeto. A consulta de *follow-up* de enfermagem acontece 3 dias /30, dias/3 meses/6 meses e 1 ano após a alta hospitalar. A equipa de enfermagem é fixa o que permite conhecer bem a pessoa doente, a família e o seu contexto. É realizado um questionário para avaliar a qualidade de vida no pré-operatório/3 meses e 1 ano após a alta. São avaliados itens como a atividade física, alimentação, estado geral, terapêutica, suturas operatórias ou o apoio sociofamiliar.

A minha prestação de cuidados não se centrou no “meu” doente, procurei sempre estar atenta às necessidades dos outros e foi nessa sequência, que me deparei com a Sra L.. Doente traqueostomizada (fora submetida a transplante pulmonar com complicações na extubação), que tentava comunicar com a assistente operacional através de um cartaz que simulava o teclado de um computador. Era hora do jantar, e a sra L. estava cansada de tentar que a assistente operacional a entendesse, e esta estava em esforço para entender a mensagem da pessoa doente. Decidi intervir utilizando “técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica à PSC” (OE, 2017, p. 12). Coloquei-me junto dela de frente e falei pausadamente. Percebi que não queria usar o cartaz por ser demorado apontar letra por letra até formar uma palavra. Mantive um diálogo com ela, falando de forma pausada, mantendo sempre o contacto visual, respeitando os seus silêncios, mostrando disponibilidade e respeito estabelecendo assim “uma relação de confiança e empatia com a pessoa, (...) que permita o envolvimento, negociação e uma parceria de cuidados ” (OE, 2017, p. 6). Consegui estabelecer um diálogo à medida que a auxiliava na refeição. Falou do marido, dos programas de televisão que gostava, da sua saturação face à sua condição clínica. Tentei encetar um diálogo de esperança e compreensão, dando espaço à verbalização dos seus receios e angústias. Como no meio de tanta gente se sentia só, apesar de estar satisfeita com a prestação de cuidados (a sra L., necessitou de permanecer na unidade por um longo período de tempo, tendo sido colocada uma “barreira protetora” com cortinas à volta da sua unidade, onde foi colocada uma televisão e um cadeirão). Este pormenor que pretende protegê-la das infeções, acaba por a isolar ainda mais. Terminada a refeição, partilhei com a equipa o que percecionei em relação à sra L. Um misto de sentimentos de gratidão e reconhecimento, misturado com solidão, tristeza e descrença na sua recuperação. A sra L., não conseguia comunicar por telemóvel com a família e não havia visitas por causa da pandemia. Restava-lhe a equipa de enfermagem e uma televisão colocada na sua área protegida. Mas visivelmente não era suficiente. Soube mais tarde que

tinha sido autorizada a visita do marido, que além de viver longe de Lisboa e isso condicionar a sua deslocação, não era permitida a visita presencial de familiares, face à situação pandémica em curso, no entanto “a visita dos familiares é essencial para a humanização e recuperação do paciente internado.”(Santos & Caregnato, 2013).

De notar que a política de visitas na unidade (num contexto que não o de pandemia), rege-se por horários rígidos, de curta duração e com restrição do número de visitas. Quem visita percebe o ambiente de forma muito particular que depois é transmitido aos outros familiares, mas essa transmissão pode enviesar a realidade, podendo levar ao agudizar da angústia e tristeza. Segundo estudos realizados em UCI em que foi implementada a flexibilidade de horário, assistiu-se a uma redução dos níveis de depressão e ansiedade entre os familiares (Fumis et al., 2015); (Ning & Cope, 2020) bem como a redução da frequência e duração do delirium (Rosa et al., 2017); (Nassar Junior et al., 2018); (Ning & Cope, 2020)), a redução dos dias de internamento na unidade ((Rosa et al., 2017) a redução da ansiedade entre os doentes e aumentou a satisfação dos doentes e famílias (Nassar Junior et al., 2018); (Ning & Cope, 2020). A questão das restrições de horários e número de visitas na UCC não se colocou durante o período em que estive na unidade, por estar em vigor um conjunto de orientações de carácter extraordinário emanadas pelo Governo e pela DGS, direccionadas para a restrição de visitas e circulação de pessoas com vista à redução das cadeias de transmissão. Estas medidas tiveram no entanto, um forte impacto na pessoa doente em geral e na PSC em particular, por numa situação de grande vulnerabilidade, estar privada daqueles que lhe são mais próximos, que o conhecem e lhe dão muitas vezes as ferramentas para superar esta fase tão difícil para pessoa doente e família.

Face ao condicionamento das visitas presenciais, existia por parte da equipa de enfermagem uma atenção particular em atender os telefonemas dos familiares, em prestar os esclarecimentos considerados oportunos e comunicar à pessoa doente que o familiar tinha ligado. Fiz parte deste processo, o que me trouxe satisfação pois contribuí para o diminuir da ansiedade dos familiares e para o bem-estar psicológico da PSC. As chamadas telefónicas, permitem não só a transmissão de informação sobre o estado de saúde da pessoa doente, como também a transmissão de conforto e dignidade (Robert et al., 2020; VitalTalk, s.d.). promove a participação da família nos processos de decisão e aos

profissionais de saúde, terem um maior entendimento acerca da pessoa doente (Robert et al., 2020).

Nos turnos seguintes, assisti a uma curiosa atitude por parte desta doente. Por entre as cortinas (que não estavam completamente fechadas), a sra L. fazia-me sinal com a mão para me aproximar quando precisava de ajuda, quando não estava a conseguir transmitir a mensagem, para servir de interlocutora junto de outros. “A comunicação poderá ser encarada como um talento que se vai desenvolvendo ao longo da nossa prática profissional, e é através dela que conseguimos chegar ao cliente e família.” (O. Mendes, 2007) .

O sr. M. encontrava-se num dos quartos de isolamento, após ser submetido a transplante pulmonar apresentando infeção da ferida operatória, exigindo numa fase inicial deslocamentos semanais ao bloco operatório para limpeza cirúrgica da mesma. A primeira vez que entrei no quarto após colocação do equipamento de proteção individual (EPI), fiquei por instantes a contemplar uma das paredes/vitrine onde estavam expostas fotografias a cores da família do sr. M.. Mostravam momentos de convívio com a mulher, os filhos e os netos em tamanho grande e impermeabilizadas. Que emoção e que bonita estava aquela unidade. Tão diferente do habitual, tão humanizada, tão alegre. Foi o ponto de partida para estabelecer um diálogo com ele. Um pormenor tão alegre no meio de um isolamento, dentro de outro provocado pela pandemia. A reação inicial do sr. M. a estas fotografias foi de ânimo e alegria. Estava ali um pouco da sua família. Com o passar dos dias era visivelmente insuficiente simplesmente contemplá-las. Os telefonemas da família, permitiam apenas o contacto família/profissional de saúde nunca com a pessoa doente. O sr. M. foi ficando triste, renitente a qualquer cuidado, sem ânimo. Foi-lhe entretanto permitida a entrega de um tablet. A partir daqui assistiu-se a uma “transformação”, todos os dias sentava-se de cabelo penteado e óculos colocados em frente ao seu tablet, todos os dias! Passou a fazer as suas refeições acompanhadas da família, passou a "ir buscar os netos à escola", passou a dar as boas noites à esposa. Passou a colaborar mais com os profissionais de saúde, passou a ter melhor humor, passou a querer estar sentado e cuidado, barba feita, cabelo penteado, óculos colocados. Esta imagem tão feliz acompanha-me, por vezes é preciso atuar fora do que é habitual, desde que não se prejudique quem cuida e quem é cuidado e deixar o coração falar mais alto que a razão. A padronização dos cuidados leva por vezes à perda da noção da individualidade de cada um, da forma como cada um vivencia o momento, o afastamento da família, a doença, a dependência, os

cuidados, anulando os seus medos e angústias, o olhar individualizado ao doente crítico é essencial para uma prestação de cuidados promotora de bem-estar biopsicossocial e espiritual do mesmo.

O ambiente complexo e altamente tecnológico das UCI, leva muitas vezes a que o enfermeiro ocupe muito do seu tempo em torno dessa tecnologia, a par da parte burocrática que tantas vezes retira o enfermeiro da escuta, do toque, do olhar atento da pessoa doente, no fundo da humanização dos cuidados (Silva & Ferreira, 2011). Partilho a experiência que vivenciei neste estágio, e que suscitou em mim a pertinência de uma reflexão (Apêndice VII), que mais não é do que uma visão direcionada para a humanização dos cuidados, o cuidar nos pormenores, o cuidar do enfermeiro especialista.

As UCI exigem dos profissionais de saúde uma constante atualização a vários níveis do saber, neste sentido identifiquei como indicador de processo desenvolver competências em ventilação mecânica e interpretação de gasometrias. Tive oportunidade de aprofundar conhecimentos nestas áreas através de pesquisa bibliográfica, do acompanhar das práticas do enfermeiro orientador e disponibilizava-me também para acompanhar os colegas. A interpretação de gasometrias e o atuar de acordo com os valores, constituiu um desafio que superei com empenho e dedicação, tendo sido relevante para o meu crescer em autonomia durante o estágio. Levei para o meu local de trabalho este saber, que me permitiu esclarecer os colegas que várias vezes me solicitaram ajuda, para a interpretação dos valores gasométricos. A interpretação de parâmetros de ventilação assistida, foi um desafio onde não consegui uma total autonomia, mas saí fortalecida no conhecimento. Desafio maior foi a conjugação da interpretação de gasometrias com a otimização dos parâmetros ventilatórios que exigiu estudo, interpelações, errar e voltar a tentar.

A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é definida como a pneumonia que surge em pessoas que receberam ventilação mecânica por pelo menos 48 horas ou extubado há menos de 48h (Direção Geral da Saúde, 2017; Zhao et al., 2020) é uma das infeções mais comuns em doente crítico com ventilação mecânica, com custos elevados em termos económicos e de recursos, bem como resulta numa elevada taxa de morbidade e mortalidade (Coffin et al., 2008). A equipa de enfermagem é bastante jovem, com grande espírito de trabalho em equipa e empenhada numa “prestação segura de cuidados de saúde (...), de forma integrada e num processo de melhoria contínua da

qualidade” (Ministério da Saúde, 2014). A prevenção da PAVM, é uma área de intervenção que considero que os enfermeiros da UCC exercem uma prática de excelência. Esta temática exigiu de mim um reconhecer das minhas limitações pelo que, realizei pesquisa bibliográfica e acompanhei o enfermeiro orientador nas suas intervenções por forma a aumentar a segurança da minha prática (OE, 2019), desenvolver conhecimento e autonomia no cuidar. Colaborei assim, no correto posicionamento do doente, na higiene oral com cloro-hexidina a 0,2%, vigilância da pressão do balão endotraqueal e na substituição quando necessários dos circuitos ventilatórios.

Neste meu percurso, colaborei na prestação de cuidados de higiene, na preparação de nutrição entérica, na elaboração dos balanços horários, na prestação de cuidados ao doente ventilado e sedado, no manuseamento de drenagens torácicas, na preparação da unidade do doente inclusivé com montagem do ventilador. Ainda no acolhimento do doente transferido do bloco operatório (momento partilhado pela maioria dos elementos da equipa em cada turno, em ambiente de grande espírito de equipa, em que cada um detinha uma função específica e onde me integrei, e de forma autónoma assumia a minha função), no cumprimento dos protocolos como o do controlo da dor ou de controlo de infeção e destaco aqui, o manuseamento do cateter venoso central. Na UCC o manuseamento do cateter venoso central, é realizado segundo a norma da Direção Geral de Saúde (DGS) - feixe de Intervenções de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central (DGS, 2015). Reconheço que era uma prática não assumida na sua totalidade por mim, mas interiorizei-a e levei-a para o meu local de trabalho, intervindo junto dos colegas de forma construtiva e fundamentada, levando assim a uma mudança de atitude (OE, 2015). Identifico a necessidade de formação acerca desta temática no meu local de trabalho para que as práticas se tornem mais seguras, considero que informalmente consegui que alguns colegas compreendessem a pertinência da necessidade de alteração da sua prática.

Fruto da minha experiência em bloco operatório, sempre que a pessoa doente precisava de intervenção por parte do cirurgião (nomeadamente feridas complexas), que envolvesse o manuseamento de material cirúrgico, eu voluntariamente colaborava de forma autónoma, pois os enfermeiros não estavam muito familiarizados com os termos técnicos dos instrumentos cirúrgicos.

O movimento internacional da Segurança do Doente, com a liderança da World Alliance for Patient Safety, da OMS identifica a segurança do doente como uma prioridade

na prestação de cuidados de saúde com qualidade independentemente do lugar onde se prestam. As orientações da OMS bem como do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e das Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) contribuem para as boas práticas, e pude constatar que os enfermeiros desta unidade detinham conhecimento e colocavam em prática as orientações relacionadas com controlo da infeção. Várias orientações eram recentes e outras temporárias, houve o cuidado por parte da chefe de as expor em local visível. Muitas das práticas relacionadas com o controlo da infeção fazem parte do meu dia a dia no bloco operatório, no entanto houve espaço para aprendizagem e esclarecimento de dúvidas com o enfermeiro orientador e com a equipa de enfermagem.

Reflito agora em algumas questões que julgo seria benéfico para a pessoa doente, serem alvo de intervenção/formação no serviço. Sendo a UCC uma unidade aberta, a temática da privacidade deveria ser mais salvaguardada, os enfermeiros têm grande responsabilidade no garante da privacidade do doente. Existem algumas cortinas (poucas) pelo que os enfermeiros recorrem a lençóis para promover alguma privacidade ao doente. É nitidamente insuficiente, os lençóis não cobrem toda a unidade e não são suficientemente opacos para proporcionarem a privacidade necessária, o que viola um dos direitos do doente consagrado na carta dos direitos e deveres do doente no seu nº11 (Direção Geral da Saúde, s.d.). Destaco o tema privacidade, porque foi abordada por parte dos doentes para fechar as cortinas. Esta questão colocava-se em doentes que já tinham a experiência da extubação e consideravam-na um acontecimento traumático, pelo que não queriam assistir ao procedimento. De facto, aquando da extubação os enfermeiros não tinham em grande consideração a questão da privacidade. Partilhei esta observação com alguns enfermeiros, reconhecendo eles, que nem sempre corriam as cortinas durante o procedimento, mas era uma prática que eu fomentava o que vai ao encontro do preconizado pela Ordem dos Enfermeiros para as competências comuns de Enfermeiro Especialista (OE, 2019).

Saliento um aspeto de possível intervenção que por várias vezes me levou a abordar os colegas da UCC. As camas da unidade tinham por cima uma luz, segundo um estudo (Alves et al., 2015) “o barulho, a luminosidade, as intervenções dos profissionais e a dor”, são os fatores que mais interferem no sono da pessoa doente. Na UCC, o turno da manhã era efetivamente barulhento, mas constatei que nos turnos da tarde e da noite eram relativamente calmos, não obstante o barulho dos alarmes, das conversas dos profissionais ou do telefone. Quanto à luminosidade, alguns enfermeiros estavam mais despertos para

esta questão e apagavam as luzes após o jantar, mas tal não era o padrão de atuação. Nesta temática, abordei a questão por perspectivas diferentes. Nos turnos da tarde e da noite perguntava ao chefe de equipa se podia apagar as luzes. Por outro lado, no meu entender bastava deslocar as camas para o lado, que a luz já não incidia sobre o doente. Foram várias as respostas, no sentido da não mobilização das camas. Ainda hoje, julgo que seria possível. A unidade possui luminosidade natural, que se faz chegar pelas várias janelas pelo que, o apagar das luzes só tinha vantagens para uma melhor regulação do ciclo circadiano do doente. Reduzir o barulho e a luz durante a noite reduz para metade o número de doentes com delírio (Patel et al., 2014).

Uma das áreas que identifiquei como de possível intervenção, no sentido de elaborar uma formação tendo como destinatários os enfermeiros da unidade, foi a temática do esvaziamento gástrico. Este tema surgiu do diálogo com o enfermeiro orientador e da minha abordagem a outros elementos da equipa, em que foi verbalizado que a prática não estava regulada, cada enfermeiro atuava de acordo com a sua experiência não existindo qualquer orientação com base científica. Em colaboração com uma colega de curso a estagiar na mesma unidade, fizemos pesquisa bibliográfica e um plano com a temática para apresentar à enfermeira chefe. O trabalho não teve continuidade por indisponibilidade do serviço para naquele momento se realizar uma formação em serviço, nem houve disponibilidade para que fosse deixada qualquer informação.

Este estágio constituiu sem dúvida um momento de aprendizagem e desenvolvimento de competências de enfermagem especializada à PSC, existindo no entanto algum "sofrimento" interior por não me rever na dinâmica do enfermeiro orientador, apesar de todo o empenho do mesmo e de ser um profissional de referência da unidade. Tentei absorver conhecimento e sem dúvida saí mais capacitada tecnicamente, mas reflito que fiz um percurso paralelo, um percurso mais emocional e relacional que entendo ter passado à margem do olhar do enfermeiro orientador.

O estágio permitiu desenvolver capacidades técnicas, a identificação de focos de instabilidade e da capacidade de comunicação com a PSC. A comunicação com a família constituiu um desafio, pois foi necessário tranquilizar e informar à distância numa dinâmica confortadora e não alarmista.

No âmbito da aquisição de conhecimentos em diversas áreas de cuidados intensivos assisti ao webinar promovido pela SPCI, do qual destaco os módulos: Ventilação em CI

(Anexo IV), via aérea (Anexo V), sedação, analgesia e bloqueadores neuromusculares em CI (Anexo VI), nutrição no doente crítico (Anexo VII) e infecção associada aos cuidados de saúde (Anexo VIII). Também estive presente no XXIII Congresso Nacional de Enfermagem Intensiva e II Congresso Internacional Ibérico de Enfermagem Intensiva, promovido pela SPCI (Anexo IX).

3.2 - VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO

O estágio na VMER surgiu como uma oportunidade, já em tempos de desesperança. O contexto difícil que o país vivia pela pandemia, tirou da rua as pessoas, tirou das escolas as crianças, tirou das empresas os trabalhadores, tirou das famílias os abraços. Quase tirou a oportunidade de concluir este ciclo de estudos. A oportunidade que o Centro Hospitalar concedeu aos seus funcionários para concluírem o mesmo, surgiu como um presente de Natal colocado no sapatinho. Foi a melhor experiência que tive enquanto aluna (licenciatura e mestrado), um estágio rico de experiências e emoções, uma vivência muito forte dos contextos da rua, das casas, das famílias e dos doentes. Tão diferente da realidade hospitalar (a única que conheço) que tornou este momento inesquecível no meu percurso como enfermeira.

Com Florence Nightingale, pode dizer-se que já se esboçavam os primeiros cuidados de urgência/emergência, e que a rápida e constante evolução a nível da área da saúde, mas também tecnológica na prestação de cuidados, bem como o evoluir da própria sociedade, levou necessariamente a uma evolução para uma prática especializada nesta área.

O enquadramento dos enfermeiros na emergência pré-hospitalar é reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (2017) e exige dos mesmos a mobilização de múltiplas competências nos vários domínios do saber (conhecimentos) e do saber fazer (técnicas) além de outras competências associadas às múltiplas dimensões do cuidar, promovendo uma prática não exclusivamente centrada na sintomatologia mas na pessoa, de forma humanizada.

O enfermeiro que integra a VMER, deve possuir conhecimentos da realidade intra hospitalar e de preferência experiência profissional na área de anestesia, cuidados intensivos e serviços de urgência (Gonçalves, 2017). Não é necessariamente especialista

em enfermagem à PSC, mas é com certeza uma mais valia na prestação de socorro pré-hospitalar de qualidade, em resposta a situações de emergência que exigem rapidez, eficácia e o antecipar de complicações.

A VMER é um veículo de intervenção pré-hospitalar, com base hospitalar destinado ao transporte rápido de uma equipe constituída por médico e enfermeiro diretamente ao local onde se encontra a pessoa doente, sendo um dos meios ao dispor do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e atua na dependência direta do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Tem como principal objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita, dispondo de equipamento para SAV, em situações de foro médico ou traumatológico (Ministério da Saúde, 2014)

A integração nas equipas (foram 21 equipas diferentes em 21 turnos) foi um fator em que me empenhei desde o início do estágio. Um processo facilitado pelo excelente relacionamento que todos os elementos têm entre si, pela disponibilidade que demonstraram em me acolher e fazer sentir parte daquela equipa. A diversidade de equipas é proporcional à diversidade de sensibilidades, formas de orientação, organização, formas de lidar com a pessoa, a família, formas diferentes de trabalhar em condições adversas, formas diferentes de gerir as emoções e a pressão psicológica.

A definição dos objetivos não foi um processo fácil, com tanto para aprender e com abordagens tão diferenciadas por parte dos enfermeiros, optei por primeiro realizar alguns turnos e só depois e em acordo com a enfermeira orientadora, definir os mesmos. Assim, identifiquei como objetivo geral: *desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais no cuidado especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, à pessoa em situação crítica e família e como objetivos específicos:* 1) desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família em contexto de emergência pré-hospitalar; 2) desenvolver competências técnico-científicas para a prestação de cuidados especializados à PSC vítima de paragem cardio respiratória (PCR); 3) desenvolver competências na comunicação de más notícias à PSC e sua família.

No primeiro turno o enfermeiro da equipa abordou-me no sentido de saber como reagia em situações de stress. Parecia que estava a adivinhar o que a primeira chamada do dia trazia. O primeiro turno começa com uma morte. Este seria o primeiro de vários turnos em que o padrão foi o mesmo. Começar o turno com uma morte! Uma morte de um jovem,

com necessidade de intervenção com suporte avançado de vida (SAV). Pelo caminho que pareceram segundos, fui ouvindo as indicações dos colegas e do (CODU). Esta patilha é importante pois quanto mais pormenorizada for a informação mais eficaz e eficiente será a atuação da equipa. Rapidamente lembrei o que tinha aprendido nas aulas e o que tinha pesquisado antes de iniciar o estágio. O enfermeiro deixou claro que se me sentisse à vontade era para ser um elemento ativo neste episódio (primeiro dia de estágio, primeira chamada). A rapidez da intervenção e a rapidez das decisões num local onde não controlamos uma série de variáveis, fez com que estivesse uns segundos a tentar posicionar-me naquele cenário. A abordagem da vítima de doença súbita ou trauma assenta na identificação de condições/lesões potencialmente fatais. a avaliação inicial ou primária da vítima é realizada pelo sistema ABCDE¹. Acabei por ter um papel ativo a ponto do enfermeiro que me acompanhava ficar na retaguarda da ação deixando-me com o médico na execução do algoritmo SAV e com utilização do LUCAS^{TM(2)}. Esta minha capacidade de intervenção técnica advém da minha experiência de bloco operatório de urgência com entubações difíceis pela condição do doente ou pela urgência da situação. A manipulação do LUCASTM no entanto, foi uma experiência nova. A capacidade de intervenção, de gerir o stress e o autocontrole foram colocados à prova. Vários domínios de enfermeira especialista foram aplicados sem quase se dar conta, o agir tendo em conta os princípios éticos, o atuar de acordo com complexos protocolos terapêuticos, de gestão do stress, intervenção especializada em processos complexos de doença aguda, intervenções com vista à prevenção de complicações, a mobilização de conhecimentos no domínio das novas tecnologias, a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica entre outras (OE, 2018).

(1) - A. Airway: Permeabilização da Via Aérea com controlo da coluna Cervical; B. Breathing: Ventilação e Oxigenação; C. Circulation: Assegurar a Circulação com controlo da Hemorragia; D. Disability: Disfunção Neurológica; E. Expose/Environment: Exposição com controlo de Temperatura. ((INEM, 2012)

(2) LUCASTM é um dispositivo portátil que realiza compressões torácicas eficazes e contínuas de acordo com as orientações da American Heart Association.

A situação de PCR com o presenciar da morte foi dos momentos mais marcantes deste estágio. Não estava preparada emocionalmente para esta experiência. Estamos treinados para salvar vidas. Acresce neste contexto a presença da família que muitas vezes é quem presencia todo o processo de doença súbita, é quem ativa os meios de socorro e que nem sempre conseguimos evitar a sua exposição à nossa intervenção. Neste caso em particular, não era possível fechar a porta de casa sendo a nossa intervenção presenciada por quem passava nas escadas do prédio. Espaço exíguo para atuação, sem luz elétrica e em plena noite. São estas condições que exigem rápida adaptabilidade, mas não perdendo o foco na pessoa doente e sua condição.

Trabalhar neste contexto é um grande desafio, implica articular conhecimentos e tomar decisões as vezes ao segundo. É do *team leader* a decisão de cessar as manobras de reanimação. Independentemente do resultado da nossa intervenção é importante olhar a família que está vulnerável, por vezes com comportamentos que demonstram grande sofrimento psicológico, com reações emocionais diversas e por vezes intensas (INEM, 2012, p.227).

Do que assisti nesta e noutras intervenções em que a morte se apresenta de forma súbita, a abordagem à família parte de quem se sente mais à vontade para o fazer. Apesar de ser o médico quem confirma o óbito, nem sempre foi ele que falou/comfortou a família, mas sim o enfermeiro "a comunicação de más notícias é sempre um fator gerador de stress(...) destacando-se como uma das atividades mais difíceis atribuídas a estes profissionais. Saber comunicar este tipo de notícias devia constituir um dos principais focos na área da saúde." (Ana Galvão et al., 2015, p. 250).

Por outro lado "é um momento particularmente complexo e difícil, tanto para a família quanto para os técnicos envolvidos. O mais importante para a família é a atitude e atenção dos profissionais, tempo para perguntas, informação correta, linguagem clara e privacidade."(INEM, 2012, p. 93). Sensibilidade e experiência, foram os fatores que identifiquei para a maior ou menor capacitação para o fazer. Identifiquei que também eu podia capacitar-me para o fazer, como tal realizei pesquisa bibliográfica, identifiquei a temática como objetivo específico e intervi em momentos em que surgiu essa oportunidade em colaboração com o enfermeiro da equipe, pois a capacitação para comunicar más notícias exige competências que se adquirem com a experiência. Foi assim mais fácil para mim intervir através da comunicação não verbal como o toque na mão ou no braço como

forma de conforto mostrando a minha compreensão para com aquela dor, medo e sofrimento (Phaneuf, 2002).

Neste episódio, a morte foi presenciada pelos amigos. A vítima imigrante a viver em condições de habitabilidade precária sem família presente, que podemos nós fazer mais? Foram várias as histórias como esta que vivenciei neste estágio, histórias de recomeços que por vezes mal chegaram a acontecer. Foi necessário adaptar a comunicação àquele contexto sócio-económico. Um único episódio constituiu um momento de grande aprendizagem em vários domínios. Foi necessário adaptarmo-nos ao ambiente físico, às pessoas próximas da vítima, à língua e à linguagem, e a nós próprios como equipa que nunca tínhamos trabalhado juntos. O enfermeiro que naquele turno fazia parte da equipa, foi sensível para no final fazer um *debriefing* comigo, que não sendo um processo moroso pode trazer ganhos se for realizada logo após o incidente crítico (Mullan et al., 2013), onde expus as dificuldades e emoções, as intervenções em que me senti mais e menos confortável, onde esclareci as minhas dúvidas e onde de forma crítica, mas construtiva foi avaliada a minha atuação e que aspetos havia a melhorar numa próxima intervenção. Esta atitude por parte do enfermeiro foi importantíssima para os turnos seguintes. Alguns colegas tinham esta preocupação, mas mesmo não havendo um movimento neste sentido, eu fazia a minha reflexão com base nos pontos chave que este enfermeiro achou relevantes para o meu percurso de aquisição de competências.

As situações de PCR com morte e principalmente em jovens foram as situações mais complexas de vivenciar como tal, apresento uma reflexão (Apêndice VIII) que me permiti fazer durante o estágio, com uma das intervenções que mais exigiram física e emocionalmente.

Uma outra experiência que pretendo destacar prende-se com uma chamada para uma tentativa de suicídio por ingestão medicamentosa. À chegada ao domicílio indicado pelo CODU encontramos uma mãe e um filho (jovem adulto) com relatos diferentes acerca do sucedido. Ficou a dúvida do que realmente teria acontecido, os discursos eram díspares quanto à hora da ingestão e quantidade ingerida. O discurso era agressivo e de desacordo. Havia claramente uma relação conflituosa entre mãe e filho. A decisão foi transportar a vítima para a ambulância e lá serem prestados os primeiros cuidados. Mais uma vez, o enfermeiro depositou confiança em mim e entre os dois dividimos prioridades, ao mesmo tempo que ia dando resposta às questões colocadas pelo enfermeiro. Reparei, entretanto,

que a vítima trazia consigo o relógio e a aliança. Perguntei se os queria levar para o hospital ou deixar com o filho. Interpretei que se fosse comigo gostaria de não perder objetos que pudessem ser significativos para mim. Acabei por os retirar (a pedido da doente) sem comprometer o socorro à vítima ou as prioridades estabelecidas e entregar ao filho os pertences. Foi uma intervenção completamente autónoma, no momento nem questioneei o enfermeiro se o podia fazer, se era costume fazerem ou se fazia sentido fazer. Simplesmente agi com o coração. Por vezes temos dificuldade em nos colocar no lugar do outro. Não temos a mesma história de vida, não conseguimos sentir aquela dor, não damos o mesmo significado as coisas, mas aqui, naquele pequeno pormenor coloquei-me no lugar da doente. Senti-me bem com este gesto. Uma intervenção emocional gratificante.

Realizei assim, o primeiro acompanhamento da PSC para o hospital e foi a primeira vez que procedi à passagem de informação à equipa hospitalar. À chegada, transmiti-a aos colegas (antecedentes, motivo da chamada para o 112, como encontramos a vítima, intervenções, horas) mas tive o cuidado de também transmitir a perceção que a equipa teve do contexto familiar. No fim mais uma vez uma pausa para descontrair do momento de tensão vivido que neste caso vivi com mais intensidade pois foi o primeiro transporte que realizei e tinha a responsabilidade de transmitir a informação aos colegas. Este é também um momento muito diferente do que até agora encontro nos meus contextos de trabalho ou seja, não há registos de enfermagem escritas, temos que ter capacidade de retenção da informação e capacidade de síntese e organização da mesma num curto espaço de tempo, para que nenhuma informação seja esquecida. No PH não há registos de enfermagem. Toda a informação é introduzida pelo médico num tablet em programa próprio, seguindo essa informação para o CODU e também para a unidade hospitalar onde o doente vai ser admitido. Quando o doente chega a essa unidade já há informação de todo o episódio desde a chamada para o 112 até à chegada ao hospital. Também a comunicação com o CODU se faz por meio de um telefone em que cada número representa a posição da VMER em relação ao episódio de urgência (a caminho, no local, em transporte para o hospital, a regressar à base).

A minha experiência num serviço de medicina e bloco operatório de urgência, permitiram o desenvolvimento da capacidade de observação e do antecipar de complicações. No entanto, este estágio veio contribuir para a observação rápida, celeridade no estabelecimento de prioridades com pouco ou nenhum conhecimento da história do

doente o que leva a uma intervenção baseada na observação, nos meios disponíveis, na experiência, no trabalho em equipa e na comunicação por forma a estabilizar, diagnosticar e encaminhar o doente o mais precoce e eficazmente possível.

Participei de forma autónoma ou com supervisão em várias intervenções de enfermagem como sejam a realização de colheita de dados, eletrocardiograma de 12 derivações, avaliação da glicémia capilar, avaliação dos parâmetros vitais, cateterismo de acesso venoso periférico, realização de pensos, imobilizações em pequenos e grandes traumas, manipulei o LUCAS™, preparei e administrei terapêutica, lavagem gástrica, reposição do material após cada intervenção, verificação semanal de todo o material existente no carro, manutenção e limpeza semanal do mesmo, encaminhamento do material usado para a central de esterilização.

A experiência na VMER foi muito diversificada apesar da situação de confinamento alterar muito o quotidiano da cidade no entanto, tive oportunidade de abordar a pessoa vítima de agressão, trauma, tentativas de suicídio por enforcamento e ingestão medicamentosa, enfarte agudo do miocárdio, taquicárdia, alteração do estado de consciência, consumo de drogas, coma alcoólico e ainda a abordagem à criança e à grávida.

A minha inquietação durante o estágio, prendia-se com o socorro à criança. Sem qualquer experiência na área e sendo particularmente sensível ao sofrimento das mesmas, sentia-me emocionalmente incapaz de participar. Felizmente não tive nenhuma chamada para situações graves, mas assisti a um episódio que me emocionou. Numa chamada para uma tentativa de suicídio por enforcamento de um jovem, a mãe foi informada de que o mesmo seria encaminhado para o hospital. Por entre o choro e o apoio das vizinhas vi pela porta da casa que estava entre aberta a mãe entrar e abraçar duas crianças pequenas que estavam assustadas e a chorar. Foi difícil esconder a emoção.

As emoções fortes presentes na primeira chamada no primeiro dia de estágio, estiveram presentes na última chamada do último dia de estágio. Uma jovem de 17 politraumatizada após queda do primeiro andar da escola que frequentava. Uma situação onde foi difícil de gerir o ambiente físico e humano. Sendo a vítima menor, era imperativo comunicar precocemente com a família, que rapidamente se deslocou à escola. Foi preciso intervir junto da mesma, para prestar as informações o mais calmo e claramente possível com os dados que a equipa dispunha. A mãe foi confortada pela equipa do PH e pela

diretora de turma, tendo optado por se deslocar em carro próprio e acompanhar a ambulância até ao hospital estando em contacto com a equipa do PH através do telemóvel.

Em todas as situações presenciei empenho e profissionalismo, a igualdade de direitos sem discriminação, o dar resposta a todos sem descurar os mais vulneráveis (OE, 2015). Uma solidariedade desinteressada onde “os enfermeiros assumem formalmente perante a sociedade o particular compromisso de zelar pelos mais vulneráveis, fazê-lo de forma responsável é uma exigência ética.”(Martins, 2021, p. 9). Foram muitas as chamadas para zonas da cidade consideradas problemáticas. Uma experiência inquietante, mas muito interessante a nível sociológico. A pobreza física de muitas habitações a contrastar com a riqueza de convívio e apoio da vizinhança, de amizades, de espírito de bairro. Aqui a família muito presente, em que uns cuidam dos seus e ainda olham pelos vizinhos. Mas situações houve em que a intervenção da equipa do PH na rua era célere, sendo encaminhada a vítima para a ambulância o mais rapidamente possível e os procedimentos aí realizados, por o ambiente envolvente ser potencialmente perigoso para os profissionais de saúde. Compreendi a vocação de doação em situações limite.

A diversidade de experiências, e com situações tão emocionalmente fortes fizeram-me sair da minha zona de conforto. Entrar em casa das pessoas fizeram-me sair da minha zona de conforto. Lidar tantas vezes com a morte fez-me sair da minha zona de conforto. Lidar com o inesperado e o incerto fizeram-me sair da minha zona de conforto. Lidar com a pobreza de tanta gente fez-me sair da minha zona de conforto mas foi um percurso muito gratificante de fazer, onde desenvolvi competências especializadas, onde percebi que alguma até as detinha mas não estavam desenvolvidas e que é possível fazer um excelente trabalho de enfermagem no meio da adversidade, da incerteza e do desconhecido. Uma oportunidade única para o desenvolvimento de competências na área da PSC.

4 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE

A alteração à Lei de Bases do sistema educativo, contemplada na Lei n.º 49/2005, de 30 de Agosto comporta alterações substanciais no sentido de uma maior qualificação da população portuguesa. Nesse sentido, foi adotado o sistema europeu de créditos curriculares, a passagem para um sistema de ensino baseado no desenvolvimento de competências e a organização do ensino em 3 ciclos de estudo.

O Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de Agosto, artigo 20º determina que o ciclo de estudos relativos ao grau de mestre contemple um estágio de natureza profissional (ou dissertação ou projeto originais) objeto de relatório final. Foi no sentido de cumprir esta determinação que foram realizados os estágios anteriormente descritos, alvo de relatório final e em que os mesmos foram orientados por mestres especialistas na área, o que vai ao encontro ao artigo 21º do mesmo artigo.

O Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto, no seu artigo n.º 15 e também o contemplado para a unidade curricular Métodos de Investigação da UCP que “o mestre deve demonstrar competências relacionadas com o desenvolvimento, aplicação, integração, comunicação e continuidade do conhecimento da sua área em estudo.

Foi este o caminho que tentei encetar neste ciclo de estudos e entendo ter bases para que futuro seja nesta direção. Como futura enfermeira especialista, é reconhecido o domínio de conhecimentos aprofundados numa determinada área de especialização. É esperado que esse conhecimento fruto da experiência o seja também por um processo de interrogação, inquietação e de uma prática refletida, podendo conduzir a um processo mais dinâmico como a investigação, baseada na última evidência. “A investigação não pode contribuir para dar maior significação aos cuidados de enfermagem se não se mantiver próxima dos utilizadores dos cuidados e dos que os prestam, procurando-se com eles, estimulando-os, tornando-lhes acessíveis e utilizáveis os seus resultados.” (Collière, 1989, p. 341).

Os estágios contribuíram para o meu crescer, entendo que sempre que julguei pertinente levei esse “novo” conhecimento para o meu local de trabalho, difundindo-o. Também os contextos de estágio, sendo completamente novos e desconhecidos para mim,

promoveram além de novos conhecimentos, reflexões que julgava não conseguir fazer, aplicar conhecimentos onde julguei não ter capacidade de atuação e o desenvolver da capacidade de autoaprendizagem e auto avaliação.

Os resultados da revisão *scoping*, irão contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa doente e mais concretamente à PSC. Qualquer trabalho de investigação tem que ser entendido à luz de uma dupla contextualização: a partir de uma realidade de ordem subjetiva (experiência adquirida, percurso desenvolvido, motivações, interesses, projetos, etc.) e a partir de um contexto histórico, social, cultural. (Pires, 2002). A singularidade da situação atual, proporcionou o encontro de interesses pessoais pela temática das visitas e família e a sua contextualização no momento presente. A divulgação dos resultados nomeadamente no que toca aos resultados do uso das vídeo chamadas junto dos gestores, chefes de serviço e profissionais de saúde em particular os enfermeiros, entendo ser um fator a considerar no futuro.

CONCLUSÃO

Promover a proximidade/comunicação dos que estão mais afastados em tempos de pandemia, foi o mote da revisão *scoping*. As visitas virtuais promoveram o encontro de fragilidades, medos, incertezas e cansaços, mas também de lágrimas de alegria, conforto, serenidade, esperança. Enfrentar frequentes desafios faz parte do ser enfermeiro, um desafio à escala mundial não nos esmoreceu, só nos fortaleceu como profissionais capazes de responder também à escala mundial. A capacidade de compreender nos pequenos detalhes, assume hoje uma maior importância pela acrescida vulnerabilidade da pessoa doente internada que ficou mais isolada da família. À perda de dignidade e intimidade, a par das alterações da rotina e das relações pessoais e profissionais e do estar rodeado de estranhos, acresce o isolamento daqueles que lhe proporcionam bem-estar psicológico. Saibamos tirar lições deste tempo!

Cuidar em ambientes tão dominadas pela tecnologia, pode levar à padronização do cuidar, o que potencia a que as competências não técnicas sejam um fator diferenciador. Encontrar outras formas de cuidar, de organização, de entendimento da pessoa doente permitiram adquirir novas competências, mas também promoveu a reflexão sobre o meu percurso e a minha prática até hoje. É incontornável a comparação, mas no sentido de encontrar focos de crescimento pessoal e profissional bem como áreas que, enquanto enfermeira especialista devo investir futuramente, nomeadamente ser agente de formação ativa no serviço e desenvolver a capacidade de comunicação com a pessoa doente e família.

A humanização dos cuidados não existe enquanto não é levada à prática e é esse lema que levo para o futuro. Que desafios se colocam individualmente à humanização dos cuidados? Que desafios se colocam à Enfermagem para a humanização dos cuidados? A temática da revisão *scoping* vem espelhar que é possível novos caminhos para a humanização. A tecnologia é imprescindível quando falamos de PSC, mas não tem que estar associada à desumanização, desde que o foco dos nossos cuidados seja a pessoa doente. Somos nós que humanizamos ou desumanizamos e não a tecnologia, é preciso colocar emoção, partilha, sensibilidade no que fazemos, trazer o coração para a tecnologia.

Como em todas as histórias há um princípio, meio e fim e eu, que no meu contexto de trabalho apenas conhecia o meio da história, sinto-me agradecida por o curso me ter proporcionado a experiência de ter agora uma visão do percurso da pessoa em situação crítica, e de ter experienciado como muitas histórias começam e como muitas histórias acabam.

Saí fortalecida desta experiência sem dúvida mais capacitada nas minhas competências, mas também com novas competências adquiridas, com capacidade de intervenção e sentido crítico. Como enfermeira especialista adquiri aqui uma nova responsabilidade, trabalhar com o que tenho e deixar de me situar no que está mal, focando-me em ver oportunidades de intervenção. Hoje consigo mais do que nunca, escutar os outros e a mim, reflito e levanto questões. Saí deste percurso com a capacidade interventiva que não tinha, com novos horizontes, projetos e objetivos. Reflexo disso tem sido a minha intervenção junto da chefe do serviço onde presentemente me encontro (mudei de serviço em finais de 2020 por determinação organizacional, fruto da situação pandémica). Atualmente intervenho em situações onde julgo haver espaço para melhorar, para um cuidar com base num conhecimento baseado na última evidência, mas partilhando com os colegas. Nem sempre se consegue a mudança ou pelo menos no imediato, mas fica lançada a discussão, a reflexão e quem sabe se um dia as práticas se alteram fruto da minha intervenção. Também participo atualmente em grupos de trabalho no serviço, ligados à formação de determinadas áreas onde considero haver espaço para melhorar e que exigem intervenção para melhor capacitar os colegas e tornar as práticas mais seguras. Introduzi instrumentos de apoio à gestão do serviço que, depois de um período de experiência, foram aceites e implementados. As nossas escolhas falam de nós!

Considero ter atingido os objetivos a que me propus, apesar das dificuldades por vezes mesmo com momentos de desespero, mas conseguindo encontrar forças e motivação para não desistir e aproveitar os momentos de aprendizagem, que em muitos casos constituíram momentos únicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akgün, K. M., Shamas, T. L., Feder, S. L., & Schulman-Green, D. (2020). Communication strategies to mitigate fear and suffering among COVID-19 patients isolated in the ICU and their families. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 49(4), 344–345. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.04.016>
- Alves, Rabiais, I., & Nascimento, M. (2015). Promoting Interventions Of Sleep And Comfort In Intensive United Care Patients. *International Journal of Nursing*, 2. <https://doi.org/10.15640/ijn.v2n2a11>
- Ana Galvão, Maria Valfreixo, & Marina Esteves. (2015). Processo Comunicacional na transmissão de más notícias. *Livro de Atas do II Seminário Internacional em Inteligência Emocional*. II Seminário Internacional em Inteligência Emocional 2015, Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/12903/1/PROCESSO%20COMUNICACIONAL%20NA%20TRANSMISS%C3%83O%20DE%20M%C3%81S%20NOT%C3%8DCIAS.pdf>
- APA, A. P. (2020). *Publications manual of the American Psychological Association : the official guide to APA style* (7th edition ed.) Washington: American Psychological Association
- Apóstolo, J. L. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Assis, C. R. de, Fortino, C. K., Saraiva, C. A. S., Frohlich, L. F., Silva, R. E. da, & Omizzollo, S. (2020). Perfil clínico e sucesso na extubação de pacientes pós

- cirurgia cardíaca. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 10(1), 25–32. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v10i1.2619>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. (Edição comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Borgi, M., Collacchi, B., Giuliani, A., & Cirulli, F. (2020). Dog Visiting Programs for Managing Depressive Symptoms in Older Adults: A Meta-Analysis. *The Gerontologist*, 60(1), e66–e75. <https://doi.org/10.1093/geront/gny149>
- Brázio A. & Garcia R. (2007). *INEM: 25 anos*. INEM.
- Cherniack, E. & Cherniack, A. (2014). The Benefit of Pets and Animal-Assisted Therapy to the Health of Older Individuals. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2014, 623203. <https://doi.org/10.1155/2014/623203>
- Coelho, M. & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: Como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 31–38.
- Coffin, S. E., Klompas, M., Classen, D., Arias, K. M., Podgorny, K., Anderson, D. J., Burstin, H., Calfee, D. P., Dubberke, E. R., Fraser, V., Gerding, D. N., Griffin, F. A., Gross, P., Kaye, K. S., Lo, E., Marschall, J., Mermel, L. A., Nicolle, L., Pegues, D. A., ... Yokoe, D. S. (2008). Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 29(S1), S31–S40. <https://doi.org/10.1086/591062>
- Collière, M.-F. (1989). *Promover a vida—Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Direção Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Direção Geral da Saúde. (2015). “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2017). “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (s.d.). *Carta dos direitos do doente internado*. 12. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf
- Eric-Emmanuel Schmitt. (2020). *Óscar e a senhora cor-de-rosa* (6^a ed.). Lisboa: Marcador. ISBN: 978-989-8470-71-3
- Entidade Reguladora da Saúde. (Julho,2020). *Informação de monitorização Impacto da pandemia COVID-19 no Sistema de Saúde – período de março a junho de 2020*. Porto. <im-impacto-covid-19.pdf> (ers.pt)
- Foley, G. N., & Gentile, J. P. (2010). Nonverbal Communication in Psychotherapy. *Psychiatry (Edgmont)*, 7(6), 38–44.
- Fumis, R. R. L., Ranzani, O. T., Faria, P. P., & Schettino, G. (2015). Anxiety, depression, and satisfaction in close relatives of patients in an open visiting policy intensive care unit in Brazil. *Journal of Critical Care*, 30(2), 440.e1-440.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.11.022>
- Furtado, L. (2015, Janeiro 4). A comunicação como elemento central do cuidar. *Açoreano Oriental. Ordem dos Enfermeiros*.

- Galvão, A., Valfreixo M., & Esteves, M. (2015). Processo comunicacional na transmissão de más notícias: revisão da literatura. Em *Livro de atas do II seminário internacional em inteligência emocional 2015*. (pp. 247-262). Instituto Politécnico de Bragança-Escola Superior de Saúde.
- Gama, M. G. M. da. (2013). *O luto profissional nos enfermeiros*. <https://core.ac.uk/reader/70684265>
- Gonçalves, R. M. P. (2017). *Perfil do enfermeiro para o exercício profissional na VMER*. <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/1975>
- Goulabchand, R., Boclé, H., Vignet, R., Sotto, A., & Loubet, P. (2020). Digital tablets to improve quality of life of COVID-19 older inpatients during lockdown. *European Geriatric Medicine*, 11(4), 705–706. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00344-9>
- Hart, J. L., Turnbull, A. E., Oppenheim, I. M., & Courtright, K. R. (2020). Family-Centered Care During the COVID-19 Era. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e93–e97. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.017>
- INEM. (2012). *Abordagem à vítima. Manual TAS/TAT*. INEM
- INEM. (2019). *Manual de suporte avançado de vida*. INEM. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avan%C3%A7ado-de-Vida-2019.pdf>
- Infopédia. (sem data). *Visitas | Definição ou significado de visitas no Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa*. Infopédia - Dicionários Porto Editora. Obtido 5 de Julho de 2021, de <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/visitas>
- Internet world stats. (2021). *Internet Growth Statistics 1995 to 2021—The Global Village Online*. <https://www.internetworldstats.com/emarketing.htm#links>

- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D., & Hanson, S. M. H. (2010). *Family health care nursing. Theory, practice and research* (4ª Ed.). F. A. Davis Company.
- Kennedy, N. R., Steinberg, A., Arnold, R. M., Doshi, A. A., White, D. B., DeLair, W., Nigra, K., & Elmer, J. (2021). Perspectives on Telephone and Video Communication in the Intensive Care Unit during COVID-19. *Annals of the American Thoracic Society*, 18(5), 838–847. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202006-729OC>
- Kuntz, J. G., Kavalieratos, D., Esper, G. J., Ogbu, N., Mitchell, J., Ellis, C. M., & Quest, T. (2020). Feasibility and Acceptability of Inpatient Palliative Care E-Family Meetings During COVID-19 Pandemic. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(3), e28–e32. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.06.001>
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. Ordem dos Enfermeiros.
- Lourenço, E. da C., & Neves, E. P. (2008). As Necessidades de Cuidado e Conforto dos Visitantes em UTI Oncológica: Uma Proposta Fundamentada em Dados de Pesquisa. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54(3), 213–220. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2008v54n3.1714>
- Marcelino Paulo Ferreira. (2013, Novembro 21). *Aprender a morrer ~ Laboratório da fé*. Laboratório da fé. <https://www.laboratoriodafe.net/2013/11/aprender-a-morrer-novembro-mes-da-escatologia-jose-tolentino-mendonca-morte-um-tabu-nao-sabemos-o-que-dizer-nem-o-que-pensar-a-morte-e-uma-expressao-da-vida-temos-de-aprender-a-estar-com-os-outros-no-momento-da-morte-temos-de-aprender-a-cuidar-da-dor-temos-de-aprender-a-embalar-a-fragilidade-temos-de-aprender-a-morrer.html>

- Martins, L. (2021). Pensar, sentir e refletir nos valores em Enfermagem. Em *E-Book—O valor de uma Enfermagem com valores*. (pp. 5–9). Universidade Católica-Instituto de Ciências da Saúde.
- Mendes, A. (2021). Empatia: Terapêutica essencial dos cuidados holísticos. Em *E-Book—O valor de uma Enfermagem com valores*. (pp. 21–25). Universidade Católica-Instituto de Ciências da Saúde.
- Mendes, O. (2007). A solidão da espera. *Percursos*, 6, 16–19.
- Ministério da Saúde. (2018). *Suporte Básico de Vida*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/10/31/suporte-basico-de-vida-3/>
- Ministério da Saúde (2014). *Despacho 5561/2014, de 23 de Abril*. Diários da República. <https://dre.tretas.org/dre/316735/despacho-5561-2014-de-23-de-abril>
- Momennasab, M., Ardakani, M. S., Rad, F. D., Dokoochaki, R., Dakhesh, R., & Jaberi, A. (2019). Quality of nurses' communication with mechanically ventilated patients in a cardiac surgery intensive care unit. *Investigación y Educación En Enfermería*, 37(2), Article 2. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n2e02>
- Mullan, P. C., Wuestner, E., Kerr, T. D., Christopher, D. P., & Patel, B. (2013). Implementation of an in situ qualitative debriefing tool for resuscitations. *Resuscitation*, 84(7), 946–951. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2012.12.005>
- Nardo, B., Lugaresi, M., Doni, M., Vulcano, I., Piccione, D., Paglione, D., & Stabile, G. (2021). WhatsApp video call communication between oncological patients and their families during COVID-19 outbreak. *Minerva Surgery*, 76(2), 146–155. <https://doi.org/10.23736/S0026-4733.20.08454-0>

- Nassar Junior, A. P., Besen, B. A. M. P., Robinson, C. C., Falavigna, M., Teixeira, C., & Rosa, R. G. (2018). Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Critical Care Medicine*, 46(7), 1175–1180. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003155>
- Negro, A., Mucci, M., Beccaria, P., Borghi, G., Capocasa, T., Cardinali, M., Pasculli, N., Ranzani, R., Villa, G., & Zangrillo, A. (2020). Introducing the Video call to facilitate the communication between health care providers and families of patients in the intensive care unit during COVID-19 pandemia. *Intensive & Critical Care Nursing*, 60, 102893. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102893>
- Neil, R. (2004). Filosofia e ciencia do cuidar. Em *Teóricas de enfermagem e sua obra. Modelos e teorias de enfermagem*. (5ª Ed., pp. 163–183). Lusociência.
- Ning, J., & Cope, V. (2020). Open visiting in adult intensive care units – A structured literature review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 56, 102763. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.102763>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*. 457.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padroes de qualidade dos cuidados de enfermagem-enquadramento concetual enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei 156/2015, 2015-09-16)*. *Diário da República n.º 181/2015, Série I*

de 2015-09-16. Diário da República Eletrónico.
<https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Assembleia extraordinária do colégio das especialidade de enfermagem médico-cirúrgica- Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica.*
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *CIPE-Português.*
https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica* (Regulamento 429/2018, 2018-07-16). Diário da República Eletrónico. <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* (Regulamento 140/2019, 2019-02-06). Diário da República Eletrónico. <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

Patel, J., Baldwin, J., Bunting, P., & Laha, S. (2014). The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. *Anaesthesia*, 69(6), 540–549.
<https://doi.org/10.1111/anae.12638>

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIC Evidence Synthesis*, 18(10).
https://journals.lww.com/jbisrir/Fulltext/2020/10000/Updated_methodological_guidance_for_the_conduct_of.4.aspx

- Pew Research Center. (2020). Smartphone ownership is common worldwide, but divides still exist. *Pew Research Center*. https://www.pewresearch.org/wp-content/uploads/2020/04/ft_2020.04.02_globalinternet_05.png
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinto, F. (2020, Março 31). Hospital de Penafiel: Enfermeiros põem doentes internados a falar com famílias por video-chamada. *Verdadeiro Olhar*. <https://www.verdadeiroolhar.pt/2020/03/31/hospital-penafiel-enfermeiros-poem-doentes-internados-falar-familias-video-chamada/>
- Pires, A. (2002). *Educação e formação ao longo da vida: Análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências* [Tese de doutoramento, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências e Tecnologia]. https://run.unl.pt/bitstream/10362/1004/1/pires_2002.pdf
- Piscitello, G. M., Fukushima, C. M., Saulitis, A. K., Tian, K. T., Hwang, J., Gupta, S., & Sheldon, M. (2021). Family Meetings in the Intensive Care Unit During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 38(3), 305–312. <https://doi.org/10.1177/1049909120973431>
- Ramos, S. (2021). *E-Book—O valor de uma Enfermagem com valores*. UCP-E-Book.
- Rios, I. C., Carvalho, R. T. de, Ruffini, V. M. T., Montal, A. C., Harima, L. S., Crispim, D. H., Arai, L., Perondi, B., Morais, A. M., Andrade, A. J. de, & Bonfa, E. S. D. de O. (2020). Virtual visits to inpatients by their loved ones during COVID-19. *Clinics*, 75, e2171. <https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e2171>
- Ritchey, K. C., Foy, A., McArdel, E., & Gruenewald, D. A. (2020). Reinventing Palliative Care Delivery in the Era of COVID-19: How Telemedicine Can Support End of

Life Care. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 37(11), 992–997.
<https://doi.org/10.1177/1049909120948235>

Robert, R., Kentish-Barnes, N., Boyer, A., Laurent, A., Azoulay, E., & Reignier, J. (2020). Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. *Annals of Intensive Care*, 10(1), 84. <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00702-7>

Rodrigues, Â. (2011). *A Abordagem Centrada na Pessoa e a Relação de Ajuda em Contexto de Comunidade Religiosa: Estudo Exploratório Realizado em Duas Comunidades da Zona Metropolitana de Lisboa* [Mestrado, Universidade Autónoma de Lisboa]. <https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/179/1/Tese%20-%20texto%20definitivo.pdf>

Rosa, R. G., Tonietto, T. F., da Silva, D. B., Gutierrez, F. A., Ascoli, A. M., Madeira, L. C., Rutzen, W., Falavigna, M., Robinson, C. C., Salluh, J. I., Cavalcanti, A. B., Azevedo, L. C., Cremonese, R. V., Haack, T. R., Eugênio, C. S., Dornelles, A., Bessel, M., Teles, J. M. M., Skrobik, Y., ... Investigators, for the I. V. S. G. (2017). Effectiveness and Safety of an Extended ICU Visitation Model for Delirium Prevention: A Before and After Study*. *Critical Care Medicine*, 45(10), 1660–1667. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002588>

Rose, L., Cook, A., Casey, J., & Meyer, J. (2020). Restricted family visiting in intensive care during COVID19. *Intensive and Critical Care Nursing*, 60, 102896. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102896>

Rose, L., Yu, L., Casey, J., Cook, A., Metaxa, V., Pattison, N., Rafferty, A. M., Ramsay, P., Saha, S., Xyrichis, A., & Meyer, J. (2021). Communication and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during COVID-19: A UK National Survey. *Annals of the American Thoracic Society*. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202012-1500OC>

- Sacco, G., Lléonart, S., Simon, R., Noublanche, F., Annweiler, C., & TOVID Study Group. (2020). Communication Technology Preferences of Hospitalized and Institutionalized Frail Older Adults During COVID-19 Confinement: Cross-Sectional Survey Study. *JMIR MHealth and UHealth*, 8(9), e21845. <https://doi.org/10.2196/21845>
- Santos, D., & Caregnato, R. (2013). Familiares de pacientes em coma internados na Unidade de Terapia Intensiva: Percepções e comportamentos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15. <https://doi.org/10.5216/ree.v15i2.16929>
- Sasangohar, F., Dhala, A., Zheng, F., Ahmadi, N., Kash, B., & Masud, F. (2020). Use of telecritical care for family visitation to ICU during the COVID-19 pandemic: An interview study and sentiment analysis. *BMJ Quality & Safety*. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011604>
- Silva, R. C. da, & Ferreira, M. de A. (2011). Tecnologia em ambiente de terapia intensiva: Delineando uma figura-tipo de enfermeiro. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24, 617–623. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000500004>
- Silva Faria, J. M., Pontífice-Sousa, P., & Pinto Gomes, M. J. (2018). O conforto do doente em cuidados intensivos—Revisão integrativa. *Enfermería Global*, 17(2), 477–514. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.266321>
- Sousa, H., & Andrade, S. (2000). Opinião de doentes e enfermeiros acerca das visitas aos doentes hospitalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 39–45.
- Souza, S. R. de O. e S. de, Chaves, S. R. F., & Silva, C. A. da. (2006). Visita na UTI: Um encontro entre desconhecidos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59, 609–613. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000500003>
- Universidade Católica Portuguesa. (2020). Guia da unidade curricular “Estágio final e relatório”. Lisboa

- Valadares, G. V., & Paiva, R. S. de. (2010). Estudos sobre o cuidado à família do cliente hospitalizado: Contribuições para enfermagem. *Rev Rene*, 11(3), Article 3. <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4625>
- Vieira, M. A., Souza, S. J., & Sena, R. R. (2006). Significado da morte para os profissionais de enfermagem que atuam no CTI. *Revista Mineira de Enfermagem*, 10(2), 151–159.
- VitalTalk. (s.d.). *COVID Ready Communication Playbook*. VitalTalk. <https://www.vitaltalk.org/guides/covid-19-communication-skills/>
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Lusociência.
- Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: Carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(1), 129–135. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000100016>
- Watson, J. (2014-11-03). *Patient care is not limited to advanced technology, we need love and compassion*. [comentário no site da *Faculty of Nursing and Nutrition at the UACH*]. 13:38:48. <http://fen.uach.mx/noticias/2014/11/03/amorycompasionjeanwatson/>
- Webb, H., Parson, M., Hodgson, L. E., & Daswani, K. (2020). Virtual visiting and other technological adaptations for critical care. *Future Healthc J*, 7(3), e93–e95. <https://doi.org/10.7861/fhj.2020-0088>
- Werlang, S. D. C., Azzolin, K., Moraes, M. A., & Souza, E. N. D. (2008). Comunicação não verbal do paciente submetido à cirurgia cardíaca: Do acordar da anestesia à extubação. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(4), 551.

- World Health Organization. (2019). *Global action on patient safety*. 5. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf?ua=1
- World Health Organization, Pandemic and Epidemic Diseases, & World Health Organization. (2014). *Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care: WHO guidelines*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112656/1/9789241507134_eng.pdf?ua=1
- Yoo, H. J., Lim, O. B., & Shim, J. L. (2020). Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. *PLOS ONE*, 15(7), e0235694. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235694>
- Zhao, T., Wu, X., Zhang, Q., Li, C., Worthington, H. V., & Hua, F. (2020). Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008367.pub4>

APÊNDICES

Apêndice I

Estratégias e limitadores de pesquisa

CINAHL Complete via EbscoHost

Search Terms	Search Options	Actions	
S14	<p>S7 AND S8 AND S9 AND S13</p> <p>Limiters - Published Date: 20191201-; Language: English, Portuguese, Spanish</p>	<p>Expanders - Apply equivalent subjects</p> <p>Search modes - Boolean/Phrase</p>	<p>View Results (37)</p> <p>View Details</p> <p>Edit</p>
S13	S10 OR S11 OR S12	<p>Expanders - Apply equivalent subjects</p> <p>Search modes - Boolean/Phrase</p>	<p>View Results (190,374)</p> <p>View Details</p> <p>Edit</p>
S12	(MH "Inpatients")	<p>Expanders - Apply equivalent subjects</p> <p>Search modes - Boolean/Phrase</p>	<p>View Results (84,016)</p> <p>View Details</p> <p>Edit</p>
S11	(MH "Hospitalization")	<p>Expanders - Apply equivalent subjects</p> <p>Search modes - Boolean/Phrase</p>	<p>View Results (39,212)</p> <p>View Details</p> <p>Edit</p>
S10	<p>TI (inpatients OR hospitalization OR "hospitalized patients" OR "hospitalized patient") OR AB (inpatients OR hospitalization OR "hospitalized patients" OR "hospitalized patient")</p>	<p>Expanders - Apply equivalent subjects</p> <p>Search modes - Boolean/Phrase</p>	<p>View Results (107,527)</p> <p>View Details</p> <p>Edit</p>
S9	S3 OR S6	<p>Expanders - Apply equivalent subjects</p> <p>Search modes - Boolean/Phrase</p>	<p>View Results (335,939)</p> <p>View Details</p> <p>Edit</p>

S8	S2 OR S5	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (160,078) View Details Edit
S7	S1 OR S4	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (43,305) View Details Edit
S6	(MH "Telecommunications+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (143,430) View Details Edit
S5	(MH "Communication")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (82,354) View Details Edit
S4	(MH "COVID-19")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (14,332) View Details Edit

S3	TI (“Virtual visit” OR “Virtual visits” OR “social media” OR “Internet based solutions” OR smartphone* OR telecommunication* OR videoconferenc* OR “Phone Call” OR “Phone calls” OR Video OR Technolog* OR Telephone* OR Telepresence* OR internet OR Televisit* OR tablet) OR AB (“Virtual visit” OR “Virtual visits” OR “social media” OR “Internet based solutions” OR smartphone* OR telecommunication* OR videoconferenc* OR “Phone Call” OR “Phone calls” OR Video OR Technolog* OR Telephone* OR Teleprese ...	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (242,716) View Details Edit
S2	TI Communication* OR AB Communication*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (110,600) View Details Edit
S1	TI (covid-19 or sars-cov-2 or coronavirus) OR AB (covid-19 or sars-cov-2 or coronavirus)	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (40,431) View Details Edit

PUBmed via MEDline (01/04/2021)

Search Terms	Search Options	Actions	
S13	S9 AND S10 AND S11 AND S12 Limiters - Date of Publication: 20191201-; Language: English, Portuguese, Spanish	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (64) View Details Edit
S12	S4 OR S8	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes – Boolean/Phrase	View Results (353,573) View Details Edit

S11	S3 OR S7	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (841,169) View Details Edit
S10	S2 OR S6	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (308,912) View Details Edit
S9	S1 OR S5	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (126,226) View Details Edit
S8	(MH "Hospitalization") OR (MH "Inpatients")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (134,518) View Details Edit
S7	(MH "Telecommunications+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (102,910) View Details Edit
S6	(MH "Communication")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (86,600) View Details Edit
S5	(MH "COVID-19") OR (MH "SARS-CoV-2")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (67,179) View Details Edit

S4	TI (inpatients OR hospitalization OR "hospitalized patients" OR "hospitalized patient") OR AB (inpatients OR hospitalization OR "hospitalized patients" OR "hospitalized patient")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (288,914) View Details Edit
S3	TI ("Virtual visit" OR "Virtual visits" OR "social media" OR "Internet based solutions" OR smartphone* OR telecommunication* OR videoconferenc* OR "Phone Call" OR "Phone calls" OR Video OR Technolog* OR Telephone* OR Telepresence* OR internet OR Televisit* OR tablet) OR AB ("Virtual visit" OR "Virtual visits" OR "social media" OR "Internet based solutions" OR smartphone* OR telecommunication* OR videoconferenc* OR "Phone Call" OR "Phone calls" OR Video OR Technolog* OR Telephone* OR Teleprese ...	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (778,317) View Details Edit
S2	TI Communication* OR AB Communication*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (261,943) View Details Edit
S1	TI (covid-19 or sars-cov-2 or coronavirus) OR AB (covid-19 or sars-cov-2 or coronavirus)	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (122,075) View Details Edit

Apêndice II

Tabela de extração de dados

Estudo	Autor; Data; País	Método	População; Contexto	Estratégias	Características	Elemento da equipa	Outcomes
Estudo 1 Communication strategies to mitigate fear and suffering among COVID-19 patients isolated in the ICU and their families	Akgun, K. et al; 3 de Maio de 2020; EUA	Opinião de Perito	Pessoas adultas internadas numa UCI infetadas com COVID-19.	Vídeochamada, através de computador ou telefone inteligente	Elemento da equipa planeia a frequência e modalidade. É o primeiro a falar com a família e fica junto do doente. A primeira chamada ocorre entre o 5º e o 7º dia de internamento (check-in diário). Avaliações a longo prazo da ansiedade, stress e depressão pós-traumática, são determinantes para definir as estratégias de comunicação no alívio da tensão psicológica inevitável.	Profissionais de saúde	
Estudo 2 Introducing the Video call to facilitate the communication between health care providers and families of patients in the intensive care unit during COVID-19 pandemic	Alessandra, N. et al; 26 de Maio de 2020; Itália	Opinião de Perito	Pessoas adultas internadas numa UCI infetadas com COVID-19.	Vídeochamada	Enfermeiro ou médico prepara a família. Chamada dias ou semanas após a admissão. Estudo fornece <i>Checklist</i> para a realização da vídeochamada. Foi verificado que médicos e enfermeiros, não estavam habituados à utilização das vídeochamadas, mas revelaram adaptação e características criativas.	Enfermeiros e Médicos	
Estudo 3 Telehealth Solutions for In-hospital Communication	Frang, J. et al; 27 de Maio de 2020; EUA	Opinião de Perito	Pessoas adultas internadas durante a pandemia COVID-19.	Vídeochamada, através de <i>tablet</i> via Facetime; Google Duo; Skype ou Zoom	Requer um login pessoal e um número de telefone associado. Gravação ou capturas de ecrã, desativadas. FaceTime e o Google Duo, simples e com foco na realização da vídeochamada. Barreiras para familiares que	Profissionais de Saúde	

Estudo	Autor; Data; País	Método	População; Contexto	Estratégias	Características	Elemento da equipa	Outcomes
ion with Patients Under Isolation During COVID-19					não têm tablets; dificuldade em trabalhar com aplicativos; não têm ligação à internet ou acesso limitado. A aplicação aTouchAway, criada pela Aetonix, tem segurança digital, adaptada para visitas virtuais, permite a criação de uma lista de contactos, acessível a múltiplos tablets em diferentes serviços do hospital.		
Estudo 4: Restricted family visiting in intensive care during COVID-19	Rose, L. et al; 31 de Maio de 2020: Reino Unido	Opinião de Perito	Pessoas adultas internadas numa UCI infetadas com COVID-19.	Videochamadas realizadas por <i>tablet</i> via WhatsApp, Facetime ou Skype.	A necessidade de contacto entre a pessoa e família, levou a que fossem feitas chamadas através dos equipamentos pessoais dos profissionais de saúde. Uso de 4G, não depende da rede Wifi do hospital com a aplicação aTouchAway. Chamadas realizadas através dos equipamentos pessoais dos profissionais de saúde. Limitações na funcionalidade e privacidade.	Profissionais de Saúde	
Estudo 5 Digital tablets to improve quality of life of COVID-19 older inpatients during lockdown	Goulabchand, R.; França; 13 de junho de 2020	Opinião de Perito	Idosos internados durante a pandemia COVID-19	Videochamada através de tablet ou telefone inteligente via Skype	Realizar videochamada o mais cedo possível antes da deterioração do estado do doente e preparar a família para o encontro virtual. Recomendam informar doente e família do desafio que é a partilha de momentos com os familiares sem os tocar. Recomendam uma chamada telefónica aos familiares(follow-up) para os reconfortar e saberem do seu estado psicológico.	Profissionais de Saúde	

Estudo	Autor; Data; País	Método	População; Contexto	Estratégias	Características	Elemento da equipa	Outcomes
Estudo 6 Virtual visits to inpatients by their loved ones during COVID-19	Rios, I. et al; São Paulo; 22 de julho de 2020	Opinião de Perito	Pessoas infetadas com Covid-19 num Hospital em São Paulo.	Videochamada através de <i>tablet</i>	Material: suporte de soro adaptado e Tablet, sendo estes apenas manejados pelos voluntários para prevenir contágios.	Voluntários, ou estudantes, para não sobrecarregar profissionais de saúde.	
Estudo 7 Reinventing Palliative Care Delivery in the Era of COVID-19: How Telemedicine Can Support End of Life Care	Ritchey, K. et al; EUA; 7 de agosto de 2020	Estudo de Caso	Pessoa adulta internada numa Unidade de Cuidados Paliativos durante a pandemia COVID-19	Videochamada por <i>tablet</i> via Facetime	Existiam protocolos, uniformizar o procedimento, como a preparação para o que os familiares iam ver, para humanizar o cuidado. Foram criados protocolos de uso dos tablets, como a sua desinfeção após utilização.	Enfermeiros Capelão dá apoio	Apesar do cenário triste, a família do senhor L sentiu-se conectada com ele. Referem a experiência como íntima e gratificante. A implementação da videochamada, preserva a intimidade e comunicação. A família demonstrou gratidão. Estudo verificou que as videochamadas não substituem as visitas presenciais mas, oferecem uma conexão significativa.
Estudo 8 Feasibility and Acceptability of Inpatient Palliative Care E-Family Meetings During	Kuntz, J et al; EUA; 3 de setembro de 2020	Estudo qualitativo	63 pessoas adultas internadas numa Unidade de Cuidados Paliativos e 10 familiares	Videochamada por <i>tablet</i> via Zoom	Instrumento de trabalho para reuniões virtuais Antes da chamada preparam a família. Coincidem a visita com a prestação de cuidados para enfermeiro poder participar na reunião e para reduzir o uso de EPIs. Tablet numa proteção de plástico e colocado num suporte. No fim da reunião o plástico era deitado fora e o tablet e o suporte desinfectados. Treino previo e demonstração prática dos passos para a condução da	Enfermeiros e Médicos	80% das famílias sentiram-se confortáveis a expressar os seus sentimentos a equipa clínica, compreenderam os cuidados prestados, ajudou-os a confiar na equipa. 50% refere que os ajudou a perceber os sentimentos e desejos dos doentes. Os

Estudo	Autor; Data; País	Método	População; Contexto	Estratégias	Características	Elemento da equipa	Outcomes
COVID-19 Pandemic					videochamada. Registos após reunião. Observados rituais de oração		profissionais de saúde e família referem que os telefonemas eram uteis, para partilhar informação sobre o estado do paciente. Os profissionais de saúde, referem dificuldades a criar empatia com os familiares por video. Os familiares relataram o contrário. (escala likert)
Estudo 9 Communication Technology Preferences of Hospitalized and Institutionalized Frail Older Adults During COVID-19 Confinement : Cross-Sectional Survey Study	Sacco1, G. et al; França; 18 de setembro 2020	Estudo Qualitativo	Idosos institucionalizados ou em internamentos hospitalar (situação aguda)	Videochamada	Idosos preferem usar o telefone porque são mais independentes no seu uso. Com apoio preferem o vídeo. Profissionais de saúde visitavam ajudar a estabelecer a comunicação com a família. Os detalhes da comunicação (aplicação, equipamento, horário e duração) foram discutidos com os parentes antes da comunicação	Profissionais de Saúde	Os idosos tendem a preferir chamadas telefônicas (55,3%) em vez de chamadas de vídeo (44,7%). O grau de satisfação foi semelhante independentemente do método. Em contexto de internamentos longos maior satisfação da videochamada para a família. 95% dos idosos precisam de assistência para fazer vídeo chamada. (entrevista)
Estudo 10 Whatsapp Video Call Communication Between Oncological Patients and	Nardo. B, et al; Italia; 25 de setembro de 2020	Estudo Qualitativo	34 pacientes submetidos a cirurgias durante a pandemia COVID-19	Videochamada via telefone inteligente através do Whatsapp	WhatsApp oferece a oportunidade de facilitar a comunicação clínica, reduzir o estresse, melhorar a segurança do paciente, obter implicações clínicas e psicológicas positivas no atendimento ao paciente preservando sua privacidade. A comunicação mais frequente é a vídeo chamada diária no período da manhã e	Enfermeiros e Médicos	Estudo concluiu que o uso do WhatsApp é seguro e rápido. 100% dos pacientes e 80% dos familiares, referiram que com a aplicação utilizada, não tiveram limitações no

Estudo	Autor; Data; País	Método	População; Contexto	Estratégias	Características	Elemento da equipa	Outcomes
their Families During COVID-19 Outbreak					o envio de sms no período da tarde a atualizar informações clínicas. Foi criado um grupo no WhatsApp de médicos cirurgiões, com nome “WhatsApp Oncological Surgery Group”, onde cada médico com o mesmo SmarthPhone, mantinha o contacto com os pacientes e as suas famílias. Todos os pacientes e as suas famílias, deram autorização. Obtido o consentimento de todos os intervenientes nas comunicações. Foi criada uma password de acesso ao grupo, sendo esta password mudada semanalmente. A comunicação mais frequente no período da manhã. Durante os 126 dias da hospitalização dos 15 pacientes, foram feitas 121 videochamadas, com um total de 487 minutos. A média de uma vídeo chamada era 4 minutos. A chamada mais longa foi de 10 min, entre um paciente que fazia anos e a sua família.		acesso a informação, foi concedida privacidade. Apenas 20% dos familiares não existiu redução do stress emocional. Já nos pacientes houve uma redução do stress emocional em 73.3% e parcialmente em 26.7%. No geral os pacientes agradeceram a disponibilidade dos profissionais. WhatsApp é uma tecnologia segura e rápida, oferece a oportunidade de facilitar a comunicação clínica, reduzir o estresse, melhorar a segurança do paciente, obter implicações clínicas e psicológicas positivas no atendimento ao paciente preservando sua privacidade no período de emergência COVID-19. (questionário)
Estudo 11 Use of telecritical care for family visitation to ICU during the COVID-19 pandemic:	Sasangohar, F. et al; EUA; 7 de outubro 2020	Estudo Qualitativo	57 Entrevistas a familiares de pessoas internas numa UCI	Videochamadas através de telefone inteligente ou tablet via Zoom, Skype ou Facetime	O estudo revelou que os familiares, pelo facto de poderem utilizar o sistema vICU, transmitiram, felicidade, gratidão, bem como sentimento de alívio após a realização da vídeo chamada.	Enfermeiros e Médicos	Análise de 230 comentários sobre sentimentos mostrou 86% de sentimentos positivos, alguns sentimentos (7,3% e 6,8%) e negativos (4,5% e 6,4%). Quatro preocupações principais: incapacidade de se comunicar devido ao

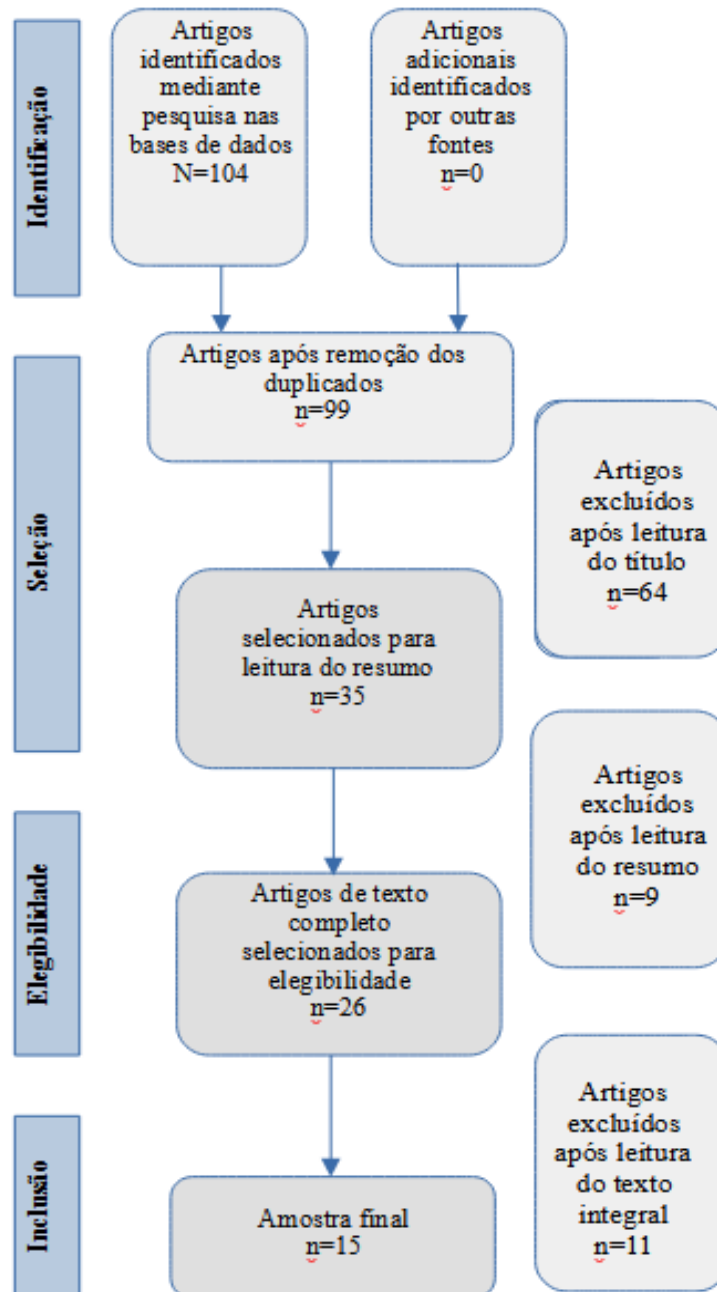
Estudo	Autor; Data; País	Método	População; Contexto	Estratégias	Características	Elemento da equipa	Outcomes
an interview study and sentiment analysis							estado do paciente (44% dos entrevistados); dificuldades técnicas (35%); falta de toque e presença física (11%); e frequência e clareza das comunicações com a equipe assistencial (11%). As melhorias sugeridas de 59 participantes incluíram: acesso sob demanda (51%); melhoria da comunicação com a equipe assistencial (17%); processos de agendamento melhorados (10%) e feedback do sistema melhorado e capacidades técnicas (17%).
Estudo 12 Virtual visiting and other technological adaptations For critical care	Webb, H. et al; Reino Unido; outubro de 2020	Estudo Qualitativo	40 pessoas adultas internadas internados numa UCI	Videochamadas através de iPads com o software Facetime da Apple, aplicativo específico vICU	Contato diário com a família. Limitação com dispositivos, da marca Apple. Para colmatar esta limitação era proporcionado à família a utilização de um dispositivo da Apple iPad, higienizado.	Profissionais de Saúde	Um dos pacientes deu o seu feedback “utilizar o Facetime foi incrível, especialmente quando vi as minhas duas netas. Foi uma fantástica ideia do hospital, para nos ajudar a ter a nossa moral em cima”. A utilização do WhatsApp, levou a uma grande satisfação da pessoa internada e família.
Estudo 13 Perspectives	Kennedy, N. et al; EUA; 12 de	Estudo qualitativo	21 pessoas em situação crítica	Videochamada	A privação das visitas presenciais, originou uma grande preocupação, no que respeita a	Enfermeiros e	Videochamada eficaz, mas inferior à comunicação

Estudo	Autor; Data; País	Método	População; Contexto	Estratégias	Características	Elemento da equipa	Outcomes
on Telephone and Video Communication in the ICU during COVID-19	novembro de 2020		internadas numa UCI (maioria não infetados com COVID-19); 21 Familiares e 14 Profissionais de saúde		desumanização do serviço e efeitos de stress, que afetam os profissionais de saúde, familiares e pacientes. 21 dos pacientes que participarem neste estudo estavam em estado crítico, sendo que 9 deles, acabaram por falecer. Nos 9 dias que decorreu o estudo, dos 21 familiares, todos falaram com os profissionais de saúde por telefone, e 11 deles (52%), realizaram vídeo chamadas.	Médicos	presencial. Útil para receber atualizações, verificar a compreensão da família, posicionar a câmara para ajudar a família a ver o paciente e ambiente e oferecer tempo para estarem a sós. As principais limitações apontadas pelos profissionais de saúde, foram a incapacidade de utilizar o silêncio durante o dialogo, uma vez que o distanciamento não permite ter e fazer uma leitura corporal, havendo uma perda da linguagem não verbal, ficando a incerteza se a família está a perceber o que lhe esta a ser dito, existindo dificuldade em conversas mais elaboradas. (entrevista qualitativa)
Estudo 14 Family Meetings in the Intensive Care Unit During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic	Piscitello, G. et al; EUA; 19 de novembro de 2020	Estudo de Coorte	61 pacientes admitidos numa UCI cardiotorácicos.	Videochamada	Foi verificada a preocupação na restrição do contacto entre paciente e família, pois a sua não possibilidade de realização, pode potenciar a mortalidade nos pacientes internados. Limitações: custo de aquisição, dificuldade no uso.	Enfermeiros e Médicos	
Estudo 15 Communication	Rose, L. et al; 19 de fevereiro	Estudo Qualitativo	Pessoas adultas internadas numa UCI e	Videochamada por <i>tablet</i> via	O projecto Life Line, entregou <i>Tablets</i> com <i>software</i> instalado a <i>TouchAway</i> , permitindo a	Profissionais de saúde	Os benefícios relatados foram: redução do

Estudo	Autor; Data; País	Método	População; Contexto	Estratégias	Características	Elemento da equipa	Outcomes
ion and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during COVID-19: A UK National Survey	de 2021; Reino Unido		família durante a pandemia Covid-19.	aTouchaway; Skype ou FaceTime.	conectividade em 4G. Dificuldades na implementação: a falta de tempo dos profissionais, a rápida implementação da tecnologia e a capacidade da família, em usar a tecnologia ou o dispositivo de acesso. O uso de uma única plataforma de videoconferência, foi recomendado tem vantagens em termos de treino, desenvolvimento e especialização para a resolução de problemas técnicos.	saúde não-UCI, dada a sobrecarga de trabalho, em particular dos enfermeiros	sofrimento psicológico do paciente (78%), melhoria da moral da equipa (68%) e reorientação de pacientes delirantes (47%). As videochamadas, podem trazer melhoria no serviço prestado, quer nas condições de pandemia, quer em situações normais.

Apêndice III

Fluxograma PRISMA



Apêndice IV

Poster - *Technology based communication strategies used between inpatient and families during COVID-19 pandemic: a scoping protocol*

Technology based communication strategies used between inpatient and families during COVID-19 pandemic: a scoping protocol

Authors: Susana Costa/susanacosta229@hotmail.com, Ana Silva¹, Manuela Medeiros¹, Maria de Lurdes Martins¹, Ana Filipa Cardoso¹, Daniela Cardoso²
¹Institute of Health Sciences, Universidade Católica Portuguesa, Lisbon, Portugal
²Health Sciences Research Unit: Nursing, Nursing School of Coimbra, Portugal, Centre for Evidence Based Practice: A JBI Centre of Excellence

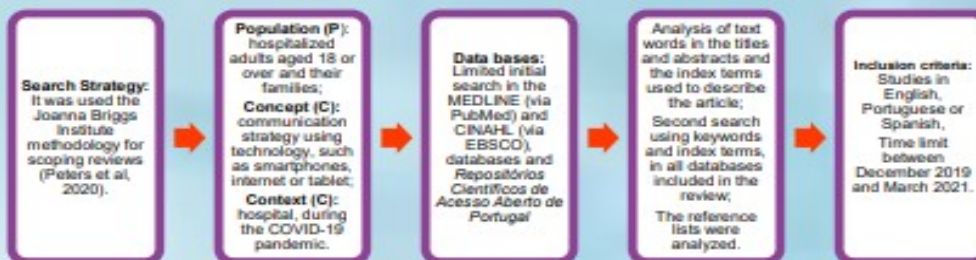
Background

During COVID-19 pandemic healthcare institutions implemented strategies to prevent infection and promote care security. These strategies changed relationship and communication patterns between hospitalized people and their families, which has resulted in patient isolation and loneliness (Sasangohar et al, 2020). Healthcare institutions were challenged to implement forms to mitigate the isolation and promote effective communication between patient and family's. Technology based intervention such as virtual visits or telephone calls were used. However the information about technology based communication strategies and their characteristics is diverse and dispersed.

Objective

The objective of this review is to map the communication strategies technology based used to promote communication between hospitalized people and their families during the COVID-19 pandemic.

Methods



Discussion

The search strategy has already been run on CINAHL via EBSCO, Medline via PUBMED and RCAAP found 104 potential studies. The next steps of the scoping review are under development.

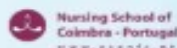
Future applicability in clinical practice/for scientific research

The identification of communication strategies to promote communication between inpatient and their family's during pandemic may help to promote isolation mitigation, suffering and a person-centered approach.

There is no conflict of interest in this work

References:

- Peters M, Godfrey C, McInerney 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. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Sasangohar, F., Dhala, A., Zheng, F., Ahmadi, N., Kash, B., & Masud, F. (2020). Use of telecritical care for family visitation to ICU during the COVID-19 pandemic: An interview study and sentiment analysis. *BMJ Quality & Safety*. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011604>



Apêndice V

Poster “Estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia, entre pessoa adulta internada e família durante a pandemia covid-19”

ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA COMUNICAÇÃO, COM RECURSO À TECNOLOGIA, ENTRE PESSOA ADULTA INTERNADA E FAMÍLIA DURANTE A PANDEMIA COVID-19: UMA SCOPING REVIEW

Autoria: Costa, Susana¹, Silva, Ana¹, Madureira, Manuela², Martins, Maria de Lurdes²
Afiliação: ¹Mestranda na UCP no 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem-EMCPSC; ²Professora do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP)

INTRODUÇÃO

Falar de pessoa, ser único em constante interação, em contexto de internamento é falar de família. A restrição de visitas imposta, fruto da pandemia por COVID-19, trouxe à pessoa internada, solidão, ansiedade e isolamento (Sasangohar et al, 2020). Esta realidade apela a que se reinventem formas de trazer a família e o seu incalculável VALOR, para a esfera de quem sofre. As visitas virtuais e a videochamada surgem assim, num desafio aos VALORES humanos.

Objetivo: Mapear as estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia, entre a pessoa adulta internada e família durante a pandemia COVID-19.

MÉTODO

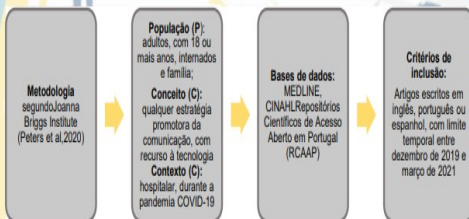


Figura 1 - Metodologia

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Peters M, Godfrey C, Moherney 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. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Rose, L., Yu, L., Casey, J., Cook, A., Metaxa, V., Pattison, N., Rafferty, A. M., Ramsey, P., Saha, S., Xyrichtis, A., & Meyer, J. (2021). Communication and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during COVID-19: A UK National Survey. *Annals of the American Thoracic Society*. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202012-1530OC>
- Sasangohar, F., Dhaie, A., Zheng, F., Ahmad, N., Kasah, B., & Masud, F. (2020). Use of telehealth care for family visitation to ICU during the COVID-19 pandemic: An interview study and sentiment analysis. *BMJ Quality & Safety*. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011804>
- Webb, H., Patson, M., Hodgson, L. E., & Daswani, K. (2020). Virtual visiting and other technological adaptations for critical care. *Future Healthc*. <https://doi.org/10.7861/fh.2020-0088>

RESULTADOS

Chamada por vídeo através de telefones inteligentes ou tablets, fornecidos pelo hospital, doados, da pessoa internada ou do próprio profissional (Rose et al, 2020).

Aplicações utilizadas: Zoom, WhatsApp, FaceTime e Skype consideradas rápidas e seguras mas pouca privacidade e confidencialidade (Sasangohar et al, 2020).

Os profissionais mais envolvidos são médicos e enfermeiros. É considerado importante habilitar as equipas que fazem e as pessoas que usufruem das video chamadas (Webb et al, 2020).

As dificuldades na implementação são: literacia tecnológica, dificuldades económicas, acesso à internet e equipamentos (Piscitello et al, 2020).

Figura 2 - Estratégias promotoras da comunicação encontradas

CONCLUSÃO

A (r)evolução causada pela pandemia levou à implementação de medidas inovadoras na prestação de cuidados de saúde, sendo essencial que esta oportunidade não seja desperdiçada no período pós-pandemia. A videochamada emergiu dos estudos como principal estratégia. O enfermeiro assume especial importância neste momento de conflito de direitos e deserto de afetos, podendo fazer a diferença na humanização do cuidar. Uma solução do presente com olhos postos no futuro.

Apêndice VI

Poster - “Estratégias Promotoras Da Comunicação, Com Recurso À Tecnologia, entre Pessoa Adulta Internada E Família Durante A Pandemia Covid-19” - Resultados do uso da visita virtual

VI SIMPÓSIO DE ENFERMAGEM 2021: Ontem-Hoje-e...Amanhã



PO 494

PROMOÇÃO DA COMUNICAÇÃO, COM RECURSO À TECNOLOGIA, ENTRE PESSOA ADULTA INTERNADA E FAMÍLIA DURANTE A PANDEMIA COVID-19: UMA SCOPING REVIEW

Jusana Costa⁽¹⁾, Ana Silva⁽¹⁾, Manuela Madureira⁽²⁾, Maria de Lurdes Martins⁽²⁾
Afiliação (1) Mestrado na UCP no 13º Curso de Mestrado em Enfermagem-EMCFSC
(2) Professora do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP)
susana costa229@hotmail.com

Introdução

Falar de pessoa, ser único em constante interação, em contexto de internamento é falar de família. A restrição de visitas imposta, fruto da pandemia por COVID-19, trouxe à pessoa internada, solidão, ansiedade e isolamento (Sasangohar et. al,2020). Esta realidade apela a que se reinventem formas de aproximar a família para a esfera de quem sofre, num processo de humanização dos cuidados, em tempos de desesperança sendo crucial para a enfermagem avaliar o impacto destas novas medidas na pessoa internada e família.

Objetivo: Mapear os outcomes do uso da tecnologia na promoção da comunicação entre pessoa adulta internada e família durante a pandemia COVID-19

Método

Metodologia segundo Joanna Briggs Institute (Peters et al,2020)

Bases de dados:

MEDLINE, CINAHL, Repositórios Científicos de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP)

Critérios de Inclusão:

Artigos escritos em inglês, português ou espanhol, com limite temporal entre dezembro de 2019 e março de 2021

População (P): adultos, com 18 ou mais anos, internados e família;
Conceito (C): qualquer estratégia promotora da comunicação, com recurso à tecnologia
Contexto (C): hospitalar, durante a pandemia COVID-19

Resultados

Dos 104 estudos iniciais, 14 foram incluídos na revisão

Família: alívio, gratidão, felicidade (Sasangohar et. al, 2020).

Paciente: redução da ansiedade, diminuição do stress e do delírio (Rose et al, 2021)

Profissionais de saúde: melhoria na moral da equipa de saúde. (Rose et al, 2021)

Conclusão

Os outcomes positivos da visita virtual são transversais aos estudos, não substituindo a visita presencial atenuam o sofrimento da pessoa e família. O enfermeiro assume especial importância neste momento de conflito de direitos e deserto de afetos. Soluções do hoje, para inquietações do ontem com olhos postos no amanhã.

Referências bibliográficas



APÊNDICE VII

Reflexão crítica – Unidade de Cuidados Intensivos

REFLEXÃO CRÍTICA I

O ambiente complexo e altamente tecnológico das unidades de cuidados intensivos, leva muitas vezes a que o enfermeiro ocupe muito do seu tempo em torno dessa tecnologia, a par da parte burocrática que tantas vezes retira o enfermeiro da escuta, do toque, do olhar atento da pessoa doente, no fundo da humanização dos cuidados (Silva & Ferreira, 2011).

“Obrigada sra enfermeira. Sei que estava com aquela sra mas veio aqui para me dar água.” Porque foi importante esta frase? Porque no meu contexto de trabalho (bloco operatório), os elogios são maioritariamente gerais, ou seja, o doente verbaliza frases como “vocês são todas simpáticas”, “não tenho nada de mal a dizer do hospital”, “trataram-me aqui sempre bem”, “vocês fazem um bom trabalho”. Um elogio dirigido, sentido, verdadeiro soube bem e há muito tempo que não o ouvia. O sr. M., encontrava-se internado na Unidade de Cirurgia Cardiorácica, após ser submetido a colocação de válvula aórtica biológica. Estava em posição de fowler alto, orientado e calmo. Apresentava um cateter venoso central na jugular direita, um acesso venoso periférico e um dreno em aspiração ativa. Encontrava-se ainda monitorizado. O acesso à sua unidade nesta unidade não é fácil. A PSC, além de ter medo de se mexer por causa de todos os fios e tubos que estão ligados ao seu corpo, tem a sua unidade pouco acessível, para quem está sentado/deitado na cama, “ter responsabilidade, entendimento da tecnologia e a visão do paciente. É um ser humano que está em isolamento da família. Não é só o lado tecnológico que especifica o bom enfermeiro na unidade, mas a visão da dependência do paciente.” (Rodrigues, 2011).

O sr. M. pediu à enfermeira que estava responsável por ele, se lhe dava um copo de água. A enfermeira T., respondeu que quando fosse possível, lhe dava água mas que, de momento não podia. Eu ouvi o pedido bem como a resposta da enfermeira. Inicialmente não liguei, pensei “a colega já lá vai”. Mas a colega estava ocupada. O sr. M. não insistiu, via a enfermeira ocupada. Mas eu via o sr. M. com aquele olhar de quem quer só um pouco de água, mas não quer incomodar, e por isso não voltou a chamar a enfermeira. O tempo passava e o sr. M. sem conseguir beber água. Decidi perguntar à enfermeira T. se podia dar água, ao “seu” doente. Perante a resposta afirmativa, facilitei ao sr. M. o acesso ao copo de água.

Para Nunes (1999, citado por Rodrigues, 2011) “a vontade das pessoas envolvidas é um aspeto imperioso para que se estabeleça a relação de ajuda, onde a responsabilidade e o

empenho são mútuos e onde se vivencia o sentimento de solidariedade e de não estar só”. Foi com este gesto que o sr. M., se sentiu agradecido e proferiu a frase que me tocou. Ali estabeleci um pequeno diálogo com ele. Expliquei que os doentes não são de um enfermeiro, mas que estamos ali todos (enfermeiros) para todos os doentes e que ele podia chamar qualquer um de nós. Ele insistia no agradecimento e a dar ênfase, no facto de eu estar no lado oposto da unidade a cuidar de uma PSC, e ter ido ter com ele para lhe dar um copo de água. Conversei um pouco com ele, perceber se estava confortável, se precisava de mais alguma coisa, se se sentia bem. O sr. M. “aproveitou” a minha disponibilidade para falar da sua doença e da família. De acordo com Lazure (1994, citado por Rodrigues, 2011) “o ato de ajudar implica, para quem oferece ajuda, dar de si mesmo ao outro, nomeadamente, a sua disponibilidade interior e interesse, o seu tempo, o seu engenho e saber, e a sua capacidade de escuta e compreensão.” O que envolve este momento fez-me sentir bem. A tranquilidade e conforto transmitido à PSC através do diálogo, da disponibilidade, da escuta atenta, a capacidade de cuidar de quem está sob a minha responsabilidade mas com capacidade de estar atenta ao que se passa em meu redor. O tomar da iniciativa de ajudar a colega (que neste contexto apesar de ser colega estou ali como aluna, o que causa algum entrave à toma de determinadas iniciativas, é verdade que não estou completamente à vontade!) Nesse dia interroguei-me acerca das minhas opções profissionais. Se apreciei tanto o momento que faço eu num bloco operatório? Parece-me fazer falta este contacto mais próximo, este diálogo com quem sofre (bem sei que nem sempre é positivo). Por natureza sou uma pessoa calma, sei que transmito tranquilidade. Mais uma vez me interrogo se será o bloco operatório o sítio certo para estar

APÊNDICE VIII

Reflexão crítica – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Refletindo sobre a morte

-Vovó Rosa, eu acho que inventaram um hospital que não é o que existe na realidade. Convencem-nos de que o hospital é um sítio onde só se vem para ficar curado. Ora aqui também se vem para morrer.

- Tens razão, Óscar. E penso que se comete o mesmo erro em relação à vida. Esquecemo-nos que a vida é frágil, efêmera. Andamos todos a fingir que somos imortais.

(Eric-Emmanuel Schmitt, 2020))

O turno estava quase a acabar, a noite já caiu sobre a cidade, a chamada surge no ecran do computador: homem de 35 em paragem cárdio-respiratória (PCR), associada ao consumo de drogas, “ cada vez que o telefone toca para mais uma emergência, médicos, enfermeiros e tripulantes de ambulância saem para acudir a quem pede ajuda, esteja a vítima onde estiver. Há crianças que nascem e gente que se salva. Para outros, é o fim da linha” (Augusto Brázio & Rita Garcia, 2007).

A saída é em corrida e a chegada é rápida. Não há trânsito, as ruas estão desertas e o destino é perto do hospital. É preciso levar duas malas grandes e pesadas com material médico e de enfermagem, o sistema de compressão torácica-LUCAS (dispositivo portátil destinado a compressões cardíacas externas consistentes e contínuas) e o monitor-desfibrilhador até a um quarto andar sem elevador. À chegada, homem deitado no chão ao lado da cama em PCR, “ a PCR é um acontecimento súbito constituindo-se como uma das principais causas de morte na Europa e nos Estados Unidos da América” (Ministério da Saúde, 2018).

Salvar uma vida implica uma sequência de passos, onde cada um deles influencia a sobrevivência. Cada elemento da equipa assume uma posição, sem ser preciso falar. Iniciamos o suporte avançado de vida (SAV). “A prevenção da paragem cardio-respiratória

e a melhoria da sobrevida após paragem cardíaca são os principais objetivos na realização de suporte avançado de vida” (INEM, 2019, p. 7), “seguindo uma sequência de avaliação e atuação por prioridades: A: via área; B: ventilação; C: circulação; D: disfunção neurológica; E: exposição” (INEM, 2019, p. 7). O sucesso do desempenho de uma equipa de SAV não se extingue nas competências técnicas, é igualmente fundamental demonstrar capacidades não técnicas como “capacidade de liderança, trabalho de equipa, gestão adequada de tarefas e comunicação interpessoal” (INEM, 2019, p. 14).

De imediato é colocado o LUCAS, onde participo por saber o que posso fazer e que autonomia já adquiri para avançar sem fazer perguntas. As manobras de reanimação prosseguem segundo o algoritmo de SAV – Suporte Básico de Vida (SBV) por 2 minutos 30:2, avaliação de ritmo cardíaco e administração de adrenalina a cada 3 minutos, compressões contínuas e via aérea assegurada (INEM, 2019, p. 133). O médico, face à idade do paciente, tenta telefonicamente saber se o mesmo pode ser um potencial dador de órgãos. As manobras prosseguem por cerca de 15 minutos, até que do outro lado da linha dizem que não há disponibilidade de ventiladores. As manobras são cessadas!. O LUCAS é desligado (faz muito barulho). Ficou o silêncio. Ficamos por segundos a olhar para tudo aquilo. O aparato é grande. Malas abertas espalhadas pelo chão do quarto. Um soro pendurado num prego da parede, que minutos antes tinha uma fotografia de família, que rapidamente foi retirada e atirada para cima da cama. Precisávamos daquele prego! Um frasco de soro vazio no chão, embalagens abertas, ampolas abertas, um laringoscópio com sangue e nós de joelhos um pouco nervosas a olhar à volta. Nem nos apercebemos da “desarrumação”. O espaço para a intervenção era diminuto. Havia material debaixo da cama. E por segundos assim ficamos, com o que o nosso olhar percecionava, com o que o nosso coração sentia, com o que as nossas mãos tinham feito.

Tínhamos perdido a batalha. Contra quem? Contra o homem ali deitado? Contra Deus? Contra os nossos medos? O medo de não termos dado o nosso melhor? O medo de enfrentarmos mais uma morte? O olhar desviou-se para o redor. Os quadros, os livros arrumados na estante, os cortinados a condizer com o candeeiro. E as fotografias. O que me dizem as fotografias que estão no quarto penduradas ou em cima da cómoda ou na mesa de cabeceira? Tudo isto é aquela pessoa.

Este homem terá morrido em paz? A morte súbita, dificilmente permite que a despedida seja feita com a vida arrumada. A morte quando esperada permite que se deixe

tudo em ordem, as relações, as finanças, se façam as pazes e as despedidas. Terá ficado muita coisa por arrumar na vida deste homem?

Quando alguém morre ocorrem-me dois pensamentos. Tento imaginar a vida daquela pessoa. O que terá feito, como era na escola, o que fazia com os amigos, qual seria a sua profissão, como seria como filho, como seria como pai, como seria a sua infância, se foi amado na vida. Por outro lado penso como será esta passagem. Sente-se? Pressente-se? Há um túnel? Há uma luz? Encontramos os que já morreram?

A morte é percebida de formas diferentes, consoante a cultura, a religião, se há uma relação afetiva com a pessoa que morreu e mesmo se estamos perante a morte de um idoso ou de uma criança e ainda, as vivências pessoais e profissionais; “a morte é um acontecimento natural, universal, inevitável, que incomoda e desafia a pretensa onipotência humana, podendo-lhe ser atribuídos vários significados, de acordo com a formação estrutural, cognitiva, espiritual e religiosa de cada um” (Gama, 2013, p. 19). “Na sociedade moderna industrial, há um afastamento da morte, o que é refletido na modificação das atitudes perante ela” (Vieira et al., 2006), “há (...) quase uma supressão do luto, escondendo-se as suas manifestações ou até mesmo a experiência da dor” (Gama, 2013, p. 20). “Diante da morte, o imperativo é o silêncio” (Vieira et al., 2006). Evita-se falar da morte, evita-se levar crianças aos funerais, evita-se levar crianças aos cemitérios, os rituais são discretos e num curto espaço de tempo, evita-se falar em doença grave e que vai morrer.

A morte em casa acontece muito no meio pré hospitalar, por oposição ao que hoje em dia se assiste, a morte ser essencialmente em meio hospitalar. Durante este estágio, presenciei a morte em casa por muitas vezes. As reações dos familiares foram tão diversas, quantas as mortes presenciadas. Desde a revolta, a ponto de a reação ser violenta fisicamente, passando pela resignação por finalmente acabar o sofrimento, pela desorientação “o que vai ser de mim agora”, pela aceitação “viveu tanto e partiu serena”. É tão estranho que entre a avalanche de saberes úteis e inúteis que acumulamos uma vida inteira não esteja este: aprender a morrer. A contemporaneidade fez da morte o seu tabu, o mais temido e ocultado, e deixa-nos completamente impreparados para enfrentar a naturalidade com que a vida a abraça. A morte surge como uma interrupção, um interdito de linguagem mais inconveniente do que uma asneira, uma dor para viver às escondidas, uma intromissão com a qual em nenhum momento contámos. Sobre a morte não sabemos o

que dizer, nem o que pensar. E isso constitui, de facto, uma falta enorme. Montaigne dizia que não morremos por estar doentes, morremos por estar vivos (Mendonça, 2013 citado por Marcelino Paulo Ferreira, 2013).

Esta realidade no pré hospitalar, eu não a tinha presente antes de começar o estágio e a forma abrupta como ela se instalou nos meus dias, levou-me a experimentar sentimentos para os quais já não estava preparada. Gama (2013) afirma:

o crescente contacto do enfermeiro com a morte em contexto profissional tem sido muitas vezes perspectivado num sentido negativo pelas dificuldades emocionais que desencadeia e pelas consequências de sobrecarga nos profissionais de saúde, conducentes a processos de evitamento relacional e de isolamento social e profissional. A exposição diária à morte e ao processo de morrer, para além da sobrecarga de luto, pode constituir-se num desafio ao crescimento pessoal e profissional dos enfermeiros.

A minha prática profissional inicial, levou-me a um contacto quase diário com a morte, mas na última década, ao trabalhar num bloco operatório, não a presencio. Talvez por isso, me tenha sentido tocada por estes momentos. Há muito que não me “incomodavam” estes momentos, há muito que não me sentia tão impotente, há muito que não sentia o olhar perdido das famílias, há muito que não precisava de pensar na morte. Como enfermeira, tenho que estar preparada para enfrentar a morte dos outros? Como enfrento a minha?

Mas será a morte que me “incomoda” realmente ou como vou morrer? Se vou sofrer, se vou partir “cedo” demais, se deixo os filhos demasiado pequenos, se tenho tempo de fazer tudo o que quero. Dificilmente chegarei a viver, o mesmo número de anos que tenho até hoje. Se os aniversários nunca me incomodaram, após a vivência deste estágio, aliado ao facto de ter comemorado mais um aniversário, tenho-me colocado num ponto de balanço/questionamento sobre a minha vida daqui para a frente. Não é um sentimento negativo, nem triste mas “incomoda”, ter esta sensação de finitude “dificilmente viverei tanto como vivi até hoje! Como irei viver, que irei fazer? Como irei morrer?”

Acresce à morte em casa a presença de familiares, o que coloca no enfermeiro uma carga emocional ainda maior, pois terá que lidar com as suas emoções e a dos familiares

que acabaram de perder o ente querido. Neste caso em particular, o familiar presente em casa foi quem ativou o 112. Na sua presença, foram iniciadas manobras de reanimação, tendo ficado no quarto por algum tempo enquanto atuávamos. Não me incomodou a sua presença, a certa altura nem nos apercebemos que ele estava ali. Ninguém lhe pediu para se ausentar. Acabou por sair, para abrir a porta aos tripulantes de ambulância que entretanto chegavam. Estes últimos, assistiram as manobras e foram falando com a pessoa. A notícia da morte foi comunicada pelo médico da viatura médica de emergência e reanimação (VMER). Não houve grandes emoções. Porquê? Mais uma vez me interrogo. Que vida teria este homem para não trazer emoção ao momento da sua morte. Mais uma vez como seria como cidadão, como pai, como filho?

O silêncio foi interrompido, pela entrada dos bombeiros sapadores que tinham sido ativados para um possível transporte do doente em manobras de reanimação, para o hospital. Tal não aconteceu porque o doente não foi aceite como dador de órgãos.

Após a chegada da polícia, saímos todos daquela casa e por momentos ficamos à porta do prédio. Uns fumaram um cigarro, outros fizeram um pequeno debriefing, foi o descomprimir da tensão que todos sentimos naquele episódio.

Enfrentar a perspectiva da própria morte! Esta experiência transpôs-me para esta dimensão.

Deixo aqui um conjunto de sentimentos que, de uma forma diferente, resumem um pouco o que senti ao longo destas semanas de estágio.

Não gostei: não gostei da solidão das pessoas, não gostei da solidão dos idosos, não gostei das ruas demasiado desertas à noite, não gostei do deserto de afetos que a pandemia nos trouxe, não gostei da pobreza física de tanta gente, não gostei do insucesso de alguma intervenções, não gostei da sensação de não saber o que fazer, não gostei de não ter a palavra certa para aquele momento, não gostei de chegar tantas vezes atrasada ao meu local de trabalho, não gostei da vizinhança intrometida, não gostei do choro dos que há meses não trocavam um afeto com o seu familiar que acabara de falecer.

Gostei: gostei da riqueza de vivências, gostei do que aprendi, gostei do que cresci, gostei do que senti, gostei de vestir o colete amarelo que dizia enfermeiro, gostei da adrenalina de

andar de carro, gostei do contacto com as pessoas, gostei da dinâmica das equipas, gostei dos almoços e dos pequenos almoços em equipa, gostei de conhecer a minha orientadora, gostei de saber mais, gostei da imprevisibilidade, gostei da autonomia, gostei da sensação de que me empenhei, gostei do sucesso das intervenções, gostei da vertente humana no cuidar, gostei da vertente técnica no cuidar, gostei da sensação de que fazia parte da equipa, gostei de sair fortalecida nas minhas capacidades, gostei do entusiasmo no meio das dificuldades, gostei do espírito de vizinhança, gostei da boa disposição das equipas, gostei desta enfermagem, **gosto** de ser enfermeira.

P.S. A morte, a minha reflexão sobre ela, o que este tema despertou em mim não consegui enquadrar na rubrica não gostei/gostei.

ANEXOS

Anexo I

Certificado de participação com poster no evento JBI European Symposium & SPIDER Multiplier Event

JBI EUROPEAN SYMPOSIUM 2021 & SPIDER MULTIPLIER EVENT

Certificate of attendance

Ana Paula Dias Costa Ribeiro Silva

The JBI European Symposium 2021 & Spider Multiplier Event was
celebrated on **June 24, 2021** from **9:00 am to 2:00 pm** (GMT +2).



Teresa Moreno Casbas
Spanish Centre for Evidence-Based Nursing and Healthcare Director

Firmado digitalmente por: MORENO CASBAS MARIA TERESA - 09260955M

Anexo II

Certificado de participação com poster no evento “ X Jornadas Nacionais de Enfermagem e VIII Jornadas Internacionais de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da UCP.”

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

CERTIFICA-SE QUE O PÓSTER COM O TÍTULO

"Estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia, entre pessoa adulta internada e família durante a pandemia Covid-19: a Scoping Review"

ELABORADO POR

Susana Costa, Ana Silva, Maria Madureira & Maria Martins

APRESENTADO EM FORMA DE PÓSTER ELETRÓNICO NAS X JORNADAS NACIONAIS E VIII JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE LISBOA DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INTITULADAS "O VALOR DE UMA ENFERMAGEM COM VALORES", QUE DECORRERAM NO DIA 9 DE JUNHO DE 2021, FOI DISTINGUIDO NA QUALIDADE DE PARTICIPANTE.



PROF. DOUTORA AMÉLIA SIMÕES
FIGUEIREDO
Diretora da EEL-ICS-UCP



PROF. DOUTORA PATRÍCIA PONTÍFICE
SOUSA
Coordenadora do CLE da EEL-ICS-UCP

Anexo III

Certificado de participação com poster no evento “ VI Simpósio de Enfermagem.
Ontem-Hoje e...Amanhã.”

VI Simpósio de enfermagem

Ontem - Hoje - e... Amanha

ASCI

14 de junho de 2021

10 Temas

1 Simpósio

Online

Certificado de Participação

Certifica-se para os devidos efeitos que **Ana silva**, participou no **VI Simpósio de enfermagem 2021**, realizado Online, no dia 14 de junho de 2021. (Duração:12horas)




José António Pinho


Acácio Bernardino

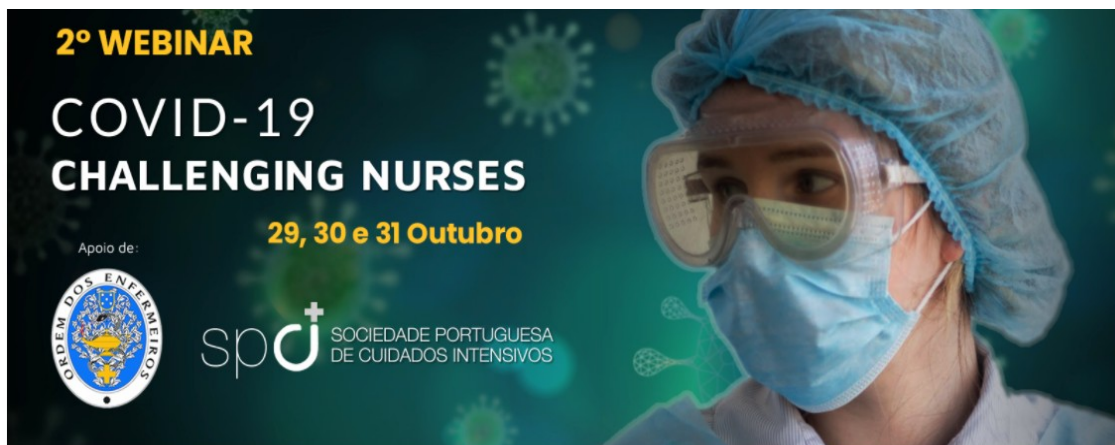
ORGANIZAÇÃO
 Associação de Apoio ao
Serviço e Cuidados Intensivos do
Centro Hospitalar do Porto
www.asci.org.pt

COLABORAÇÃO
  

00027c7f6d30b3d3ca4e6364 02758d0a f1e11e

Anexo IV

Certificado de presença no módulo - Ventilação em CI



Concedido a:

Enfermeiro/a ana Paula Dias costa Ribeiro da silva

Por ter completado o módulo

Ventilação em CI

do Webinar

2º Webinar COVID-19 Challenging Nurses

30/10/2020

A
Ac

Anexo V

Certificado de presença no módulo - Via aérea



Concedido a:

Enfermeiro/a ana Paula Dias costa Ribeiro da silva

Por ter completado o módulo

Via aérea

do Webinar

2º Webinar COVID-19 Challenging Nurses

29/10/2020

At
Ac

Anexo VI

Certificado de presença no módulo - Sedação, analgesia e bloqueadores neuromusculares em CI



Concedido a:

Enfermeiro/a ana Paula Dias costa Ribeiro da silva

Por ter completado o módulo

Sedação, analgesia e bloqueadores neuromusculares em CI

do Webinar

2º Webinar COVID-19 Challenging Nurses

29/10/2020

Ativ
Acec

Anexo VII

Certificado de participação no módulo - Nutrição no doente crítico



Concedido a:

Enfermeiro/a ana Paula Dias costa Ribeiro da silva

Por ter completado o módulo

Nutrição no doente critico

do Webinar

2º Webinar COVID-19 Challenging Nurses

30/10/2020

Ati
Ace

Anexo VIII

Certificado de participação no módulo - Infecção associada aos cuidados de saúde



Concedido a:

Enfermeiro/a ana Paula Dias costa Ribeiro da silva

Por ter completado o módulo

Infeção associada aos cuidados de saúde

do Webinar

2º Webinar COVID-19 Challenging Nurses

31/10/2020

Ativ
Aced

Anexo IX

Certificado de presença no XXIII Congresso Nacional de Enfermagem Intensiva e II Congresso Internacional Ibérico de Enfermagem Intensiva



CERTIFICADO

Certificamos que **Ana Paula Dias Costa Ribeiro da Silva** participou no **XXIII Congresso Nacional de Enfermagem Intensiva e II Congresso Internacional Ibérico de Enfermagem Intensiva**, no total de 12 horas, realizado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI).

Lisboa, 20 de novembro de 2020

Maria Manuel Varela