



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

**UM CUIDAR ESPECIALIZADO E PROMOTOR DA
COMUNICAÇÃO DURANTE A PANDEMIA COVID-19**

A SPECIALIZED AND COMMUNICATION PROMOTOR CARE
DURING COVID-19 PANDEMIC

Por

Susana Sofia Gomes da Costa

Lisboa, 2021



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

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

**UM CUIDAR ESPECIALIZADO E PROMOTOR DA
COMUNICAÇÃO DURANTE A PANDEMIA COVID-19**

**A SPECIALIZED AND COMMUNICATION PROMOTOR CARE
DURING COVID-19 PANDEMIC**

Por

Susana Sofia Gomes da Costa

Sob Orientação de Professora Doutora Maria Manuela Madureira

Lisboa, 2021

“Temos, sobretudo, de aprender duas coisas: aprender o extraordinário que é o mundo e aprender a ser bastante largo por dentro para o mundo todo poder entrar”

Agostinho da Silva

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, à minha família, amigos, professores, colegas enfermeiros e pessoas de quem cuidei. E, em memória muito especial, ao meu pai. Rafael Costa.

RESUMO

O presente documento pretende refletir criticamente o percurso realizado de acordo com as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa em Situação Crítica, definidas pela Ordem dos Enfermeiros, e as competências de Mestre, baseado no artigo 15º do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior.

Este relatório descreve os objetivos pessoais traçados, as principais atividades desenvolvidas, e os resultados obtidos nos diferentes campos de estágio que decorreram em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos e Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação.

O trabalho enquadra a prática desenvolvida através da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. O estágio na Unidade de Cuidados Intensivos permitiu-me cuidar da pessoa em situação crítica e família, enquanto num segundo estágio vivenciei o minucioso processo de transplante. A realização dos estágios decorreu durante a pandemia COVID-19, levando as instituições de saúde a implementarem medidas para prevenir a infeção e promover a segurança do atendimento, aqui num sublinhado à restrição de visitas imposta, com consequente alteração do paradigma da comunicação. As instituições de saúde foram desafiadas a implementar formas para mitigar o isolamento e promover uma comunicação eficaz entre a pessoa adulta internada e família. Perante o cenário de restrições, nasce a inquietação que conduz à questão de investigação: Quais as estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia, entre a pessoa adulta internada e família durante a pandemia COVID-19? Operacionalizada através de uma *scoping review*.

A prossecução dos objetivos delineados permitiu analisar o desenvolvimento de competências ao longo deste percurso formativo, o que contribuiu para a qualidade dos cuidados e a excelência no exercício da profissão, numa prática fundamentada pela investigação, enquanto condição essencial de Mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

Palavras-chaves: Enfermeiro Especialista; Comunicação; COVID-19; Tecnologias

ABSTRACT

This document aims to critically reflect on the course taken according to the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, Critical Care Patient scope, as defined by the Ordem dos Enfermeiros, and the competencies of the Master, based on article 15 of the legal framework for higher education degrees and diplomas.

This report describes the personal objectives set out, the main activities developed, and the results obtained in the different internship fields that took place in the Intensive Care Unit and in the Coordinator of Collection and Transplantation Office.

The work frames the practice developed through Jean Watson's Theory of Human Care. The internship in the Intensive Care Unit allowed me to care for the critically ill person and family, while in a second internship I experienced the meticulous process of transplantation. The internships took place during the COVID-19 pandemic, leading health institutions to implement measures to prevent infection and promote safety of care, therefore emphasizing the restriction of visits imposed, with consequent change in the communication paradigm. Healthcare institutions were challenged to implement ways to mitigate isolation and promote effective communication between the adult inpatient and family. Against this setting of restrictions, the concern that leads to the research question was born: What are the strategies that promote communication, using technology, between the adult inpatient and family during the COVID-19 pandemic? Operationalized through a scoping review.

The pursuit of the objectives outlined allowed us to analyze the development of competencies throughout this formative journey, which contributed to the quality of care and excellence in the exercise of the profession, in a practice based on research, as an essential condition for a Master's Degree in Nursing with a specialization in Medical-Surgical Nursing.

Keywords: Specialist Nurse, Communication Strategies, Technology, COVID-19

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

DGS – Direção Geral da Saúde

EEMC – Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

GCCT – Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICN – *International Council of Nurses*

IE – Inteligência Emocional

IPST – Instituto Português do Sangue e Transplantação

OE – Ordem dos Enfermeiros

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCP – Universidade Católica Portuguesa

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA COMUNICAÇÃO, COM RECURSO À TECNOLOGIA, ENTRE PESSOA ADULTA INTERNADA E FAMÍLIA DURANTE A PANDEMIA COVID-19	16
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	29
2.1 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	33
2.2 GABINETE COORDENADOR DE COLHEITA E TRANSPLANTAÇÃO	47
CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	74
ANEXO I	75
Certificado de Qualificações: Componente de Formação – Inteligência Emocional	75
ANEXO II	77
Certificado de Presença 2º Webinar: COVID-19 CHALLENGING NURSES	77
ANEXO III	79
Certificado de apresentação de Póster nas X jornadas nacionais e VIII internacionais de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade católica Portuguesa	79
ANEXO IV	81
Certificado de presença e apresentação de póster no VI Simpósio de enfermagem 2021	81
APÊNDICE	87
APÊNDICE I	88
Expressão de pesquisa.....	88
APÊNDICE II	93
FLUXOGRAMA PRISMA	93
APÊNDICE III	100
Póster apresentado no JBI EUROPEAN SYMPOSIUM 2021 AND SPIDER MULTIPLIER EVENT.....	100

APÊNDICE IV	102
Póster apresentado 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	102
APÊNDICE V	104
Póster apresentado no VI Simpósium de Enfermagem 2021 “ Ontem – Hoje – e... Amanhã”. 104	

INTRODUÇÃO

A redação e entrega do presente relatório de estágio para discussão de provas públicas, visa a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

A melhor forma de responder à ambição do enfermeiro que pretende ser mais competente é através da formação, “não basta, que cada um acumule no começo de vida uma determinada quantidade de conhecimentos de que possa abastecer-se indefinidamente” (Delors et al., 1996, as cited in Margato et al., 2006, p. 42). Este curso de especialização surge como veículo para a continuação do percurso da vida, encarada como um processo de aprendizagem contínuo, não estanque, com a finalidade de construir um conhecimento mais sólido, reflexivo e científico.

O *International Council of Nurses* (ICN) (2020) define enfermeiro perito como alguém que completou um programa de mestrado específico, adquiriu conhecimentos e competências avançadas de enfermagem numa área específica e usa esses recursos para melhorar a qualidade dos cuidados em qualquer contexto da prática clínica.

O trabalho desenvolve-se e é fundamentado pela Teoria do Cuidado Humano, introduzida por Jean Watson, mediática influência teórica em enfermagem, por ser uma perspetiva atual, pela humanização do cuidar que defende, e por ser a teoria com a qual mais me identifico. Esta teoria está inserida na Escola do Cuidar onde o respeito pela dignidade é rótulo e bandeira. Seja em situação de saúde ou doença, a ação da Enfermagem é amplamente destacada no âmbito da preservação da dignidade de cada um.

A 30 de janeiro de 2020, foi declarado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o surto da doença COVID-19, como uma emergência de saúde pública de âmbito internacional, e a 11 de março esta doença foi qualificada como uma pandemia internacional (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2020, p.1). Instalou-se a crise pandémica e consequentes marcas na vida pessoal, familiar, social e profissional de todos nós devidas ao confinamento e isolamento social.

A vida continua perante a nova realidade, ajustando-se a um calendário de restrições de visitas e distanciamentos necessários, abordando questões de natureza ética, de direitos

humanos, atingindo a Humanidade na dimensão que mais a caracteriza: a relação com o outro.

Em 2020, quase 80% da população em Portugal tinham acesso à internet, 80% dos utilizadores têm uma participação ativas nas redes sociais e 70% utiliza a internet para chamadas de voz ou vídeo (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020). Estes resultados representam o potencial das tecnologias, podendo estas se apresentarem como respostas valiosas que deverão ser incorporadas como uma forma de humanizar o cuidado.

O mestre deve confirmar competências relativas ao desenvolvimento, aplicação, integração, comunicação e continuidade do conhecimento da sua área em estudo (Universidade Católica Portuguesa [UCP], 2020). De acordo com Vilelas (2017), o processo de escolha de um tema de investigação indica a influência que o meio social, cultural e económico tem sobre o estudante ou investigador. O presente estudo, reportado no capítulo 1, nasce de uma inquietação sendo uma das principais razões de escolha a experiência numa determinada atividade profissional de onde emerge um problema, com relevância e interesse, cujo resultado, justifica e informa a prática, por entre uma *scoping review*.

A escola e o contexto clínico são ambos produtores e aplicadores de conhecimento. A teoria suporta a prática e a prática suporta a teoria. Os estágios decorreram em plena pandemia, e a realidade dos contextos definidos para a aquisição de competências de enfermeira especialista modificaram-se. A crise pandémica vem anunciar outra forma de ver a realidade. O mundo está diferente e “há que inventar as condições, pois a qualidade não se encontra lá de forma omnipresente” (Heesben, 2013, p. 116). Foi preciso alterar circuitos, mobilizar recursos humanos, alterar práticas e procedimentos, trabalhar em condições incertas, sob pressão, e reconsiderar as visitas à pessoa internada.

Apesar do contexto pandémico, o hospital onde exerço funções (hospital central, de cariz universitário dedicado ao ensino e investigação, considerado uma referência a nível nacional), deu permissão para que os seus funcionários concluíssem o ciclo de estudos. Consequentemente, os dois estágios foram realizados no mesmo centro hospitalar, tendo a escolha recaído sobre uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) na área dos Neurocríticos e Trauma e na opção pelo contexto de Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT), uma realidade que sempre tive a curiosidade de explorar, vendo aqui uma oportunidade única para conhecer, aprender e integrar.

A nível de experiência profissional, “o que cada um guarda dentro de si, mediante aquilo que viveu” (Honoré, 2004, p.166), conto com 10 anos de funções exercidas na Unidade de Urgência de Neurociências, dedicada à especialidade de Neurocirurgia e

Neurologia. Neste contexto, adquiri competências técnicas, relacionais, emocionais, éticas, espirituais e culturais na prestação de cuidados ao utente neurológico ou neurocirúrgico e família na condição aguda. A nível pessoal foi igualmente frutífero e importante, pois contribuiu para a construção do “eu” e da minha identidade profissional, num desejo de atualização, aprofundamento e enriquecimento do conhecimento, e ainda de me adaptar a um mundo que está em constante mudança.

Há cerca de 3 anos que integro a equipa de urgência do Bloco Operatório Central (BOC), também numa busca em me desafiar e colocar-me perante novas realidades. Mudar de contexto implica uma ressocialização. Embora os meus anos de experiência, Patricia Benner (2001) indica que a possibilidade de mudança de serviço impacta qualquer profissional experiente da mesma forma que impactaria um iniciado, vou ter que reaprender a conhecer aquela população que não me é totalmente próxima.

Este relatório de estágio estrutura-se em introdução, dois capítulos e conclusão. No primeiro capítulo considera-se a *scoping review* “Estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia, entre a pessoa adulta internada e a família, durante a pandemia COVID-19”. O segundo capítulo apresenta a análise crítica e reflexiva das atividades e competências adquiridas em cada estágio, finalizando com a conclusão, seguida de anexos e apêndices necessários.

Este relatório foi redigido de acordo com a norma de referências bibliográficas American Psychological Association (APA) – 7^a edição.

1. 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: A metodologia adotada revê-se na metodologia 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 (via PubMed), CINAHL (via EBSCO), e RCAAP. Uma pesquisa preliminar no PROSPERO, MEDLINE e JBI Evidence Synthesis foi conduzida e nenhuma *scoping review* ou revisão sistemática foi identificada. Foram considerados para inclusão estudos escritos em inglês, português ou espanhol, com limite temporal entre dezembro de 2019 e março de 2021. Dois revisores independentes realizaram a análise dos artigos, assim como a extração e a síntese dos dados.

Resultados: Dos 104 estudos iniciais, 14 cumpriram os critérios de inclusão. O uso da videochamada 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 na humanização dos cuidados. É neste contexto que emerge da literatura a videochamada como principal estratégia. As visitas virtuais trazem apoio psicológico e gratidão, mas não é algo

que se verifique 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, p.8). 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 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., 2020a). 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 e sua família, num contexto de vulnerabilidade acrescida como consequência da situação pandémica 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).

Decidimos realizar uma *scoping review*, orientada pela metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute for scoping reviews* 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).

A *scoping review* é método de investigação que permite identificar, selecionar, avaliar e sintetizar evidência científica de estudos de investigação, têm por objetivo mapear o conhecimento e permitem integrar como resultados para análise outros documentos que possam não ser estudos originais.

O estudo deste fenómeno revelou-se pertinente e atual, e responde às seguintes questões de revisão:

- 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) avaliados após a intervenção?

METODOLOGIA

Na análise preliminar do estado da arte recorreu-se à base de dados PubMed e aos descritores “Virtual Visits”, “Hospital” e “COVID-19”. Os resultados da pesquisa permitem saber que a literatura existente sobre esta temática é heterogénea e dispersa.

A metodologia adotada revê-se na metodologia segundo Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020).

A scoping review permite identificar, selecionar, avaliar e sintetizar evidência científica de estudos de investigação, têm por objetivo mapear o conhecimento e permitem integrar como resultados para análise outros documentos que possam não ser estudos originais. Os artigos selecionados permitem responder à questão de revisão (Apóstolo, 2017).

Como critérios de inclusão, consideramos 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 considerados 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.

A estratégia e limitadores de pesquisa aplicados encontram-se em Apêndice I.

A seleção da amostra final foi realizada por 2 revisores independentes, pela leitura do título, resumo, texto completo. Também foram consideradas as referências bibliográficas dos estudos selecionados.

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 síntese dos dados desta *Scoping Review* é organizada numa narrativa descritiva. 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, tendo sido eliminados 12 artigos pelo fenómeno abordado se centrar na comunicação entre profissionais de saúde, isolamento domiciliar por COVID-19, consultas médicas por telefone ou risco de contaminação por SARS-COV 2, 14 dos quais incluídos na revisão.

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

Os resultados da amostra final foram identificados, mapeados e sintetizados na tabela 1 (APÊNDICE III).

Todos os estudos selecionados nesta revisão foram publicados, 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 (oito estudos), cuidados paliativos (três estudos) ou noutros contextos hospitalares (quatro estudos em enfermarias) Quanto à origem, os Estados Unidos da América são o país mais representado, com seis estudos (Akgun et al., 2020; Frange t al., 2020; Ritchey et al., 2020; Kuntz et al., 2020; Sasangohar et al., 2020: Kennedy et al., 2020), seguido do Reino Unido (Rose et al., 2020; Webb et al., 2020; Rose et al., 2021) com três estudos, Itália (Alessandra et al., 2020; Nardo et al., 2020) e França (Goulabchand et al., 2020; Sacco, et al., 2020) com dois estudos cada e Brasil (Rios et al., 2020) com um estudo.

DISCUSSÃO

A pessoa internada que não tem visitas experiencia sentimentos de isolamento, ansiedade e solidão, diminuindo o suporte psicossocial, com impacto na sua saúde mental e recuperação, piora o seu prognóstico, potencia a mortalidade, e põe em causa os direitos humanos (Akgün et al., 2020; Kuntz et al., 2020; Negro et al., 2020, Piscitello et al., Ritchey et al., 2020; Rose et al., 2020^a). A restrição de visitas tem impacto em todos os doentes, não só nos que estão infetados com COVID-19 (Rose et al., 2020a). 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., 2020a). 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., 2020a).

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., 2020a).

Em todos os estudos, foi identificada como principal estratégia de comunicação com recurso à tecnologia a videochamada, 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 videochamadas, 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 videochamada, 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., 2020b). 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 de apaziguar o passado e serenar o presente (Kuntz et al., 2020; Rios et al., 2020; Ritchey et al., 2020),.

Foi identificado que as videochamadas 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., 2020a, 2021; Sasangohar et al., 2020; Webb et al., 2020), Google Duo (Rose et al., 2020a), 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). Os 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., 2020a).

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 (Akgün et al., 2020; Rios et al., 2020), mas pode ocorrer após alguns dias, 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 se sentiam 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 videochamada 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 videochamadas 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*, 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 (Kuntz et al., 2020; Ritchey et al., 2020).

Foram identificados níveis de satisfação com as videochamadas 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 videochamada, uma redução do stress em 78% e uma melhoria do delírio 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 videochamada superou as suas expectativas relativamente ao que estes tinham perspetivado, 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, constituindo desta forma uma excelente alternativa à privação presencial (Piscitello et al., 2021; Ritchey et al., 2020; 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 videochamada 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., 2020a), e o acesso à internet ou equipamento (Rose et al., 2020a, 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 a chamada por vídeo (Sacco et al., 2020).

Consideramos existir uma lacuna no conhecimento, os estudos não fornecem dados sobre a intensidade, frequência ou duração de cada chamada por vídeo.

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 videochamada 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.

Consideramos que esta *scoping review* pode apresentar algumas limitações em relação à diversidade de conhecimento disponível, uma vez que a extensão de um maior número de base de dados consultadas e o limite de três idiomas, dominado pelos investigadores, poderia ter permitido outros contributos para a análise dos resultados.

Esta *scoping review* revela-se pertinente e uma mais valia tendo em conta o cenário atual. Permitiu reunir e sintetizar um conjunto de informações enriquecendo o corpo de conhecimentos de enfermagem e podendo ser um alicerce para investigações futuras.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos permitiram dar resposta à pergunta de partida. A pandemia COVID-19 alavancou de forma radical e emergente o uso da tecnologia no setor da saúde. A videochamada emergiu dos estudos como principal estratégia. 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 adulta internada e família que mais precisa, e quando mais precisa.

As comunicações através de videochamada 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.

As estratégias de apoio à presença familiar durante o distanciamento físico 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 embora a visita virtual não resolva, atenua, tendo estas visitas um papel relevante para as famílias que estão distantes ou que não podem ir ao hospital com regularidade visitar os seus familiares internados.

Há que reconhecer a singularidade e dificuldade da situação. Ultrapassar as questões de acessibilidade também é premente. 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 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.

Em suma, as visitas virtuais trazem apoio psicológico e gratidão, mas não é um resultado verificado por todos. 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.

É unânime que a visita deva ser gerida pela equipa de cuidados, em especial pelos enfermeiros, pois estes estão junto da pessoa doente, num maior período de tempo, adequando a flexibilidade da visita a cada pessoa e às necessidades impostas. O enfermeiro

assume especial importância neste momento de conflito de direitos e deserto de afetos, podendo fazer a diferença na humanização do cuidar.

Face ao exposto, consideramos que esta *scoping review* é um suporte para 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.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A profissão de enfermagem e o seu desenvolvimento remontam ao século XIX, mas “o seu passado ainda hoje influencia o presente dos cuidados” (Vieira, 2017, p.16). É surpreendente ouvir nas notícias divulgadas na comunicação social como algumas pessoas percebem agora o que os enfermeiros fazem porque estamos em crise pandémica, no entanto para nós, que temos vindo a desempenhar essas funções ao longo do tempo, não é novidade. Este facto demonstra a falta de conhecimento relativamente às funções dos enfermeiros.

Esta representação social vem, de facto, da história. Marcos importantes na evolução da disciplina de Enfermagem descola-a de uma visão médica, a matéria exclusiva da enfermagem é separada dessa lógica de pensamento; a nossa disciplina está repleta de conhecimento, “Apesar de estereótipos e limitações a enfermagem fez contudo, grandes progressos na educação e nas práticas e, é a maior contribuinte do mundo para os cuidados de saúde” (Watson, 2002, p. 45).

A forma de fazer uma profissão tem que estar ligada à ciência, e a nossa profissão é ciência porque tem investigação e teoria, sendo esta última o resultado dessa investigação. Hoje, a enfermagem é reconhecida como “uma profissão exigente, para a qual é necessária uma forma de ser compassiva, um saber teórico específico, um fazer técnico próprio, e a capacidade para tomar decisões em situações de grande complexidade ética, na relação permanente com outras pessoas (Vieira, 2017, p.123).

Sob o foco dos *media* durante a crise pandémica, os profissionais de saúde ficaram expostos às massas, e os enfermeiros não foram exceção. A representação social é importante para uma melhor compreensão do papel e funções que o enfermeiro desempenha. Uma forma de contribuir para esta representação social é a investigação e sua divulgação, permitindo ao público uma melhor perceção daquilo que são as competências do enfermeiro. Segundo Mercadier (2004, p.234), “A finalidade da luta que as chefias travam por que as enfermeiras escrevam é conseguir que as competências de enfermagem sejam reconhecidas como competências profissionais.”

De acordo com Brandão (2018), as teorias produzem consistentes explicações, descrições e prescrições, são úteis na compreensão de conceitos-chave e princípios de

intervenção associados ao conhecimento científico de enfermagem. Permitem-nos explicar aos outros quem somos nós enfermeiros naquele contexto particular. Sem a teoria que vem do conhecimento científico a nossa prática desaparece.

No campo da teoria, reconheço a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, inserida na Escola do Cuidar nas Escolas de Pensamento a ser considerada e adotada.

Da história da humanidade estão classificados três grandes paradigmas, três grandes formas de entender a realidade. O paradigma da categorização, seguido do paradigma de integração e, por fim, o paradigma da transformação. Cada um deles via a realidade com uma orientação diferente à época. O paradigma da transformação vigora desde 1975, tendo sido integradas duas escolas: a escola do ser humano unitário, e a escola do Cuidar. Estas escolas têm uma orientação face ao mundo, no sentido em que existe um apelo ao reconhecimento do ser humano e à sua importância no seio da sociedade

Os fenómenos são únicos em interação com o contexto onde ocorre, a pessoa é um ser único, tem necessidades individuais e subjetivas, é muito maior que a soma das suas partes, sendo indissociável do universo onde está. A intervenção de enfermagem é ser com a pessoa a partir das suas experiências. Associamos a pessoa aos cuidados como agente ativo, capaz de tomar decisões, capaz de avaliar conosco as suas próprias necessidades mas também o caminho que quer percorrer (o seu projeto de vida). A essência desta escola de pensamento é o respeito pela dignidade humana.

Jean Watson tem uma presença não só em livros, mas também nas redes sociais. O trabalho que desenvolveu é classificado uma filosofia até serem pequenas teorias. Desenvolveu juntamente com a sua equipa investigações em que o conceito chave é o Cuidar, em diferentes populações. Na Teoria do Cuidado Humano, onde a pessoa é o centro da atuação do enfermeiro, os dez fatores do cuidado são:

- 1) Ser generoso, na forma como o enfermeiro se lê a si e aos outros;
- 2) Promoção da fé e da esperança;
- 3) Solução criativa para problemas;
- 4) Formação necessária dos enfermeiros, uma formação humanista, altruísta e baseada num sistema de valores próprio;
- 5) Assumirmos como enfermeiros expressões mais positivas e mais negativas quando cuidados de alguém porque também somos pessoas;
- 6) Desenvolvimento de uma relação de ajuda e confiança na relação humana do cuidado;

- 7) Aprendizagem constante e formação contínua;
- 8) Proteção e suporte circundante ao ambiente onde a pessoa está;
- 9) Assistência face às Necessidades Humanas Básicas;
- 10) A permissão das forças fenomenológicas e espirituais (Sitzman et al., 2021).

Jean Watson considera o ser humano como um ser único, indivisível, autónomo, com liberdade de escolha, e percebida no seu ambiente. A pessoa é um ser-no-mundo, espiritual, magnífico, parte da natureza, não sendo apenas matéria (Evangelista et al., 2020). Para Jean Watson saúde é a harmonia entre mente, corpo e alma (Watson, 2012). A enfermagem, é um conceito filosófico e dinâmico que sugere carinho (Watson, 2012). O enfermeiro, nas relações de cuidado, é visto como o coparticipante do processo. A relação proporciona o acesso ao mundo do outro, e o cuidar tem como objetivo o bem-estar das pessoas que recebem os cuidados e das que cuidam, com autenticidade e de forma genuína, fundamentais numa relação de cuidado. O ambiente, implica o físico e o não físico, é destacado como de apoio e proteção (Evangelista et al., 2020).

Os estágios são tidos como momentos únicos de aprendizagem, cuja formação permite a aquisição de novas competências sob a orientação de um orientador, conhecedor e experiente na área. É no decorrer do estágio que se deve evidenciar todo o universo de saberes adquiridos, demonstrando a sua aplicabilidade fundamentada com o intuito de aperfeiçoar e obter competências que promovam a melhoria da qualidade dos cuidados, criando a capacidade de transpor para outros contextos da prática, buscando o nível de perito. Para a obtenção de resultados concretos nos cuidados de qualidade, é fundamental garantir os preceitos humanistas que remetem para o apreço pelos valores, crenças, igualdade, dignidade do ser humano e da família.

O desenvolvimento de competências profissionais depende de uma responsabilidade partilhada entre o enfermeiro e o contexto onde ele ocorre. Competência é “(...) um saber agir complexo que se apoia na combinação de conhecimentos e habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação” (Regulamento 140/2019, 2019, p.2). A competência e o aperfeiçoamento profissional são valores a observar e compete ao enfermeiro “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.” (Artigo 109º, da Lei 156/2015 de 16 de setembro, p.3). O reconhecimento da situação de vulnerabilidade do outro reclama compaixão e competência

É por esta proximidade que o enfermeiro argumenta ser o profissional mais bem colocado para defender o interesse da pessoa, somos quem conhece melhor a sua fragilidade, necessidades e vontades.

Nóvoa (1991, p. 64), diz que “a formação não se constrói por acumulação (de cursos, conhecimentos, de técnicas), mas sim através de um trabalho de reflexividade crítica sobre as práticas e de (re) construção permanente de uma identidade pessoal”. A atribuição de um plano real ao cuidar atribui-lhe uma dimensão palpável, que varia de circunstância em circunstância, sendo responsabilidade do enfermeiro analisar criticamente e adequar o cuidado pretendido.

Ao longo de todo o processo o enfermeiro usa permanentemente a reflexão fazendo observações enquanto pensa na situação da pessoa doente: “não basta executar cuidados de enfermagem com delicadeza, solicitude e simpatia, mas também questionar a própria ação, refletir sobre o porquê das coisas” (Figueiredo, 2004, p. 113). A reflexão é algo pessoal e individual (McKinnon, 2016), criando oportunidades para identificar novos potenciais dentro da prática e desafiando experiências comuns.

O conceito de Enfermagem Avançada inclui uma prática clínica avançada baseado no ensino pós-graduado e com base no conhecimento, habilidades complexas, formação, investigação, reflexão, prática baseada na evidência, liderança e implementação da mudança (Schober et al., 2020).

Os subcapítulos que apresento em seguida descrevem de forma crítica e reflexiva as competências adquiridas como Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica nos diferentes contextos de estágio.

2.1 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Para a aquisição de competências comuns e específicas inerentes ao Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica e família, a passagem por uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) torna-se imperativa.

As UCI são locais que assumem “a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente (s) ou estabelecida (s)” (MS, 2017, p.21). A elevada complexidade da pessoa admitida numa UCI, alavancou o processo de aquisição de competências através do aprofundamento de conhecimentos em resposta à exigência do contexto, tendo como objetivo promover a excelência dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica¹.

Ainda que o cuidar se baseie em evidência científica, é obrigação e compromisso do enfermeiro analisar criticamente e adaptar os cuidados às circunstâncias que encontra perante si, nunca esquecendo os sólidos padrões de qualidade sobre os quais o cuidar assenta.

A UCI onde estagiei é uma unidade do foro cirúrgico que presta assistência a pessoas em situação crítica que carecem de suporte ventilatório e/ou tratamento intensivo, na área de Neurocríticos e Trauma. Atualmente, esta unidade é composta por dois níveis de assistência de cuidados definidos pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, nomeadamente assistência de nível I e de nível III, estando integrados no mesmo espaço físico.

O serviço e a prestação de cuidados estão organizados dispondo de vários protocolos de atuação, potencializando a ação da equipa de saúde ao permitir a uniformização dos cuidados prestados, prevenção e controlo de infeção, facilitar a inclusão de novas tecnologias e o uso racional dos recursos disponíveis (Schweitzer, 2020).

A unidade tem capacidade total para 16 pessoas em situação crítica. Em cada quarto situam-se quatro unidades individuais, permitindo uma observação direta por parte do enfermeiro, garantindo uma maior vigilância, menor isolamento e economia de espaço. No entanto, esta característica também confere desvantagens, como: menor privacidade; maior perceção do ruído, e maior probabilidade de infeção cruzada. A existência de cortinas

¹ “ Aquela cuja a vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja a sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (OE, 2011, p.8656).

confere alguma privacidade, não sendo a barreira ideal para o controlo do risco de contaminação e do ruído.

Contíguo a este espaço, funciona a box de isolamento com quatro unidades, destinadas a pessoas hospitalizadas com suspeita ou COVID-19 confirmado. Dispõe de lavatório, e Equipamento de Proteção Individual (EPI). Na entrada está fixada a informação sobre o tipo de proteção necessário. Tem um circuito para sujos que não perpassa zonas sensíveis.

A unidade dispõe de janelas, que permitem a entrada de alguma luz do exterior, luzes de teto e luzes nas unidades dos doentes. A questão da luminosidade é estrutural para conferir conforto à pessoa internada, pelo que deve ser dada preferência à luz natural (Direção Geral de Saúde [DGS], 2013). É inegável a importância das janelas e luz natural, até para uma questão de salubridade, mas já sabemos que as luzes artificiais vêm auxiliar as tarefas, tornam as divisões mais claras e mantêm aquele ambiente “clínico” (de muita luz branca para ver tudo), mas é considerada uma luz fria e desconfortável para a pessoa internada.

Em cada quarto existe um carro de emergência com material para abordagem da via aérea, desfibrilhador e terapêutica de emergência. Existe um carro de via aérea difícil para dar resposta na abordagem imediata a situações de emergência, em que se exige da equipa uma resposta rápida e eficaz.

As cores predominantes são o azul e o branco, “as cores provocam emoções (...) cores que trazem serenidade (azul) (...) as cores mais suaves (tons pastel) trazem calma, sendo adequadas à recuperação de pessoas debilitadas” (DGS, 2013, p.13).

As instalações são tão importantes quanto é exigente o serviço em UCI é necessário “um espaço de descanso e convívio para os profissionais de saúde que possibilite isolamento visual e auditivo mas, permitir o regresso rápido em situação urgente”. (Administração Central do Serviço de Saúde [ACSS], 2013, p.14).

A sala de espera destinada à família é importante na UCI por serem usadas por períodos longos e de grande tensão, com necessidade de privacidade e descanso, dispendo de sofás e cadeirões (ACSS, 2013). Esta sala de espera é também um espaço de expressão, estão expostas cartas de pais, filhos, pessoas internadas no serviço que, independentemente do desfecho, narram a sua história. Neste espaço podem ser lidas mensagens de esperança, coragem e gratidão. Durante o meu percurso encontrei sempre esta sala vazia, decorrente da pandemia, contudo, considero que este espaço revela por parte dos profissionais de saúde o cuidado para com a família da pessoa ali internada.

Na equipa de enfermagem existem vários graus de competência e experiência profissional. É o chefe de equipa que diariamente recebe o turno e distribui os enfermeiros pela unidade. Em todas as equipas, e em todos os turnos, é imperativo a presença de enfermeiros especialistas. A equipa de Enfermagem é constituída por 64 enfermeiros, uma Enfermeira Gestora e 15 enfermeiros especialistas. O conceito de dotação segura em enfermagem atende ao número de enfermeiros, as suas competências e o contexto de trabalho. O Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados recomenda que a equipa numa UCI deve ser constituída por “50% de enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019b, p. 145). O rácio atual é de aproximadamente 3 enfermeiros especialistas por cada equipa composta por 12 elementos (corresponde a 25%). Em 2018, a Ordem dos Enfermeiros conclui que a especialização em enfermagem é uma necessidade crescente em Portugal, com potencial de retorno financeiro para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), a evidência científica diz que “um aumento da proporção de enfermeiros especialistas de 1% pode conduzir a uma diminuição do tempo de internamento em cerca de 6%” (Lopes et al., 2018, p. 57).

Por forma a dar resposta às necessidades de formação e aprendizagem por mim identificadas bem como o desenvolvimento de competências profissionais especializadas, defini como objetivo geral desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos. O objetivo geral por sua vez convergiu em dois objetivos específicos: desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de UCI, e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e família em contexto de UCI, na área da humanização dos cuidados de enfermagem em ambiente hospitalar.

Dada a minha personalidade e competências pessoais, achei pertinente frequentar um curso de inteligência emocional para me munir de ferramentas para gerir as minhas emoções e identificar as dos outros. A inteligência emocional é definida como “a forma como conhecemos e gerimos as nossas emoções, como formulamos os pensamentos com base nelas, e como conseguimos melhorar o nosso comportamento” (Moreira, 2019, p. 20). A literatura e investigação recente indicam o valor da inteligência emocional para o êxito das organizações, “sem saber gerir a emoção, nenhuma das restantes competências tem

sustentação” (Cury, 2015, p. 8). No decurso deste mestrado, frequentei um curso de inteligência emocional (25 horas de formação, certificado em anexo), dotei-me de competências quase como a prever o cenário angustiante que aí vinha, adotei “uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas” (OE, 2015, p. 10088) e reconhecido no regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (OE, 2010, p. 4745). Desenvolver o autoconhecimento é um processo que deve ser intencional, um investimento em mim e na relação que quero estabelecer. Vi uma oportunidade de expandir o conhecimento que tenho de mim própria.

A teórica contemporânea Karen Foli é uma autora dedicada ao estudo do bem-estar dos enfermeiros. Debruça-se sobre temas como o impacto das situações de crise, de incerteza e das implicações na saúde emocional dos enfermeiros. Fala da influência do trauma psicológico dos enfermeiros, fala do sentimento de culpa sentido pelos enfermeiros dada a noção da limitação de cuidados que podem oferecer, e da importância de cuidarmos de nós próprios. Somos pessoas, temos sentimentos e família que espera por nós. A autora reconhece assim a necessidade de ter ao dispor serviços de saúde mental, de apoio emocional, e de projetos de trabalho de cuidar em equipa (Foli, 2019).

Karen Foli refere que um antídoto para evitar que situações danosas ocorram é saber que eu, como enfermeira, posso incorrer num processo de trauma psicológico. É preciso saber que existe apoio psicológico e emocional da equipa, pois oferece uma sensação de segurança e mantém-me alerta para o meu bem-estar. Este apoio é muito necessário de forma a evitar o desgaste físico e mental, situação conhecida que pode ocorrer na evolução destas pandemias, um questionário realizado a 532 profissionais de saúde revela que “quase três em cada quatro (72,2%) apresenta níveis médios ou elevados de exaustão emocional e valores semelhantes de *burnout*” (Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP), 2020).

Trabalhamos atributos de maior resiliência, crescemos num ambiente hostil, experimentamo-nos nos medos e nos receios, e transformamo-nos à conta da experiência traumática. Nos momentos de maior caos foi essencial o trabalho em equipa, a capacidade de prever as necessidades dos outros, estar em harmonia e ter uma compreensão partilhada das situações (Khademian et al., 2020). O trabalho em equipa reflete-se na segurança da pessoa internada, na qualidade do atendimento e na eficácia dos serviços de cuidados de saúde.

Existe urgência na adaptação à pandemia: surgem circuitos, paredes, acrílicos e formas de comunicação alternativas. Os olhos são os protagonistas do rosto. No cenário desolador, abrem-se janelas de oportunidade de mudança que, dificilmente, surgem em tempos normais, e o hospital e os seus profissionais procuraram dar respostas singulares em situações excepcionais.

Para a diferenciação dos circuitos, limpo e sujo, era necessário existir um meio de comunicação entre os enfermeiros do quarto COVID-19 (se ocupado) e o enfermeiro *runner* (enfermeiro de ajuda mas que permanecia no circuito limpo), de forma a fornecer apoio e material que não se conseguia antecipar e que seria necessário.

Na procura de soluções para este problema, surgiram diferentes hipóteses: a primeira foi abrir a porta da sala e falar, mas esta solução aumentava a dispersão de partículas e aerossóis, aumentando o risco de contaminação; outra hipótese seria escrever com papel e caneta, no entanto, perderíamos muito tempo na escrita e existiria dificuldades na compreensão da letra; também poderíamos levar todo o material para a sala, contudo isso implicaria o desperdício do excedente. Foi sugerido por um colega como solução o uso de *walkie-talkies* na resolução deste problema, assim seria possível comunicar de forma efetiva e clara.

A integração dos *walkie-talkies* facilitaria a questão da comunicação, sendo preciso apenas definir as componentes humanas da mudança: as práticas comportamentais, a correta utilização do equipamento e o conhecimento dos processos de trabalho. Esta solução cumpriu o objetivo revelando ser uma mais-valia no processo de comunicação entre os elementos da equipa, funcionando como ponte de comunicação entre o enfermeiro de sala e o enfermeiro runner. A pandemia forneceu desafios que acabaram por se transformar em oportunidades nos serviços de saúde. Na situação descrita não foi preciso criar nada, bastou utilizar algo que estava ao nosso dispor através de material doado ao hospital pelo enfermeiro do serviço. Este exemplo revela a importância da existência de elementos que tenham mais perguntas do que respostas e que pensem “fora da caixa”, mesmo que isso implique falhar e que incentive a autonomia das equipas e a sua participação nas decisões. Os enfermeiros têm o compromisso de desenvolver novas competências, necessitando frequentemente de adotar e promover transformações no seu método de trabalho.

O modelo de registo revela muito do que a equipa de enfermagem é: “50% das informações inerentes ao cuidado do cliente/paciente são fornecidos por esta categoria profissional, tornando-se indiscutível a necessidade das anotações (registos) adequadas e frequentes” (Ferreira et al, 2020, p.92). Os processos de raciocínio clínico têm início na fase

inicial de colheita de dados, que nos dará pistas para o nosso julgamento clínico se basear na escolha mais adequada.

A aquisição de conhecimentos sobre o método de registro utilizado nesta unidade foi um desafio diário, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é “uma classificação sistematizada que “arruma” de forma dinâmica um volume crescente de informação” (Abreu, 2007, p.84), permite enunciar um diagnóstico de enfermagem, determinar intervenções e identificar resultados, produzindo uma linguagem comum. O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico, sobre respostas e experiências da pessoa, família e comunidade. Sem julgamento não sei qual a intervenção a usar.

Ainda acerca dos conhecimentos no âmbito dos cuidados à pessoa em situação crítica prestei cuidados de higiene e conforto, planeei e executei os posicionamentos de acordo com a condição da pessoa ao meu cuidado. Realço a importância do contato que tive durante o estágio com material específico: pessoa em situação crítica com cateter venoso central, pressão venosa central, pressão intrabdominal, linhas arteriais, drenagens ventriculares externas e cateteres de pressão intracraniana, com respectiva interpretação de linhas e valores. A par do contato que tive com este tipo de material e equipamento, evidencio a panóplia de fármacos particulares utilizados neste serviço, tendo preparado, administrado e monitorizado terapêutica complexa como: amins, fibrinolíticos, cardiotônicos, vasodilatadores. Realizei vigilância intensiva da pessoa em situação crítica do ponto de vista ventilatório, hemodinâmico, estado de consciência, estado nutricional e avaliação da dor.

A UCI é um contexto onde existe elevada prevalência de pessoas em situação crítica submetidas a ventilação mecânica invasiva. O internamento prolongado, a ventilação mecânica, a oxigenoterapia, a sedação e o coma, são alguns fatores que comprometem os mecanismos de defesa. O sistema visual é comprometido pelo condicionamento do cerrar das pálpebras ou do piscar dos olhos. Estudos internacionais indicam lesões da córnea em 59.4% dos pacientes internados em UCI, com tempo médio de aparecimento 8 a 9 dias depois de internados (Araújo et al., 2018). Refleti com a enfermeira orientadora, sem crítica com tempo para traçar estratégias preventivas de modo a garantir os cuidados oculares, a necessidade de avaliar a cada turno a presença de exsudado ou opacidade da córnea, lavar externamente cada olho com uma compressa embebida em água destilada da zona mais limpa para a mais suja (uma compressa para cada olho) (Costa et al., 2019). Trouxe este saber do meu local de trabalho; em cirurgias, mesmo que curtas, é imperioso o encerramento e a lubrificação do olho.

A identificação de problemas potenciais da pessoa em situação crítica e a prescrição de intervenções face aos problemas identificados, constam no enunciado Prevenção de Complicações dos padrões de qualidade de enfermagem (OE, 2012). Este estágio permitiu cimentar a competência “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (OE, 2019a, p.4745).

Outras medidas para diminuição do risco de infeção em pessoa em situação crítica ventilada é a aspiração de secreções endotraqueais é um procedimento asséptico que só deve ser realizada quando necessário (Balbino et al., 2016). A aspiração supraglótica retarda e é eficaz na redução da pneumonia associada à intubação. Não é indicado instilar soro fisiológico (DGS, 2015). A sequência na aspiração das vias aéreas superiores deve ser: traqueia, nariz e boca. Para considerar os cuidados orais em pessoas hospitalizadas eficazes é importante que incluam a avaliação oral e a higiene oral. A *American Association of Critical Care Nurses* (2017) recomenda o uso de escovagem duas vezes por dia à pessoa em situação crítica ventilada, além de outros cuidados orais mais frequentes, a cada 2/4 horas, referentes à higiene para manter a mucosa oral limpa e a aspiração de secreções (Junior et al., 2020).

Os serviços não estão no seu *modus operandi* a 100%. A pandemia trouxe constrangimentos. Há circuitos que não percorremos, pessoas em situação crítica que não contactamos, os projetos estão em pausa nos contextos. Há pouco lugar e pouca disponibilidade para a inserção de conteúdo novo. Por querer contribuir e partilhar também o conhecimento de acordo com as necessidades do serviço, acrescentei um *paper* sobre o *Prone positioning* numa pasta dedicada ao COVID-19 que se encontrava na UCI. O enfermeiro é um interveniente essencial na organização dos cuidados à pessoa com Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda em *prone positioning*, desde a preparação, execução e manutenção deste decúbito. Este procedimento deve ser efetuado por equipas treinadas com recurso a *checklist* de intervenção como medida de qualidade e segurança (*Joint Commission International*, 2021). A vigilância e monitorização contínua e rigorosa são consideradas *gold standard* dado que minimizam o risco de intercorrências e garantem a segurança do procedimento apoiando a qualidade da prática clínica. Levei este saber para o meu contexto profissional, posicionamento realizado aos doentes, muitas vezes para determinadas cirurgias. O conhecimento ajuda-me a descrever como presto os meus cuidados de enfermagem e influenciar de alguma maneira a cultura e a política

organizacional, a forma como os cuidados são prestados e a maneira como os avalio, influenciando assim a equipa de saúde no meu contexto profissional.

Portugal tem uma população envelhecida. Um milhão de portugueses tem mais de 75 anos. (MS,2018), daí ser preciso habilitar especialistas que cuidem do “mais velho”, saber a especificidade da pessoa idosa e sua família para desenhar estratégias pertinentes ao seu bem-estar: “a criança de ontem é o adulto de hoje e a avó ou avô de amanhã” (SNS, 2017, p.7).

O Sr. A., de 83 anos, é admitido na UCI após ser submetido a drenagem de hematoma subdural. Estava sob sedação farmacológica leve, em posição de *semi-fowler*, encontrava-se confuso, fruto do processo de doença e do envelhecimento, mas calmo.

A pessoa em situação crítica tem os seus movimentos condicionados por causa de todos os fios e tubos conectados ao corpo, e pelo aparato tecnológico como a presença de monitores e ventiladores. O Sr. A. estava continuamente a puxar o lençol para cima, e continuamente dava a sensação que poderia, em algum momento, retirar os dispositivos médicos. A equipa recomendou-me a restrição de movimentos, a decisão para o seu uso é complexa e as razões são a segurança da pessoa doente, principalmente na prevenção de quedas e remoção de dispositivos médicos mas, “há muitas repercussões da restrição física entre os pacientes, que envolvem o aumento do risco de *delirium* e do tempo de internação na UTI” (Santos et al., 2021). Fui capaz de controlar a pessoa ao meu cuidado sem recorrer à contenção física, pois sabemos que a restrição física deve ser usada quando todos os outros recursos se mostram inúteis.

Uma vez que já me encontrava numa fase de maior autonomia no cuidado à pessoa em situação crítica, aproximei-me do Sr. A e conversei com ele. O Sr. A. nunca me respondia verbalmente, mas acenava, e eu, às vezes, percebia o que ele me queria dizer. Pela forma como continuamente movia os braços apercebi-me que tinha frio. Trouxe-lhe um cobertor. A sua expressão mudou, e nunca mais puxou o lençol. O que envolveu este momento fez-me sentir bem. A tranquilidade e conforto transmitido ao Sr. A. através da disponibilidade e do olhar atento. O proporcionar aconchego. Este episódio ilustra como em enfermagem nada é insignificante, "um simples cobertor" para o Sr. A foi um ato de enfermagem valioso, e esta é a diferença que se espera de um especialista, não são só atos de grande complexidade instrumental mas sim um todo, “as pequenas coisas, aparentemente, tão anódicas (...) Por vezes são tão ou mais necessárias do que os atos complicados que implicam alta tecnologia” (Heesben, 2003, p. 87).

Benner (2001) diz que na prática a diversidade de casos e as exceções escapam àquilo que vem descrito nos manuais, para dar lugar à riqueza de situações, similares ou não, encontradas pela enfermeira experiente.

A pessoa internada na UCI, quase sempre, sente medo e desconforto, pela presença inúmeros instrumentos que a mantêm sobre uma rigorosa vigilância, mas, por vezes, causam dor e desconforto: pelo ruído dos alarmes e a presença de luzes que perturbam a necessidade de sono e repouso, e também por estar longe da família. O internamento em cuidados intensivos envolve uma “névoa de sentimentos de insegurança, dor, sofrimento e ansiedade, que induzem o doente crítico ao desconforto”. (Pontífice-Sousa et al., 2018, p. 500).

No decurso do estágio cuidei da Sra. T, de 66 anos de idade, proveniente de Faro, tinha uma doença de base associada a inúmeras comorbilidades, com mau prognóstico. Diagnosticada com neoplasia da mama já operada em fase avançada, desenvolveu uma leucemia aguda mieloblástica secundária à terapêutica. Encontrava-se sob o efeito de sedoanalgesia, com suporte ventilatório e hipotensão marcada com noradrenalina em perfusão endovenosa contínua.

A pessoa que lida com a doença oncológica vivencia a experiência de sobrevivência, bem como a antecipação da morte (Levinger et al., 2019). A expressão “venceu a luta contra o cancro” não se coloca a pessoas com cancro metastático. A pessoa que vive com cancro metastático vive com uma doença crónica e terminal, enfrenta desafios únicos como procedimentos médicos frequentes, prognóstico incerto, gestão de sintomas agudos e crónicos, sofrimento psicológico e dificuldades financeiras (Tometch et al., 2020).

Perante uma situação irreversível, temas como o alívio do sofrimento, os limites terapêuticos, e a dignidade humana, suscitaram a discussão na equipa de saúde. O tratamento tem limites e aceitar esses limites é aceitar a inevitabilidade da morte. «Obstinação diagnóstica e terapêutica» os procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desproporcionados e fúteis, no contexto global de cada doente, sem que daí advenha qualquer benefício para o mesmo, e que podem, por si próprios, causar sofrimento acrescido” (Leis de Base, Cuidados Paliativos, 2012, p.5119). Nesta situação, colaborei com a equipa no sentido de auxiliar a tomada de decisão, na perspetiva de atuação e da “complementaridade funcional com os demais profissionais de saúde.” (OE,2015, p.102)

O cuidar quando não é possível curar fez com que fosse decidido em equipa que os procedimentos e manobras invasivas realizados à Sra. T., cujo benefício fosse mínimo face ao seu desconforto e risco, fossem eliminados, privilegiando a consagração de “receber

cuidados paliativos adequados à complexidade da situação” (Lei n.º 52/2012, 2012, p. 5120). O propósito do cuidado de enfermagem prestado passava por proporcionar uma morte serena, com o menor sofrimento possível, e envolvida no seu seio familiar, ou seja: o cuidar em fim de vida com pouca tecnologia e muito afeto.

Devido à pandemia de COVID-19 e consequente restrição de visitas, o contacto familiar foi feito por chamada telefónica, a família já sofria pelo conhecimento do prognóstico da doença e a distância a que estava obrigada, foi-lhes transmitida numa mensagem clara e honesta da proximidade da morte do seu ente querido. No apoio à família perante esta situação de intenso desgaste emocional é essencial a perícia na comunicação que requer conhecimento e empatia. Após a notícia os quatro filhos da Sra. T apressaram-se na sua viagem de Faro para Lisboa, uma viagem penosa para um último toque, carinho e adeus. Gostaria de relatar que os mesmos chegaram a tempo mas, tal não aconteceu.

Olhei para a Sra. T, vi uma mulher lutadora e vencedora de inúmeras batalhas travadas na luta contra o cancro, num ambiente hospitalar que lhe era desconhecido aguardava a última etapa da sua vida. A morte da Sra. T, deixou nos filhos um rasto de dor pelo que o seu ente querido sofreu e um sentimento de impotência pela impossibilidade de estarem presentes nas suas últimas horas de vida. No entanto, para atenuar a sua dor, disse-lhes que quando a sua mãe partiu, ela não estava sozinha, eu estava lá! Nas suas últimas horas, foi proporcionado à sua mãe, o conforto e a serenidade possível, que ela não estava com dor e acima de tudo, que ela não estava sozinha, eu estava lá.

A gestão está também implícita na capacidade de priorizar as intervenções de enfermagem e as estratégias que a equipa usou para ajudar no alívio da dor e maximizar o conforto garantindo o controlo dos sintomas. Neste caso, a equipa de enfermagem, após discussão conjunta com o médico responsável, redefiniu os objetivos terapêuticos, de modo a garantir o conforto e o controlo dos sintomas, foram prestados os cuidados apropriados, evitando intervenções desnecessárias.

Foram implementadas medidas de conforto como: diminuir as fontes de ruído ambiental; correr as cortinas e diminuir as luzes para facilitar o sono; desligar o equipamento que não está a ser utilizado; baixar o nível dos alarmes dos ventiladores e equipamentos; minimizar a presença de equipamentos tecnológicos da unidade; uso de massagens; alternância de decúbitos; terapia de relaxamento e controlo da dor, nesta fase o objetivo do tratamento é o conforto do doente. A Doutora em Enfermagem Filipa Veludo estuda o conceito de conforto como sensação e diz-nos que “A sensação de conforto fortalece as pessoas, aumenta a

capacidade de lidar com as adversidades da vida, proporciona uma morte serena e aumenta resultados institucionais de qualquer entidade de saúde” (2019, p.166).

Como mencionado, podemos providenciar um maior conforto a partir de medidas que conferem uma melhor qualidade do sono. O sono tem um papel importante na nossa saúde física e é crucial para a sensação de bem-estar. É essencial para as funções vitais, conservação de energia, modulação da resposta imunológica, cognição, desempenho, vigilância, doença, tal como o nosso estado psicológico (Mc Laughing, 2018). Sabemos que o ambiente numa UCI é pouco propício ao sono, pois coisas como a dor, ansiedade, efeitos da medicação, intervenções médicas, ruído ambiente, luz, e a doença aguda, contribuem para diminuir a qualidade e quantidade do sono. A persistente privação do sono e hospitalização contribui para o desenvolvimento de delírio (Mc Laughing, 2018). Os enfermeiros por serem os elementos da equipa de saúde mais presente e interventiva no período noturno, têm uma oportunidade única de melhorar a saúde da pessoa hospitalizada ao minimizar os fatores que contribuem para a prevenção do sono. Daí ter promovido uma reflexão com a minha orientadora sobre a minha inquietação ao perceber como era difícil a pessoa ao meu cuidado conseguir dormir. Pessoas a entrar no quarto, a dor da cirurgia, a administração de analgésicos, os sinais sonoros, a verificação de sinais vitais, a medicação da noite. A constante interrupção do sono; no espaço de uma hora acordei-o três vezes: a colheita de sangue, a bomba de perfusão, retirar o lixo do quarto.

Coordenar e agrupar cuidados é uma das formas através das quais nós, enfermeiros, podemos ajudar a pessoa em situação crítica a dormir no hospital. Diminuir o número de perturbações durante a noite melhora a qualidade do sono. Pequenas mudanças podem fazer grandes diferenças. Ponderámos que quando a pessoa pede analgésicos à noite, podemos considerar agrupar os cuidados planeados, ver os sinais vitais, administrar a medicação noturna e colher sangue. Podemos trabalhar com outros profissionais: “É preciso tirar o lixo às 4h da manhã? Pode ser mais tarde?”. Promover o sono da pessoa hospitalizada é um papel crucial dos enfermeiros e coisas como o agrupamento de cuidados e implementar períodos de silêncio são ótimas estratégias que podemos considerar para promover o sono, e assim atribuir um maior conforto.

O impacto da pandemia veio prestar alguns desafios a nível de um outro tipo de “conforto”, nomeadamente o conforto – carinho, o apoio – da família quando ele é mais necessário: “Em junho, o tema que dominou os pedidos de informação foram os “Direitos dos Utentes”, destacando-se: (1) direito ao acompanhamento de utentes grávidas; (2)

restrições de visitas hospitalares; e (3) impossibilidade de acompanhamento durante prestação de cuidados” (ERS, 2020).

Uma UCI é, pela situação crítica em que as pessoas se encontram, um local complexo onde a família, na maioria das vezes, experiencia todo o processo de forma profundamente dolorosa e traumática. Vieira (2017, p.67) define família como “o grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas”. A família é um espaço e meio de desenvolvimento pessoal, relacional, social e cultural, com transmissão de valores “porque é próxima, porque ama, porque envolve e inclui” (Carneiro, 2000, p.7).

A admissão da pessoa doente no hospital afeta o funcionamento de toda a família. Ser internado numa UCI “é diferente de ser internado num outro serviço” (Mendes, 2013, p. 46), muitas vezes é sinónimo de medo, instabilidade, possibilidade de morte, o que pode desencadear situações de crise e mudanças familiares sérias. Moreira (2001), diz que “quando a família é confrontada com a doença de um dos seus membros, todos os elementos vão sofrer de ansiedade e *stress*” (p. 24).

Com o surgimento da pandemia, o hospital onde realizei estágio veio dar resposta à necessidade de proteger o profissional, a pessoa internada e a comunidade, com medidas adicionais documentadas em circular informativa onde implementa medidas de restrições de visitas.

A Carta dos Direitos do Doente Internado consagrou como número 13 o direito à visita de familiares e amigos colocando assim um desafio às instituições e profissionais de saúde, no sentido de se encontrarem estratégias por forma a mitigar o contacto físico com a rede social e familiar da pessoa internada. Face à problemática e tendo em conta que apesar de distantes, pessoa internada e família podem estar próximos, constitui-se para mim uma preocupação ir ao encontro de soluções particularmente acessíveis e fáceis de implementar.

Para contornar as restrições à presença física e proporcionar canais de comunicação com a família, foram encontradas pela instituição e serviço onde realizei o estágio as seguintes soluções: foram identificadas situações de exceção (dependência, doença avançada ou fim de vida), em que é permitida a presença de um familiar em hora indicada; foi disponibilizado o contato telefónico do serviço como via de informação e comunicação entre a família, a equipa médica e a equipa de enfermagem; para além disto foi criada a equipa móvel “Mais próximos de Ti”, que nos disponibilizou um *tablet* e um *smartphone*, permitindo a realização de videochamadas entre a pessoa internada, a família e os profissionais de saúde.

A Sr.^a C., de 44 anos de idade, esteve ao meu cuidado. Politraumatizada na sequência de acidente de viação, carecendo de internamento na UCI por necessidade de vigilância rigorosa e monitorização contínua. A Sr.^a C., uma vez acordada, expressava-se verbalmente. Devido à instabilidade hemodinâmica ainda não tinha sido possível estabelecer contato com a família. Após 6 dias de internamento foi permitida a realização de uma videochamada para a filha. Esta videochamada é realizada por um elemento da equipa de enfermagem, que começa por explicar à família numa linguagem simples e acessível o estado do familiar, explicando como a pessoa se encontra e a função dos diversos equipamentos tecnológicos utilizados na prestação de cuidados. Esta informação ajuda na compreensão daquilo que o familiar vai observar.

A possibilidade de contato procura proporcionar à família e à pessoa doente internada um estado de menor sofrimento e de equilíbrio emocional. Um cenário simultaneamente alegre e triste, porque por um lado conseguiram comunicar, enquanto por outro existiu a mágoa do distanciamento atualmente imposto, momento simbólico que comoveu toda a equipa.

Esta reflexão é sobre o amor como motor do funcionamento familiar e a proximidade para atingir a tranquilidade, onde a internet e as tecnologias móveis surgem como fator atenuante da não-presença, do não-contacto, da não-proximidade, permitindo que a ligação reconforte a família e que a mantenha serena. Num mundo cada vez mais tecnológico, importa que tecnologias sejam utilizadas com foco nas necessidades humanas. A vertente humana implica que se crie um ambiente de confiança e empatia que vincula a relação entre a pessoa e o profissional de saúde, pelo que as soluções tecnológicas têm, no contexto de prestação de cuidados, um desafio que vai muito além da eficiência, exigindo um equilíbrio entre a tecnologia e a componente humana.

A transformação digital é hoje uma realidade na sociedade e nas organizações, com as tecnologias a potenciarem um conjunto de oportunidades e de otimização dos recursos, no sentido de criar valor para o cidadão e melhoria para segurança e qualidade em saúde. Contudo, “O desenvolvimento tecnológico constitui por si um elemento humanizador, posto ao serviço das necessidades das pessoas e dos povos, é necessário fazer também um resgate dos 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).

A transformação digital assentará no princípio da centralidade do cuidado na pessoa, a premência desta mudança implica que haja um conhecimento profundo da pessoa internada e família, seguida de uma adaptação ao mesmo e posterior criação de tecnologia que responda às suas necessidades e preferências.

A experiência profissional e preparação/formação académica permitiu-me prestar cuidados de acordo com a mais recente evidência científica, no entanto, a abrangência médica e cirúrgica não permite esgotar essa preparação, pelo que me inscrevi numa sessão de formação da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, *COVID-19 Challenging Nurses* dia 29, 30 e 31 de outubro do ano 2020, num total de 27h (certificado em anexo II), esta sessão, constitui-se relevante no que toca ao subsídio dado à obtenção do grau de mestre e no trabalho desempenhado durante o estágio. Resultou numa melhoria de competências e cuidado diferenciador extra durante a pandemia, formou-me para uma melhor *performance* perante o contexto pandémico.

Da *scoping review* realizada no âmbito das “Estratégias Promotoras da Comunicação com recurso à tecnologia, entre pessoa adulta internada e família durante a pandemia COVID-19”, conseguimos publicar os resultados num congresso nacional e em dois internacionais. Divulgámos o protocolo da *scoping review* no *JBI European Symposium & SPIDER Multiplier Event*; divulgámos quais as estratégias promotoras da comunicação 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 Universidade Católica Portuguesa e, os Resultados do uso da visita virtual em póster no VI Simpósium de Enfermagem 2021 “Ontem – Hoje – e... Amanhã”. Nesta envolvência percecionámos a importância da investigação e divulgação dos seus resultados, dado ser a forma de fazer chegar a informação e conhecimento mais longe, a torná-lo conhecimento comum.

2.2 GABINETE COORDENADOR DE COLHEITA E TRANSPLANTAÇÃO

A meta do estágio neste serviço e com esta equipa específica centra-se no conhecimento da atividade de doação, colheita e transplantação de órgãos e tecidos.

Um transplante é a transferência de células, órgãos ou tecidos de uma pessoa (dador) para outra (recetor), a fim de repor uma função perdida (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2019). Este processo pressupõe um minucioso trajeto ao qual se segue o desafio e dificuldade em dar resposta ao grande número de pedidos (recetores).

O primeiro passo do processo é a identificação e referenciação do potencial dador, entendendo-se como a pessoa com o diagnóstico de Morte Cerebral (MC) ou paragem cardiorrespiratória cujos órgãos se destinam a ser recuperados para fins de transplantação (IPST, 2013). A morte cerebral pode ser definida como a cessação irreversível do cérebro e da sua função (IPST, 2017), por sua vez, a morte por paragem cardiocirculatória é a ausência de batimentos cardíacos, movimentos respiratórios espontâneos e pulso central (Nunes et al, 2018).

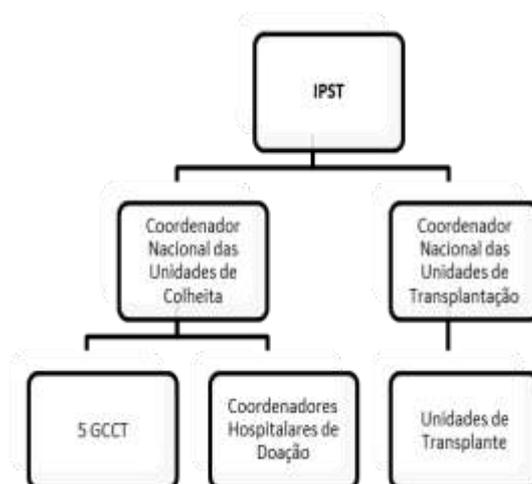
Os órgãos possíveis de serem transplantados em território nacional são rim, fígado, pulmão, coração e pâncreas. Os tecidos são a medula óssea, córnea, tecidos osteotendinosos, válvulas cardíacas e pele (Associação Portuguesa de Insuficientes Renais, [APIR], 2017). Não existe limite de idade, só a qualidade dos órgãos indicará se estes poderão ser utilizados ou não para transplante (IPST, 2019). Em Portugal vigora o consentimento presumido, isto é, todos somos potenciais dadores, exceto se, em vida, declararmos oposição à dádiva no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA)². Seguindo o princípio ético da autonomia, onde o indivíduo tem o poder de decisão sobre si mesmo, a doação de órgãos e tecidos demonstra uma atitude solidária e altruísta, refletindo a valorização da comunidade.

Tornou-se necessária a criação de centros especializados na coordenação de colheita de órgãos e tecidos, e na gestão dos processos conducentes à transplantação dos mesmos, contribuindo para um aumento no número de doações e a respetiva rentabilização dos órgãos doados.

Existe um Coordenador Nacional de Transplantação, com ligação às Unidades de Transplante, que articula com a área da doação através dos Coordenadores Hospitalares de Doação e dos Coordenadores do GCCT.

² Em Portugal aplica-se um regime de consentimento presumido, consistindo a “obtenção de consentimento para a doação” na consulta, pelos Coordenadores do GCCT, ao Registo Nacional de Não Dadores – RENDA.

Imagem 1. Unidades de Colheita e Transplantação



As equipas hospitalares de doação e os coordenadores do GCCT procuram, dentro da sua área de ação, maximizar a deteção precoce de potenciais dadores, no sentido de aprimorar as oportunidades de doação e a respetiva otimização dos órgãos doados.

Todos os hospitais, públicos e privados, desde que disponham de uma UCI com capacidade de suporte ventilatório, devem nomear um Coordenador Hospitalar de Doação (CHD) (médico com formação específica) que se encarregue da deteção e referenciação dos potenciais dadores ao GCCT. São 56 hospitais dadores no país, existindo um CHD nomeado em cada um deles.

Cabe ao Coordenador Hospitalar de Doação de cada hospital central “manter os níveis de doação elevados, por intermédio da implementação de uma cultura de doação entre os profissionais de saúde, principalmente nos serviços onde existe mais potencial, como os de Urgência/Emergência, Neurologia e Neurocirurgia” (Simões, 2014, p. 19).

A nível nacional existem cinco GCCT, distribuídos pelo norte (Hospital de Santo António e Hospital de São João, no Porto), centro (Hospitais da Universidade de Coimbra), e sul do país, com sede em Lisboa, concretamente no Hospital de São José e Hospital de Santa Maria.

O GCCT onde realizei o estágio é uma estrutura autónoma composta por dois enfermeiros especialistas com formação específica em coordenação de colheita e transplantação de órgãos e tecidos (denominados nessa função por coordenadores de colheita e transplantação). São responsáveis por um “trabalho de bastidores” importante para o sucesso do processo de colheita e transplantação de órgãos e tecidos.

Neste contexto, têm como função principal a coordenação dos processos de colheita em 23 hospitais da sua rede de referência (abrangendo grande parte da zona metropolitana de Lisboa, região Sul e região autónoma da Madeira). Encontram-se disponíveis 24 horas por dia, sete dias por semana, num sistema de contato permanente que assegura uma resposta eficiente à identificação de um potencial dador, à sua referência, posterior gestão do processo de colheita e alocação dos órgãos às Unidades de Transplante. Coordenam também uma equipa de colheita multiprofissional que tem na sua composição 15 enfermeiros (seis dos quais especialistas em enfermagem Médico-Cirúrgica), que desempenham as suas funções em regime de prevenção para a realização da colheita de órgãos e tecidos nos dadores identificados.

Este capítulo pretende partilhar o que vivi e senti no ambiente onde se desenrola a ação e o aporte dado no desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas no GCCT, em conformidade com os objetivos a que me propus.

A atividade de colheita de órgãos foi desde sempre uma área de interesse para mim. Desta forma procurei: desenvolver competências científicas, técnicas, éticas legais e relacionais no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica e família, no processo de doação, colheita e transplantação de órgãos e tecidos, considerando este o objetivo geral de estágio.

A minha experiência em bloco operatório, onde se desenvolvem processos de colheita de órgãos e tecidos, permitiu-me observar o desenrolar destes processos no intraoperatório, porém sempre na perspetiva de um observador externo. Agora, em contexto de estágio, vivenciei o desenrolar do processo desde a referência do dador até à colheita e distribuição dos órgãos pelas unidades de transplantação.

A enfermagem rege-se por um conjunto de conhecimentos científicos e princípios éticos e desenvolvem e cimentam competências através da aprendizagem experiencial própria de cada contexto clínico, pois segundo Benner (2001) as competências desenvolvem-se na ação. A alteração para um contexto desconhecido leva ao declínio do nível de expertise, estando assim num estágio de iniciado avançado no desenvolvimento de competências, uma vez já ter experienciado situações reais e sendo capaz de identificar os “fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas” (Benner, 2001, p. 50).

A complexidade, a imprevisibilidade de ocorrência, e o minucioso trajeto do processo de doação, colheita e transplantação de órgãos e tecidos, caracterizam o GCCT como um espaço ideal de desenvolvimento de competências na área deste curso de mestrado

onde o enfermeiro assume o dever de “participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida” (Lei n.º 156/2015, de 16 de Setembro de 2015, p. 8079). Dentro do objetivo geral, defini como objetivo específico desenvolver competências na gestão de cuidados de enfermagem especializados ao potencial dador de órgãos e sua família no Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação.

Este estágio foi realizado em contexto da pandemia por COVID-19 e devido às restrições impostas esteve sempre presente a possibilidade da redução da atividade de colheita e transplantação de órgãos e tecidos. A Dr.ª Margarida Ivo da Silva, coordenadora nacional da transplantação, explica numa reportagem que foi necessário aumentar “a contingência relativamente à doação, porque o risco de infeção era iminente” (sic).

Dada a situação excecional, novas indicações clínicas e normas foram emanadas pela DGS conjuntamente com o IPST (Instituto Português do Sangue e da Transplantação) e Instituto Ricardo Jorge de modo a fornecer orientações para a prática neste contexto específico. Neste âmbito, só é possível a colheita de órgãos em dador falecido em morte cerebral ou paragem cardiocirculatória após resultado de teste negativo para a presença de SARS-CoV-2. Todos os potenciais dadores infetados ou com suspeita de infeção, com temperatura superior a 37,5° C, são rejeitados. Para a pessoa que aguarda transplante também é obrigatória a realização de teste. Se o resultado for positivo para a COVID-19 tem o procedimento suspenso e só após 28 dias estará apto para reavaliação e retorno para a lista de espera (DGS, 2020).

Durante a pandemia assistiu-se a um decréscimo no número de dadores. O momento foi de grande pressão. Todos os hospitais tiveram que readaptar a gestão para responder a uma nova realidade, e a área da transplantação não escapou à dificuldade dos dias. Durante a crise pandémica, as UCI, normalmente grande fonte de dadores, tornaram-se, por necessidade, unidades vocacionadas para a COVID-19, pois havia o risco de falta de camas e falta de disponibilidade de ventiladores.

Entre as pessoas que esperam por um órgão algumas morrem antes de o obter. Após a admissão na UCI, o tempo de manutenção do potencial dador deve ser o mais curto possível, de modo a preservar a viabilidade dos órgãos. Dados estatísticos divulgados pelo Hospital de Faro revelam que o tempo médio de internamento dos “potenciais dadores de órgãos admitidos na nossa UCI nos primeiros nove meses de 2020 foi de 4,5 dias, comparativamente a uma média de 3,6 dias nos períodos homólogos dos 5 anos precedentes”

(Ribeiro et al, 2020), devido à realização de mais um teste de rastreio de SARS-CoV-2 cujo resultado pode demorar até 12 horas.

Aqui dá para refletir no impacto de quem está à espera, numa espera que pode ser longa demais, num viver entre a esperança e a desesperança de um transplante. A desesperança é a “ausência de futuro. O amanhã não será apenas pior do que o hoje, simplesmente não acontecerá” (Monteiro, 2014, p. 32).

“No ano em que Portugal e o Mundo enfrentaram a pandemia por COVID-19 (...) assistimos a uma diminuição global da atividade mundial e europeia, verificada também em Portugal. (...) no que se refere à atividade de doação de órgãos de dador falecido, observou-se uma diminuição de 27%” (Instituto Português do Sangue e da Transplantação [IPST], 2021).

O propósito de fazer frente a esta realidade impulsionou o traçar de novas estratégias, e daí a Direção Geral de Saúde dá novas indicações: a atividade de doação, colheita e transplantação de órgãos e tecidos “Só deverão ser suspensos como último recurso” (DGS, 2020, p.2).

Assiste-se a uma resiliência por parte dos profissionais pela capacidade de responder positivamente a uma situação adversa e emergir da mesma, munidos de mais recursos. O gerir os momentos de desânimo e ansiedade, o cansaço que este contexto pandémico trouxe para os profissionais de saúde, assim como o gerir a necessidade e a produção de novas formas de processos definidos e instituídos, promoveu a capacidade de flexibilidade e adaptabilidade dos profissionais perante o novo cenário e o impacto de tudo isto na procura do equilíbrio entre a constância e mudança. Daí corroborar com Amaral-Bastos (2013, p. 68) quando diz que “relacionar-se, assumir responsabilidades conjuntas, acreditar nas capacidades pessoais e dos outros, fazer escolhas significativas, ser perseverante e flexível são ferramentas importantes na hora de enfrentar as adversidades que a vida vai apresentando”, sendo estas estratégias apropriadas como resposta ao *stress* imposto pelo contexto.

Agora e à data os números dão sinais de retoma. As curvas de doação de órgãos apresentaram sinais de recuperação, o que indica uma adaptação às novas condições. O desafio é aproveitar todas as oportunidades de doação e otimizar o número de órgãos possível de se obter de cada dador.

O processo de doação, colheita e transplantação é longo e minucioso, devendo ser premeditado e supervisionado, onde todos os passos influenciam o seu sucesso.

Durante o tempo de estágio, o coordenador de um Hospital fora da área Metropolitana de Lisboa contactou o coordenador do GCCT referenciando um potencial dador, do sexo masculino e 25 anos de idade, com morte cerebral já confirmada. Quando o doador aparece inicia-se uma “corrida contra o tempo”, a fim de viabilizar a explantação adequada dos órgãos para um transplante bem-sucedido. A gestão do tempo e dos recursos disponíveis tem um efeito determinante neste tipo de situações.

A “melhoria contínua da qualidade requer um método” (*Comité Europeu para a Transplantação órgãos*, 2018, p. 361), o coordenador do GCCT coordena a gestão de recursos e materiais necessários para o procedimento (transporte, sala cirúrgica, médico anestesista, enfermeiros, equipas cirúrgicas, etc.) e subsequente distribuição e transporte dos órgãos para o destino final. Os coordenadores do GCCT são também responsáveis pela gestão dos processos de custos indiretos (no caso da pessoa que não recebe o órgão e necessita de continuar a hemodiálise, por exemplo). A questão da gestão de recursos e materiais é muito premente por parte dos coordenadores.

Perante o conhecimento da existência de um potencial dador, o passo seguinte é o da obtenção do consentimento para a doação, consultado através do RENNDA, e caso não se verifique oposição à doação é iniciado o processo de colheita, começando pela análise dos órgãos para doação.

Após a consulta da lista de espera, a equipa de transplante decide qual a pessoa mais indicada para receber o órgão, respeitando os seguintes critérios clínicos: a compatibilidade do grupo sanguíneo, as características antropométricas, e a gravidade da pessoa (SNS, 2019). O dador e recetor são preparados quase que simultaneamente, a distribuição e o intercâmbio de órgãos devem estar organizados de modo a assegurar que a alocação seja a mais ética e justa possível.

Na viagem para a recolha dos órgãos, fazemo-nos acompanhar de duas malas grandes e pesadas com material médico e de enfermagem, assim como as malas de transporte de órgãos, sendo estes equipamentos indispensáveis ao procedimento. O ritmo vivido nesta viagem é alucinante, implica o uso do transporte hospitalar até ao aeródromo, do avião cedido pela Força Aérea, que faz a viagem em menos de uma hora, e da VMER, que em 20 minutos nos conduz ao hospital onde está o potencial dador. O momento de chegada ao local é marcado pela ausência de vida nas ruas dado o confinamento que se verificava na altura. À chegada, somos recebidos pelo coordenador do hospital, e contamos com uma sala cirúrgica à disposição.

Durante a colheita multiorgânica, que dura 3 a 6 horas, o ambiente tenso da sala cirúrgica é demarcado pelos olhares curiosos e atenção na minúcia do processo.

A suspensão das medidas de suporte artificial acontece aquando da clampagem da aorta, a hora é registada e comunicada ao coordenador do GCCT (o contato é permanente). A partir deste momento, o dador deixa de ter circulação e a solução de preservação fria é infundida através de cânulas colocadas na aorta. A cavidade abdominal e torácica é preenchida com gelo picado. O ventilador e monitor são desligados, e o dador deixa de ter a pele quente para ficar fria.

O intervalo de tempo entre a recuperação do órgão e o transplante é denominado de tempo de isquemia fria (TPM, 2007). A ordem de explantação de órgãos é definida pelo tempo de isquemia fria, que varia entre 4 e 24 horas, consoante a natureza dos órgãos (4 horas no caso do coração, e 24 horas no caso do rim) (IPST, 2013).

Os danos causados pelo tempo de isquemia fria podem ser minimizados pela hipotermia e pelo líquido de preservação. A hipotermia (órgão envolto em gelo) é a base do processo de preservação: reduz a velocidade de degradação enzimática, o metabolismo e edema celular; previne a acidose intracelular; faculta substratos de regeneração, e impede a produção de radicais livres (IPST,2013). O líquido de preservação é usado para manter a viabilidade celular: fornece energia; reduz a morte celular induzida pela hipotermia; evita a acidose intracelular, e impede lesões ligadas aos radicais livres de oxigénio. (TPM, 2007).

O transplante envolve também o processo de acondicionar, etiquetar, conservar e transportar os órgãos, considerando as distâncias entre o hospital de captação e o hospital da implantação, sendo o coordenador quem faz esses cálculos. O órgão isolado é colocado na mala de transporte com gelo picado, é feita a exclusão do ar (conforme o ar se expande na altitude, sua inclusão pode causar ruptura dos recipientes se os órgãos forem transportados por avião). As malas de órgãos de transplante são devidamente rotuladas pelo exterior, contendo todos os detalhes de identificação necessários claramente visíveis, preservando o anonimato do doador. A rotulagem deverá incluir as instruções adequadas para a utilização segura do enxerto.

A lei em Portugal não permite que o transplantado seja conhecido, essa medida é tomada, pelo risco de envolvimento afetivo com o transplantado, ou mesmo de

culpabilização do mesmo por parte dos enlutados ou de sentimentos de culpa por parte dos transplantados³.

No regresso é implicado ainda a alocação de órgãos às unidades respetivas. É fundamental garantir a qualidade e segurança dos órgãos transplantados de modo a minimizar os riscos que um transplante acarreta. O transporte do coração mobilizou a Guarda Nacional Republicana que dá apoio no transporte de órgãos entre hospitais pela capacidade de rapidez e segurança. A velocidade é um fator determinante, pois quanto mais curto o tempo de isquemia fria maior a probabilidade de sobrevivência de qualidade a longo prazo dos órgãos transplantados. Ao mesmo tempo, é necessário garantir segurança não só dos órgãos, mas também da equipa.

No corredor do hospital transporto uma mala, e na mala levo a esperança, “a confiança nos outros, o entusiasmo pela vida, a expressão de razões para viver, a paz interior, o otimismo, o traçar de objetivos e a mobilização de energia” (CIPE, 2008, p.18). O resultado compensa, sempre. É uma atividade envolvente, que cansa, mas traz muita gratificação pessoal e profissional.

Esta vivência contribuiu para interiorizar a complexidade da gestão de um processo de doação, mobilizando os conhecimentos adquiridos no desenvolvimento de competências. Estas foram promotoras do autoquestionamento e reflexão sobre as vivências com impacto na aquisição de competências em gestão. Considero, portanto, ter desenvolvido competências em todos os domínios a que me propus com o primeiro objetivo do estágio.

Ao integrar a equipa, como aluna de mestrado, aprendi o sistema de valores, normas e padrões de comportamento pedidos pela organização, sublinho a forma humanizada, responsável e brio profissional que caracterizam os dois enfermeiros orientadores que me acompanharam durante o estágio.

A minha integração no GCCT levou-me a estudar em pormenor o conceito de morte cerebral, quer para poder participar na atividade de colheita de órgãos para transplantação, quer para responder de modo esclarecido a perguntas de colegas, de outros profissionais, e até no meu meio social.

Para determinar a existência de morte cerebral, é necessário: estado de coma profundo (Escala de Glasgow = 3); ausência de respiração espontânea; conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica; exclusão de situações que possam ser

³ Lei n.º 32/2006.

responsáveis pela supressão das funções acima citadas (como a hipotermia, alterações endócrinas ou metabólicas, uso de fármacos depressores do sistema nervoso central, uso de fármacos bloqueadores neuromusculares e intoxicação medicamentosa), e a ausência total dos reflexos do tronco cerebral (reflexos fotomotores, corneanos, oculocefálicos, oculovestibulares e reflexo faríngeo).

A verificação da morte cerebral carece da realização de: dois conjuntos de provas de Morte Cerebral (no mínimo), em dois momentos diferentes, por dois médicos especialistas (neurologistas, neurocirurgiões, anestesistas ou intensivistas); exames complementares de diagnóstico (se necessário). Os médicos que executem estas provas não podem pertencer à equipa de transplante de órgãos ou tecidos.

Após o diagnóstico de MC, estamos perante um cadáver, uma vez os critérios médicos e as provas de MC serem “inquestionáveis, fiáveis e reprodutíveis (...) a morte do indivíduo ocorreu sem qualquer dúvida” (Pita et al., 2004). A maioria das doações de órgãos ocorre no contexto de morte cerebral, sendo as causas mais frequentes de morte cerebral o traumatismo cranioencefálico e o acidente vascular cerebral (Westphal, 2016).

Durante estes processos, assimilei a importância de uma comunicação efetiva e validada pelo feedback, tendo colaborado de forma ativa no processo comunicacional. Neste âmbito, tive a oportunidade de acompanhar a gestão de situações de conflito e de comunicação com os familiares.

Existe um grande desconhecimento relativamente ao processo de doação de órgãos, uma vez não existir difusão de informação quanto ao seu processo. A aquisição de conhecimento poderia destruir alguns estigmas e mitos criados em volta da doação de órgãos. Este tema pode também ser associado às notícias negativas, da venda e tráfico de órgãos, daí a necessidade de uma maior explicação junto do público, e exposição dos benefícios da doação de órgãos, de como a doação poderia facilitar o acesso e equilibrar a balança dos transplantes.

É importante que os transplantes sejam realizados num clima de confiança e transparência. Os meios de comunicação como a televisão, rádio, jornal e internet podem ser uma ferramenta útil para promover a doação.

O diagnóstico de Morte Cerebral numa pessoa não é um meio para “suprir as necessidades dos transplantes”, mas permite o uso desses “órgãos de outro modo destinados inexoravelmente à decomposição, para dar vida, ou uma vida melhor, a outras pessoas deles necessitados” (Acta Médica Portuguesa, 1998, p. 92). Às vezes a família não acredita que o

familiar está morto, às vezes têm esperança na recuperação, é uma morte que não parece morte, o coração continua a bater. No entanto, a manutenção de uma pessoa em MC representa “elevados custos, não apenas do ponto de vista de gastos hospitalares mas, sobretudo, de ansiedade e falsas esperanças de uma família” (Ata Médica Portuguesa, 1998).

Falar com a família é um processo de informação, de conforto num momento de dor. Tratando-se da perda de um ente muito significativo, o luto obriga a um processo de reorientação emocional.

De forma a aprofundar a questão das escolhas e do nível de compreensão que existe em torno da doação e transplante de órgãos, passo a abordar um acontecimento que vivenciei durante o período de estágio.

A Sr.^a A., de 62 anos, foi encontrada pelo marido em casa, caída e inconsciente, sendo diagnosticada com Acidente Vascular Cerebral (AVC). A morte súbita dificilmente permite que a despedida seja feita. Perante o diagnóstico de morte cerebral, o viúvo recusa a doação dos órgãos da sua mulher. Fiquei em silêncio, “fazendo calar essa vozinha interior que faz juízos de valor e tem medo de não saber o que dizer, como se houvesse sempre necessidade de dizer algo” (Lázure, 1994, p.17).

A literacia em saúde é a capacidade para tomar decisões em saúde fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia (SNS, 2016), é reconhecida como parte fundamental da busca da liberdade, um princípio central do desenvolvimento em si mesma. (UNESCO, 2003). A literacia pressupõe a capacidade de utilizar, explorar, compreender e avaliar criticamente informação em saúde fornecida. Este compromisso exige que “os cidadãos tenham real possibilidade para se declararem não-dadores o que exige conhecimento e acesso ao processo para se manifestarem” (Barcelos, et al., 2019). O Governo deve promover “campanhas de informação sobre o significado, em termos de solidariedade, política de saúde e meios terapêuticos” (Lei nº12/93 de 22 de Abril) e incluir a possibilidade de se manifestar a indisponibilidade para a dádiva *post mortem*, através da existência do Registo Nacional de Não Dadores.

A Sr.^a A. não exprimiu desejo de renunciar a dádiva de órgãos, e, embora pese a lei, é prática informar a família, sendo raro ir contra a sua vontade e desejos de forma a evitar conflitos e evitando atribuir uma visão negativa no que toca a doação de órgãos. As necessidades espirituais, que se referem ao questionamento do homem sobre si mesmo, particularmente em situação de fragilidade, consideram-se as que são sentidas pelas pessoas crentes ou não crentes, na busca de crescimento do espírito, da verdade essencial, de

esperança, de significado para a vida e também de sentido para a morte. Portugal é um país com uma grande cultura religiosa; o Papa considera a doação de órgãos um “gesto de solidariedade e amor generoso”. Conversámos com o esposo enlutado na presença de enfermeiros, médicos e psicólogos. As crenças religiosas dão resposta ao sentido da vida, da doença e ao que acontece após a morte. Também estava presente um padre, será que a sua presença atenua a dor e dá um sentido à morte?

A ocorrência de uma lesão cerebral inesperada e fatal não permitiu à família entender a má notícia, associada à sequência de eventos que ocorrem num curto espaço de tempo, desde a hospitalização, à suspeita e confirmação da MC, a dor da perda, e ainda da doação de órgãos e tecidos.

A divulgação e o esclarecimento sobre o conceito de morte cerebral, bem como o processo de doação, são incluídos nas ações de enfermagem e são essenciais na atividade hospitalar e na sociedade. Os profissionais têm o dever de equacionar a sua obrigação para com a doação e respeitar a vontade expressada pelo falecido, ao mesmo tempo devem evitar conflitos, atingindo uma harmonia entre partes, promovendo uma boa imagem da doação de órgãos, contribuindo para uma maior receptividade e aceitação por parte da sociedade (TPM, 2007). É importante que os transplantes sejam realizados num clima de confiança e transparência.

A oportunidade de acompanhar a equipa do GCCT em vários processos permitiu-me participar na colheita de todos os órgãos sólidos elegíveis para transplantação (em Portugal) e compreender a relevância do trabalho em equipa, no que toca a maximização do potencial da doação, da sua segurança, e da qualidade biológica do órgão doado quando este chega ao recetor.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde. Durante a guerra da Crimeia, Florence Nightingale, relacionou a lavagem das mãos e a limpeza dos utensílios utilizados à redução de mortes de 42.7% para 2.2% dos soldados feridos (Smith, 2012). Chamo a texto Nightingale⁴ pois a técnica cirúrgica da colheita de órgãos pode ser um dos fatores que pode levar à transmissão de micro-organismos do dador para o recetor. No âmbito da melhoria da qualidade associada às práticas, a equipa do GCCT promoveu a aplicação de um estudo de investigação denominado “Redução da contaminação do órgão no contexto peri-operatório”. Este estudo

⁴ Tão referenciada neste contexto pandémico pelas similitudes higiénicas.

visa a monitorização dos resultados microbiológicos das amostras de líquido de perfusão de cada órgão colhido e identificar aqueles que apresentam resultados positivos, comunicando-os às unidades de transplante a que os órgãos foram alocados. Isto permite a que, em caso de infeção do recetor relacionada com os microrganismos identificados, possam ser tomadas medidas preventivas ou curativas, e permite ainda analisar o processo de colheita de modo a identificar quais os momentos em que a contaminação do órgão pela equipa cirúrgica possa ocorrer, passando a implementar medidas corretivas. Dos resultados obtidos, ressalta a prevalência de líquidos de preservação contaminados com microrganismos da pele e resultantes da translocação intestinal, os quais podem ser disseminados pelas luvas cirúrgicas.

A higiene das mãos é a principal medida e um dos pilares na prevenção das infeções (DGS, 2017, p.16). A adesão a esta prática continua a ser assinalada como de difícil implementação. As luvas esterilizadas são obrigatórias em todos os procedimentos cirúrgicos, complementam a lavagem cirúrgica das mãos e funcionam como barreira física. O uso de luvas por períodos prolongados pode levar à disseminação de agentes patogénicos e se as luvas contaminadas não forem descartadas podem favorecer o aparecimento de focos de infeção.

É essencial dar visibilidade às boas práticas⁵ realizadas em contexto de estágio. Neste sentido, pretendo realçar um momento onde houve oportunidade de acompanhar a atividade da colheita de órgãos junto de uma equipa treinada e coordenada. Uma das novas medidas adotadas tinha sido a substituição das luvas cirúrgicas aquando da manipulação entre órgãos e a manipulação dos órgãos na cavidade abdominal e da transição para a *backtable*.

Durante o processo de colheita, uma colega enfermeira informou que o médico-cirurgião devia trocar de luvas, como indicado no novo protocolo, no entanto, o médico indicou que tinha trocado de luvas recentemente e que as mesmas estavam limpas. Esta resistência inicial foi vencida pelo discurso da colega enfermeira instrumentista, que argumentou evidenciando os resultados obtidos do estudo sobre a redução de contaminação mencionado. A inicial resistência ao cumprimento do novo protocolo, que exige a troca de luvas na manipulação e transição de órgãos, prende-se muitas vezes a comportamentos enraizados, que impedem a introdução de novos modos, de novas medidas. Segundo o

⁵ “Conjunto de técnicas, processos e atividades que são entendidas como as melhores possíveis para realizar uma determinada tarefa”, este conceito exige “fundamentação teórica, compreensão ambiental e observância de valores, princípios éticos e crenças” (Brandão et al., 2018, p.605).

estudo, esta medida contribuiu para a diminuição da taxa de contaminação do líquido de preservação dos órgãos colhidos de 32% para 19%.

Apesar da evidência científica suportar um corpo de conhecimento relevantes nem sempre é fácil mudar comportamentos na prática clínica, o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica adquire um conjunto de competências acrescidas na área do controlo de infeção, pelo que deverá implementar a mudança de comportamento junto dos seus pares, mas também em complementaridade funcional no seio da equipa multidisciplinar.

Durante o estágio, um senhor jovem que se encontrava internado numa UCI obteve um diagnóstico médico de morte cerebral por rotura de aneurisma. Seguidamente ao diagnóstico, é levado ao BO para a colheita dos órgãos. Em época de pandemia e em tempos de restrição de visitas, há situações excecionais. Adiouse o ato cirúrgico para permitir que a família se despedisse. O luto, apesar de difícil, é facilitado quando existe a possibilidade de uma despedida, seja ela através de um olhar, um toque, ou um beijo. Impedir esta despedida é potenciar um sentimento de exclusão (Soria-Olivier, et al., 2020).

O luto pode deixar marcas profundas em quem o experimenta como: depressão, culpa, isolamento social e ansiedade. Ser enfermeiro dita “um espírito profundo e genuinamente humano, manifestado pela preocupação com o respeito pelo outro” (Hesbeen, 2001, p.17). A dignidade implica solidariedade para com a infelicidade e o sofrimento dos outros.

Segundo Veiga (2006, p. 123), a compaixão comporta quatro elementos fundamentais, nomeadamente a misericórdia, a empatia, a simpatia, e a piedade. A compaixão é uma reação de solidariedade para com os outros é o “genuíno interesse humano e profissional em ajudar a diminuir o sofrimento do outro” (Queirós, 2001, p. 19).

Existe ainda a necessidade em respeitar os rituais religiosos e espirituais da família, estabelecendo uma ligação com aquele momento. Estes rituais facilitam a despedida e marcam o fecho de um ciclo que cada um viverá da melhor forma que conseguir. Cada um tem o seu tempo para o luto, a sua forma de se despedir, a sua forma de manter viva dentro de si a pessoa que morreu. Não existem regras universais que se adaptem de forma igual em cada individual, e isso é algo que deve ser respeitado. É preciso encarar cada família como única, com a sua singularidade e particularidades (Knihns et al., 2015). A morte é, portanto, aceite de diferentes formas, consoante a cultura, e a religião. As relações afetivas, a idade (de criança a idoso), e as vivências pessoais e profissionais são também fatores que pesam na hora do luto. A morte súbita de um filho perturba até ao mais fundo de si mesma a

estrutura da família, deixando um rasto de dor e incompreensão, porque contradiz a ordem natural biológica que a família toma como certo.

Na atividade de doação, colheita, e transplantação de órgãos, existem os que se salvam, significando para outros o fim da vida. Durante o trabalho no bloco operatório não se presencia a morte; contracenar com a morte é uma experiência difícil. Perante a morte “uma vertigem que só desaparece com o chamamento da vida envolvente (...) O barulho dos sapatos, das socas a bater (...) não se tratará de uma maneira de quem faz barulho mostrar a si mesmo que está vivo?” (Mercadier, 2004, p. 153).

Perante o corpo morto, avanço sem fazer perguntas porque sei que o posso fazer. Retiro todos os dispositivos de cateterização do corpo, procedo à higiene corporal, desinfeto e coloco pensos em feridas, limpo e faço o tamponamento de todos os orifícios naturais, uma combinação de rituais com rotina e rigor técnico, com a brevidade possível, para que o corpo seja entregue à família (DGS, 2020). Em situações destas é normal, inevitável até, que se equacione a vida e se pense na família. Vieira diz que “a morte é das experiências mais naturais que há tal como nascer” (2014, p. 45), mas quando atinge os afetos familiares, a morte nunca consegue parecer-nos natural. Para os pais, sobreviver a perda de um filho é algo desolador.

Os enfermeiros cuidam da pessoa ao longo de todo o ciclo vital, o que inclui o momento da morte. Consoante o Código Deontológico do Enfermeiro no seu Artigo 87º, alínea c) com o título “respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte” (2003, p.91) a morte é um momento único que merece respeito à pessoa morta e à família em luto.

A colheita de órgãos não altera o aspeto físico do corpo, trata-se de uma intervenção cirúrgica realizada com todo o respeito e dignidade intrínseca ao ser humano. Doar os órgãos ou tecidos não adia as cerimónias fúnebres nem inibe um velório ou funeral com o caixão aberto.

Em contexto de pandemia, o caixão deve preferencialmente manter-se fechado para a cerimónia fúnebre, porém, caso seja o desejo da família, e se houver condições, pode permitir-se a visualização do corpo, desde que rápida, e a pelo menos 1 metro de distância (DGS, 2020).

O contato e a visualização do corpo após a morte, facultados aos familiares em alguns locais, podem ser um suporte ao processo de luto e de perda, “os cerimoniais, os ritos e todos os elementos simbólicos com que a sociedade assinala os momentos de transição no ciclo da vida permitem reduzir e controlar a angústia que esses momentos geram” (Gomes, 2004,

p.60). Pode ser a última imagem, a última memória da família perante o seu ente querido. São intervenções valiosas para ajudar a curar as feridas causadas pela morte da pessoa querida. Cada um supera como pode, “Na continuidade da existência humana, cada existência singular ao retirar-se deixa a sua marca naquilo que fez e na lembrança dos vivos” (Honoré, 2013, p. 142). Os enfermeiros “De certo modo todos ficam acostumados à morte, não se tornam insensíveis mas capazes de expor-se mais demoradamente à sua presença”. (Setedford,1986, p.159).

Os enfermeiros ocupam uma posição essencial no contexto da colheita e transplantação de órgãos e tecidos. São o grupo profissional que se encontra em todos os contextos ligados à doação e à transplantação, desde a identificação de potenciais dadores, o diagnóstico de MC, a manutenção do dador, a colheita de órgãos, a identificação dos recetores, o transplante, os cuidados pós transplante, a imunossupressão, entre outros, tudo isto num contexto multidisciplinar e multiprofissional vasto, sendo o seu papel fundamental em qualquer uma das fases.

As pesquisas de bibliografia, discutidas com os enfermeiros afetos ao GCCT, foram realizadas na perspectiva de aquisição de subsídios para a prática clínica baseada na evidência e na otimização dos resultados. A reflexão é “a pedra basilar à obtenção de determinados resultados” (Rabiais, 2016, p.38), permite um aprimoramento das aptidões, de forma a corrigir e a futuramente fazer melhor.

Desenvolvi esforços no sentido de criar e manter uma relação interpessoal com os elementos da equipa multidisciplinar, com base na interajuda e disponibilidade para o trabalho de equipa. A experiência no GCCT permitiu-me também uma relação mais próxima com a morte e com o luto da família que perde um ente querido.

“Participar do processo que proporciona um transplante de órgãos e devolve a vida a um indivíduo que se sentia “por um fio” à espera do transplante, impulsiona o sistema a funcionar e o profissional a desenvolver o seu trabalho com absoluta dedicação” (Neto, 2010, p. 3).

CONCLUSÃO

A redação deste relatório foi de grande importância para mim, visto que me permitiu refletir o dia-a-dia da minha profissão como enfermeira. Ao mesmo tempo, este trabalho valoriza-me de forma positiva, pela oportunidade ímpar para aprender, aprimorar e expor a minha compreensão da pessoa em situação crítica, da família, e de mim própria, enquanto pessoa e profissional de saúde.

Com este trabalho consegui uma simbiose prática e teórica que me enriqueceu. Descrevi neste documento as atividades feitas como fundamento para a aquisição de competências científicas, técnicas, éticas, legais e relacionais baseadas numa análise reflexiva e crítica. Todas as etapas do estágio tiveram o seu grau de utilidade na assimilação, mobilização e consolidação de competências dadas ao enfermeiro especialista, formando-me de modo a melhorar a minha prática profissional.

No domínio de Responsabilidade Ética e Legal refleti e analisei situações distintas, a deontologia profissional orienta o enfermeiro na tomada de decisão ética. A ética dá a condição de dignidade, assenta em valores imutáveis, e a enfermagem sempre se desenvolveu usando valores.

Sobre a Melhoria Contínua da Qualidade, observei criticamente os locais por onde passei de forma a reconhecer problemas reais ou potenciais, passíveis de intervenção, tendo como foco a humanização do cuidado à pessoa em situação crítica, família, profissionais de saúde. As atividades foram não só de encontro à minha realização pessoal, mas também ao serviço que integrei.

Quanto ao desenvolvimento de competências no Domínio da Gestão de Cuidados, reconheci as competências do enfermeiro especialista, integrei as equipas multidisciplinares dos diferentes contextos, com reflexão do grupo de trabalho que fiz parte durante o estágio e que, implicitamente, cooperei na análise e adequação de recursos para a promoção da qualidade dos cuidados.

Quanto ao desenvolvimento do domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, existe em mim um constante desejo de melhorar, e adquiri a formação que projetei neste documento fundamentado. A recapitulação de um bloco de assuntos conduziu

à identificação de aspetos que considero passíveis de melhoria e que me levaram à sua atualização. Fui formanda num congresso organizado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos do *workshop* da UCI, e procurei conhecimento fora da disciplina de enfermagem pelo curso de inteligência emocional que deu um forte contributo. O processo de investigação foi o móbil para otimizar o autoconhecimento, onde realizei um trabalho de investigação com o intuito de informar a prática e divulgá-lo.

A pandemia Covid-19 foi um teste nunca antes vivido pelo Serviço Nacional de Saúde e sociedade, um desafio que veio alterar a nossa maneira de viver, obrigando a sacrifícios. À medida que emergimos da pandemia, milhões de pessoas em todo o mundo irão lembrar-se do papel que os enfermeiros tiveram ao cuidar da pessoa internada e família.

Apesar de o cuidar se basear em evidência científica suportado por padrões de qualidade, quando transposto para o plano real, perante novas circunstâncias, adquire uma nova dimensão. É através desta transposição que o cuidar ganha forma, sendo adequada pelo enfermeiro às necessidades da pessoa.

A principal dificuldade sentida neste percurso está na produção escrita deste relatório, o embaraço, que tento ultrapassar, em “falar de mim” e expor o que penso e o que sinto. Este relatório não esgota as situações, aprendizagens e reflexões que este percurso permitiu, mas é uma representação válida do meu trajeto.

Há trabalhos que nos marcam. Este, que resultou neste relatório de estágio é muito significativo para mim, espero que seja útil aos enfermeiros e que venha a abrir portas à investigação e desenvolvimento. Este processo transformou-me, adquiri competências para resolver adversidades em situações inesperadas, contextos alargados e multidisciplinares, apoiando a minha prática em princípios éticos e deontológicos, em evidência científica sobre uma prática reflexiva, crítica e autónoma.

“A aventura do saber faz sentido se ajuda, se interroga, se aprofunda a nossa maior aventura que é aquela do ser” (Tolentino de Mendonça).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico – Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Formasau.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Recomendações técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos*. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Cuidados_Intensivos_09_2013.pdf
- Acta Médica Portuguesa. (1998). *Diagnóstico de Morte Cerebral*. Acta Médica Portuguesa. 11, 91-95. [file:///C:/Users/arauj/Downloads/2194-3079-1-PB%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/arauj/Downloads/2194-3079-1-PB%20(5).pdf)
- 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.
- Amaral- Bastos, M. (2013). *O conceito de resiliência na perspectiva de enfermagem*. Revista Iberoam. <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/92/o-conceito-de-resiliencia-na-perspetiva-de-enfermagem/>
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Araújo, J., Fernandes, A., Priscilla, S., Oliveira, D., Ferreira, A., Fortes A. (2018). *Olho seco e doenças da córnea em pacientes internados em terapia intensiva*. Revista Cubana de Enfermaria. <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/rt/printerFriendly/1596/361>
- Associação Portuguesa de Insuficientes Renais. (2017, janeiro). *Doação e Transplantação de Órgãos e Tecidos*. <https://www.apir.org.pt/wp-content/uploads/2017/04/Doacao-e-transplantação-de-Órgãos-e-Tecidos.pdf>
- Balbino, C., Braz, M., Medeiros, J., Rodrigues, L., Silvino, Z. (2016). *Avaliação da Técnica de Aspiração de Paciente em Ventilação Mecânica Realizada em Enfermagem*. Revista de Enfermagem. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11258/12880>

- Barcelos, M., Neves, M. (2009). *Reflexão ética sobre a doação de tecidos e órgãos humanos: entre o respeito pela autonomia e a exigência pela solidariedade*. Revista Portuguesa de Bioética. Cadernos de Bioética.
- Brandão, M., Barros, A., Primo, C., Bispo, G., Lopes, R. (2018). *Teorias de Enfermagem na ampliação conceitual de boas práticas de enfermagem*. Revista Brasileira de Enfermagem REBEn.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto editora.
- Chang, V. A., Owens, R. L., & LaBuzetta, J. N. (2020). *Impact of Sleep Deprivation in the Neurological Intensive Care Unit: A Narrative Review*. *Neurocritical Care*, 32(2), 596–608. <https://doi.org/10.1007/s12028-019-00795-4>
- Circular Normativa Conjunta N.º2/DGS/IPST. (2021) *Plano de Contingência para sustentabilidade, qualidade e segurança na Transplantação de Órgãos, Tecidos e Células durante a pandemia de COVID-19*.
- Costa, T., Santos, S., Rocha, P., Pinto, A., Nogueira, M., Pimentel, I. (2019). *Cuidados de Enfermagem na prevenção de ceratopatia por exposição unidade de terapia intensiva*. <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2272/html>
- Cury, A. (2015). *Gestão da Emoção*. Editora Pergaminho.
- Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde. (2013). *Guia para a Qualidade e Segurança dos órgãos para Transplantação*.
- Direção Geral de Saúde. (2003). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde. (2013). *Conforto nas Unidades Hospitalares*. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/06/i019670.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2015). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação - Norma n.º 021/2015* (16 de Dezembro de 2015). Direção Geral da Saúde, pp. 1-13. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2020). *COVID-19: Procedimentos post mortem*.

<https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/02/i027143.pdf>

Entidade Reguladora da Saúde. (2020, April 7). Impacto da pandemia COVID-19 no sistema de saúde- período de março a junho de 2020. <https://www.ers.pt/media/3487/im-impacto-covid-19.pdf>

European Directorate for the Quality of Medicines & Healthcare. (2018). Guide to the quality and safety of organs for transplantation. In Guide to the quality and safety of organs for transplantation (7th Edition).

Evangelista, C., Lopes, M., Nóbrega, M., Vasconcelos, M., Viana, A. (2020). *Análise da Teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn e Kramer*. Revista de Enfermagem Referência.

Pontíficie-Sousa, P., Faria, J., Gomes, M. (2016). *O conforto do doente em cuidados intensivos - revisão integrativa*. Enfermería Global. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n50/pt_1695-6141-eg-17-50-477.pdf

Fernandes, F. (2018). *Conforto enquanto sensação - análise do conceito*. Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/31068/1/TESE_PhD_Filipa%20Veludo_20181003.pdf

Ferreira, A., Cortez, E., Fernades, A., Almeida, L. (2018). *A educação permanente em saúde como contribuição para o registro de enfermagem*. Cuidado é Fundamental. [file:///C:/Users/arauj/Downloads/DialnetAEducacaoPermanenteEmSaudeComoContribuicaoParaOReg-6694429%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/arauj/Downloads/DialnetAEducacaoPermanenteEmSaudeComoContribuicaoParaOReg-6694429%20(1).pdf)

Figueiredo, A. (2004). *Ética e Formação em Enfermagem*. Climepsi Editores.

Foli, K. (2019). *Nurse- Specific Trauma: Let's give it a name*. Nursology. <https://nursology.net/2019/11/12/nurse-specific-trauma-lets-give-it-a-name/>

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.

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.

- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem. Pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. Lusociência.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Lusociência.
- Instituto Ciências da Saúde. (2020). *Guia da Unidade Curricular - "Estágio Final e Relatório"*. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020, November 20). *Inquérito à Utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação pelas famílias 2020*. Lisboa: INE. file:///C:/Users/arauj/Downloads/20IUTICFam%C3%ADlias2020.pdf
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2013). *Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação*. Instituto Português do Sangue e da Transplantação. http://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAODOACAOETTRANSPLANTACA0/Guia_Qualidade_rgos_Verso_Portuguesa_final.pdf
- Joint Commition International. (2021). *Developing and implementing a dedicated Prone Positioning Team for Mechanically Ventilated ARDS Patients During the COVID-19 Crisis*. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety.
- Joint Commition International. (2019). *Who we are*. <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/>
- Junior, A., Xavier, I., Silveira, L., Stabile, A., Cárnio, E., Gusmão, J. (2020). *Higiene Oral: atuação da equipa de enfermagem em ambiente hospitalar*. Revista de Enfermagem Referência, vol. V, núm. 1, pp. 1-8. <https://doi.org/10.12707/RIV19099>
- 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>
- Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *La Pensée Infirmière - Conceptions et Stratégies*. Québec: Études Vivantes.
- Khademian, Z., Mohebian, N., Khademian, M. (2020). *Effects of training on knowledge and attitudes of coronary care unit nurses in relation to teamwork: A quasi-experimental study*. Journal of Vascular Nursing. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2020.05.004>
- Knihs, N., Leitzke, T., Roza, B., Schimer, J., Domingues, M. (2015). *Understanding the*

- experience of family facing hospitalization, brain death, and donation interview.* Ciência, Cuidado e Saúde. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i4.26060>
- 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>
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de critério de competência da enfermeira.* Lusodidacta.
- Lei nº 12/93 de 22 de Abril. (1993). Lei no 12/93 de 22 de Abril. Diário Da República, 1ª série. Assembleia da República. <http://dre.pt/pdf1s/1993/04/094A00/19611963.pdf>
- Lei nº95/2019. (2019). Lei de Bases da Saúde. Diário da República, 1ª série (4 de Setembro de 2019) , 55-66. Assembleia da Republica. <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre>.
- Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro (Lei de Bases dos Cuidados Paliativos). Diário da República, 1ª série de 05 de Setembro de 2012). Assembleia da República. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/174841/details/maximized>
- Levinger, M., Spitzer, Z., & Michael, S. (2019). *In life and in death: the story of people living with metastatic cancer.* Journal of Social Work Practice. 33(3), 253–267. <https://doi.org/10.1080/02650533.2018.1504287>
- Lopes, A., Luz, A., Nunes, L. (2018). *Doação e Transplantação de órgãos post mortem.*
- Lopes, M., Gomes, S., Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. Ordem dos Enfermeiros. Percursos, 39. 41-50.* http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_num_39.pdf
- Maidl, C. A., Leske, J. S., & Garcia, A. E. (2014). *The Influence of “Quiet Time” for Patients in Critical Care.* Clinical Nursing Research, 23(5), 544–559. <https://doi.org/10.1177/1054773813493000>
- Margato, C., Oliveira, D., Leite, L. (2006). *Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: valorização de percursos e competências.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- McKinnon, J. (2016). *Reflection for nursing life: Principles, process and practice*. New York: Routledge.
- McKenzie, E., Bossuyt, M., Boutron, I., Hoffman, C., Mulrow, D. (2020). *THE PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. *The BMJ* (71). <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>
- McLaughlin, C.; Hartjes, M.; Freeman, D. (2018). *Sleep Deprivation in Neurointensive Care Unit Patients From Serial Neurological Checks: How Much Is Too Much?*, *Journal of Neuroscience Nursing*. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000378>
- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar: O corpo âmagô da interação prestador de cuidados-doente*. Loures: Lusociência.
- Mestrinho, M., Antunes, L., Simão, A., Campos, M., Félix, I., Silva, F., Lopes, V., Ferrão, S., Serra, M. Curado, M., Hesbeen, W., Ribeiro, L. (2013). *A investigação nos contextos de trabalho*. Lusociência.
- Ministério da Saúde. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva*. República Portuguesa, 106. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Moreira, P. (2019). *Inteligência Emocional - uma abordagem prática*. Idioteque.
- Neto, B. (2010). *A evolução dos transplantes no Brasil*. *Jornal do IX Congresso Luso Brasileiro de Transplantação*.
- Netto, L., Silva, K. L., & dos Santos Rua, M. (2018). *Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem*. *Anna Nery School Journal of Nursing / Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 22(1), 1–6. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0309>
- Nóvoa, A. (1991). *A formação contínua entre a pessoa-professor e a escola-organização*. Inovação.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*. 457.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões 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 nº181/2015, Série I de 2015-09-2016). Diário da República eletrónico. <https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Assembleia extraordinária do colégio das especialidades de enfermagem médico-cirúrgica - Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. Ordem dos Enfermeiros. <https://dre.pt/home/-/dre/67613096/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiros Especialistas 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. (2019b). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Peacock, A., Eyck, P., Sapp, C., Allan, L., Hasan, D. & Rogers, W. K. (2020). *Effects of patient-level noise abatement orders on sound levels experienced by critically ill subarachnoid hemorrhage patients: an observational study*, *Hospital Practice*, 48:5, 258-265, <https://doi.org/10.1080/21548331.2020.1801008>
- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. (2020). *Chapter 11: Scoping Reviews (2020 Version)*. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pita, F., Carmona, C. (2004). *Morte Cerebral - do medo de ser enterrado vivo ao mito do dador vivo*. Acta Médica Portuguesa. 17, 70-75. <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1750/1327>
- Queirós, A. (2001). *Ética e enfermagem*. Quarteto.
- Rabiais, I. C. (2016). *A Centralidade do Estudante na Aprendizagem do Cuidado: A natureza da interação no processo de cuidar*. Novas Edições Acadêmicas.
- Regulamento nº 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, série I (6 de fevereiro de 2019) , 4744-4750. Assembleia da República.

- Regulamento nº429/2018. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário da República, série II (16 de julho de 2018) , 19359-19370. Assembleia da República.
- Ribeiro, S., Varela, M., Perez, P., Moreno, J. (2021). *Manutenção e gestão do dador de órgão na Era COVID-19*. Acta Médica Portuguesa. Ordem dos Médicos. <https://doi.org/10.20344/amp.14958>
- 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>
- 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>.
- 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>.
- Santos, G., Oliveira, E., Souza, R. (2021). *Boas práticas para restrição física em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa*. Revista Brasileira de Enfermagem REBEn. <https://www.scielo.br/j/reben/a/nQ7DJ8CKytDpXKPNpzxtL8q/?lang=pt&format=pdf>
- Santos, J., Ribeiro, O., Jesus, L., & Matos, M. da A. (2021). *Interventions to Prevent Aspiration Pneumonia in Older Adults: An Updated Systematic Review*. Journal of Speech Language and Hearing Research, 64. https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-20-00123
- 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>.
- Schober, M., Lehwaldt, D., Rogers, M., Steinke, M., Turale, S., Pulcina, J., Roussel, J., Stewart, D. (2020). *Guidelines on Advanced Practice Nursing*. International Council of Nurses. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
- Schweitzer G, Nascimento ERP, Malfussi LBH, Hermida PMV, Nascimento KC, Moreira AR. *Implementation of the protocol of nursing care in trauma in aeromedical service*. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(3):e20180516. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0516>.
- Serviço Nacional de Saúde. (2016, November 15). *Literacia em Saúde*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/11/15/estrategia-nacional-para-a-literacia-em-saude/>
- Serviço Nacional de Saúde. (2019, September 16). *Transplante de órgãos*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/dadiva-e-transplante/transplante-de-orgaos/#sec-0>.
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Schweitzer, G., Nascimento, E., Malfussi, L., Hermina, P., Nascimento, K., Moreira, A. (2020). *Implementação do protocolo de cuidados de enfermagem no trauma em serviço aeromédico*. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. <https://www.scielo.br/j/reben/a/rCBWFwK6Rnwsqg3BJmJBqMR/?format=html&lang=pt>
- Setedeford, A. (1986). *Encarando a morte*. [s.l.]. Artes Médicas.
- Sitzman, K., Craven, I. (2021). *Caring During Covid-19*. *American Nurse*. <https://www.myamericannurse.com/caring-during-covid19/>
- Smith P., Watkins K., Hewlett A. (2012). *Infection control through the ages*. *Am J Infect*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2011.02.019>
- Tometch, D., Hyland, K., Soliman, H., Jim, H., Oswald, D. (2020). *Living with Metastatic Cancer: A roadmap for future research*. *Cancers*. <https://doi.org/10.3390/cancers12123684>
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*.

Lusociência.

- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A theory os nursing*. (2ªed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- 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.
- Wendel, Pamela K., Roberta J. Stack, Mary F. Chisholm, Mary J. Kelly, Bella Elogoodin, Gregory A. Liguori, Douglas S. T. Green, Mandip Singh Kalsi, e Ellen M. Soffin. 2020. «*Development of a Communications Program to Support Care of Critically Ill Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Patients*». *Journal of Patient Experience* 7(5):673–76. doi: 10.1177/2374373520956865.
- Veiga, J. (2006). *Ética em enfermagem - Análise, problematização e [re]construção*. Climepsi Editora.
- Vieira, Margarida. (2017). *Ser enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação – O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Sílabo.

ANEXOS

ANEXO I

Certificado de Qualificações: Componente de Formação – Inteligência Emocional



Certificado de Qualificações

Formação Modular

(Portaria n.º 283/2011, de 24 de outubro)

Certifica-se que SUSANA SOFIA GOMES DA COSTA, natural de Lisboa, nascida em 28/11/1984, com o N.º de Identificação Civil 12579499 válido até 28/02/2022, concluiu com aproveitamento, em 30/06/2020, no(a) Centro de Formação Profissional do Comércio e Afins CECO A - (Lisboa), a(s) seguinte(s) unidade(s) de formação de curta duração do Catálogo Nacional de Qualificações, com início em 22/06/2020.

Componente de Formação	Código	Unidades de Formação de Curta Duração	Carga horária
Tecnológica	5208	Inteligência emocional	25

Lisboa, 08 de julho de 2020

O(A) Responsável pelo(a) Centro de Formação Profissional do Comércio e Afins CECO A - (Lisboa)

(Assinatura e selo do Centro de Formação)

Certificado n.º 720/2020



N.º de identificação 04312675602 - Página 1 de 1

ANEXO II

Certificado de Presença 2º Webinar: COVID-19 CHALLENGING NURSES

CERTIFICADO



Concedido a:

Susana Sofia Gomes da Costa

Por ter completado os 16 módulos

Com um total de 27 horas

do Webinar

COVID-19 Challenging Nurses

29,30 e 31 Outubro de 2020

Maria Manuel Varela

Vice-presidente SPCI

spci.pt

ANEXO III

Certificado de apresentação de Póster nas X jornadas nacionais e VIII internacionais de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade católica Portuguesa



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
EEL-ICS-UCP



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.

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 IV

Certificado de presença e apresentação de pôster no VI Simpósio de enfermagem 2021

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 **Susana Costa**, participou no **VI Simpósio de enfermagem 2021**, realizado Online, no dia 14 de junho de 2021. (Duração:12horas)




José António Florão


Ricardo Bernardino

evento 2021



Associação Portuguesa de
Enfermeiros Hospitalares
www.asci.org.pt

patrocinador



VI Simpósio de enfermagem

Ontem - Hoje - e... Amanha

ASCI

14 de junho de 2021

10 Temas

1 Simpósio

Online

Certificado de Poster

Certifica-se para os devidos efeitos que o **POSTER: Estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia, entre pessoa adulta internada e família durante a pandemia Covid-19: a scoping review** participou com apresentação de Poster no **VI Simpósio de enfermagem 2021**, realizado online, no dia 14 de junho de 2021.

Autor(es) do trabalho: **Susana Costa; Ana Paula Silva** .




José António Florio


Ricardo Bernardino

evento 2021



Associação Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Pública
www.asci.org.pt

patrocinador



ANEXO V

Certificado de presença e apresentação de póster JBI EUROPEAN SYMPOSIUM 2021 & SPIDER MULTIPLIER EVENT

JBI EUROPEAN SYMPOSIUM 2021 & SPIDER MULTIPLIER EVENT

Certificate of Poster Presentation

Given to:

**Susana Costa, Ana Silva, Maria Madureira, Maria Martins,
Ana Cardoso, Daniela Carvalho, Daniela Carvalho.**

For:

Technology based communication strategies used between inpatient and families during COVID pandemic.

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

June 24, 2021



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

Firmado digitalmente por: MORENO CASBAS MARIA TERESA - 09260955M



JBI EUROPEAN SYMPOSIUM 2021 & SPIDER MULTIPLIER EVENT

Certificate of attendance

sUSANA COSTA

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

APÊNDICE

APÊNDICE I
Expressão de pesquisa

CINAHL Complete via EbscoHost – 01/04/2021

Search Terms	Search Options	Actions	
S14	S7 AND S8 AND S9 AND S13 Limiters - Published Date: 20191201-; Language: English, Portuguese, Spanish	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (37) View Details Edit
S13	S10 OR S11 OR S12	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (190,374) View Details Edit
S12	(MH "Inpatients")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (84,016) View Details Edit
S11	(MH "Hospitalization")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (39,212) View Details Edit
S10	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 (107,527) View Details Edit
S9	S3 OR S6	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (335,939) View Details Edit
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	View Results (82,354) View Details Edit

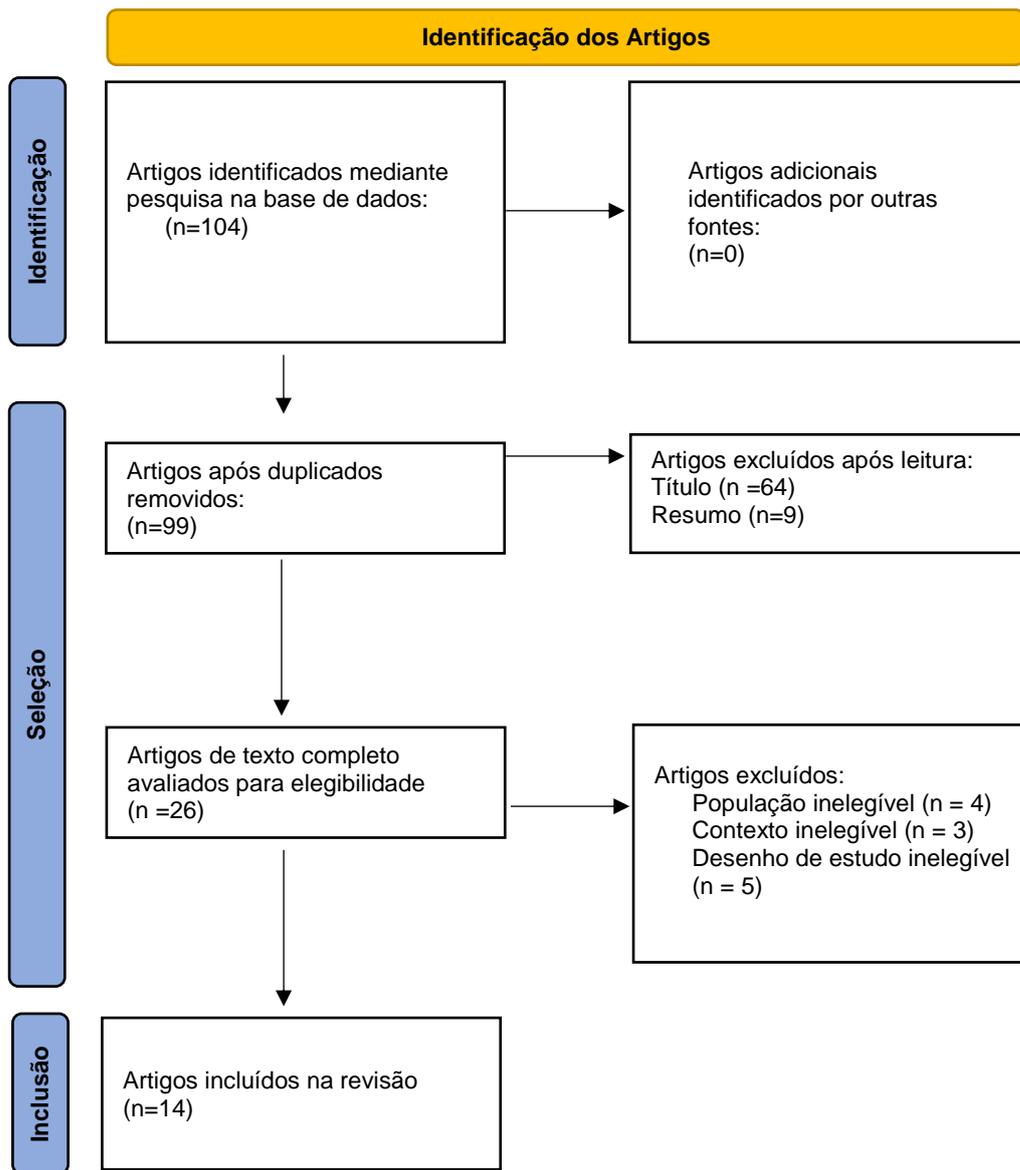
		Search modes - Boolean/Phrase	
S4	(MH "COVID-19")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (14,332) View Details Edit
S3	TI ("Virtual visit" OR "Virtual visits" OR "social media" OR "Internet based solutions" OR smartphone* OR telecommunication* OR videoconferenc* 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	View Results (288,914) View Details Edit

		Search modes - Boolean/Phrase	
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
FLUXOGRAMA PRISMA



(McKenzie et al., 2020)

APÊNDICE III

Resumo dos artigos incluídos na revisão

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.	Vídeo chamada, através de computador ou telefone inteligente	Elemento da equipa planeia frequência e modalidade. É o 1º a falar com a família e fica junto do doente. A 1ª chamada ocorre entre o 5º e o 7º dia de internamento (check-in diário). Avaliações a longo prazo da ansiedade e depressão, são determinantes para definir estratégias 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.	Vídeo chamada	Enfermeiro ou médico prepara a família. Chamada dias ou semanas após a admissão. Estudo fornece <i>Checklist</i> . Médicos e enfermeiros, não estavam habituados à utilização das videochamadas, revelaram adaptação e criatividade.	Enfermeiros e Médicos	
Estudo 3 Telehealth Solutions for In-hospital Communication with Patients Under Isolation During COVID-19	Frang, J. et al; 27 de Maio de 2020; EUA	Opinião de Perito	Pessoas adultas internadas durante a pandemia COVID-19.	Vídeo chamada, através de <i>tablet</i> via Facetime; Google Duo; Skype ou Zoom	Requer <i>login</i> pessoal e número de telefone associado. Gravação ou capturas de ecrã, desativadas. <i>FaceTime</i> e o <i>Google Duo</i> , simples e com foco na realização da vídeo chamada. Barreiras: familiares que não têm <i>tablets</i> ; dificuldade em trabalhar com aplicativos; não têm ligação à internet ou acesso limitado.	Profissionais de Saúde	
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.	Vídeo chamadas realizadas por <i>tablet</i> via WhatsApp, Facetime ou Skype.	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	Vídeo chamada através de <i>tablet</i> ou telefone inteligente via Skype	Realizar vídeo chamada 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 o toque e uma chamada telefónica aos familiares (<i>follow-up</i>) para os reconfortar.	Profissionais de Saúde	
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	Vídeo chamada através de <i>tablet</i>	Material: suporte de soro adaptado e <i>Tablet</i> , sendo estes apenas manejados pelos voluntários para prevenir contágios.	Voluntários, ou estudantes, não	

Estudo	Autor; Data; País	Método	População; Contexto	Estratégias	Características	Elemento da equipa	Outcomes
			Paulo.			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	Videochamada por <i>tablet</i> via Facetime	Existiam protocolos, uniformizar o procedimento, como a preparação da família, para humanizar o cuidado. Criados protocolos de uso dos <i>tablets</i> , 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. Preservou a intimidade e comunicação. 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 COVID-19 Pandemic	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 preparar a família. Coincidir 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 desinfetados. Treino prévio e demonstração prática dos passos para a condução da videochamada. Registos após reunião. Observados rituais de oração	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 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 their Families During COVID-19 Outbreak	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 o envio de sms no período da tarde a atualizar informações clínicas. Foi criado um grupo no Whatsapp de médicos cirurgiões, com nome "WhatsApp	Enfermeiros e Médicos	uso do Whatsapp é seguro e rápido. 100% dos pacientes e 80% dos familiares, referiram que com a aplicação utilizada, não tiveram limitações no 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

Estudo	Autor; Data; País	Método	População; Contexto	Estratégias	Características	Elemento da equipa	Outcomes
					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.		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: an interview study and sentiment analysis	Sasangohar, F. et al; EUA; 7 de outubro 2020	Estudo Qualitativo	57 Entrevistas a familiares de pessoas internadas numa UCI	Videochamadas através de telefone inteligente ou tablet via Zoom, Skype ou Facetime	O estudo revelou que os familiares, pelo facto de puderem 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 mostrou 86% de sentimentos positivos, alguns sentimentos (7,3% e 6,8%) e negativos (4,5% e 6,4%). 4 preocupações principais: incapacidade de se comunicar devido ao 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 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 paciente disse “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 on Telephone and Video Communication in the ICU during COVID-19	Kennedy, N. et al; EUA; 12 de novembro de 2020	Estudo qualitativo	21 pessoas em situação crítica internadas numa UCI (maioria não infetados com	Videochamada	A privação das visitas presenciais, originou preocupação, na respeito a 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	Enfermeiros e Médicos	Videochamada eficaz, mas inferior à comunicação 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. principais limitações: a incapacidade de utilizar o silêncio

Estudo	Autor; Data; País	Método	População; Contexto	Estratégias	Características	Elemento da equipa	Outcomes
			COVID-19); 21 Familiares e 14 Profissionais de saúde		falaram com os profissionais de saúde por telefone, e 11 deles (52%), realizaram videochamadas.		durante o dialogo, perda da linguagem não-verbal, incerteza se a família está a perceber o que está a ser dito. (entrevista qualitativa)
Estudo 14 Communication and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during COVID-19: A UK National Survey	Rose, L. et al; 19 de fevereiro de 2021; Reino Unido	Estudo Qualitativo	Pessoas adultas internadas numa UCI e família durante a pandemia Covid-19.	Videochamada por <i>tablet</i> via aTouchaway; Skype ou FaceTime.	O projecto Life Line, entregou <i>Tablets</i> com <i>software</i> instalado y, permitindo a 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.	Profissionais de saúde não-UCI, dada a sobrecarga de trabalho, em particular dos enfermeiros	Benefícios: redução do 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

Póster apresentado no JBI EUROPEAN SYMPOSIUM 2021 AND SPIDER MULTIPLIER
EVENT

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

Authors: Susana Costa¹(susanacosta229@hotmail.com), Ana Silva¹, Marcela Medeiros¹, Maria de Lurdes Martins¹, Ana Filipa Cardoso², 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

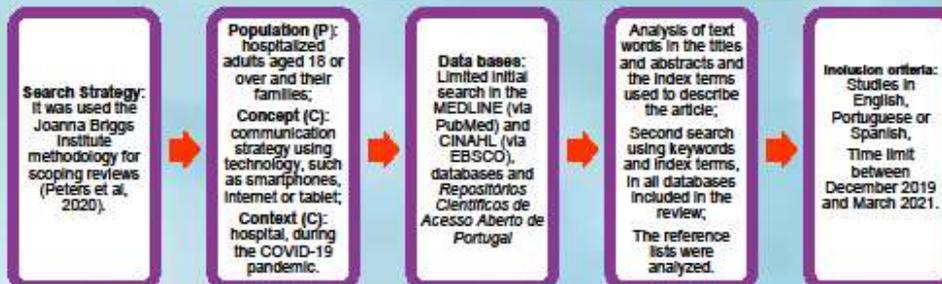
Background

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 RCAA found 104 potential studies. The next steps of the scoping review are under development.

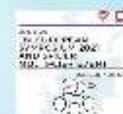
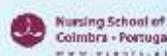
Future applicability in clinical practice/for scientific research

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, Trioco 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/10.46858/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-2020-011804>



APÊNDICE IV

Póster apresentado 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

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, Ana², Medeiros, Manuela², Martins, Maria de Lurdes²

Afiliação: ¹Mestranda na UCP no 13º Curso de Mestrado em Enfermagem-EMCPSC; ²Professora do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP)

INTRODUÇÃO

Falar de pessoas, 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 a 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

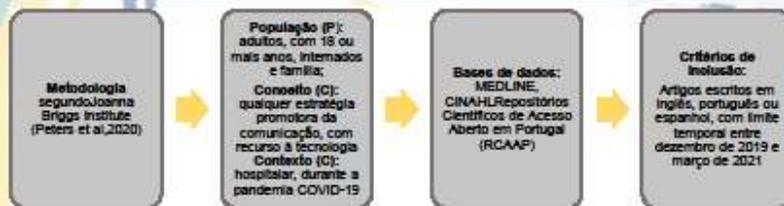


Figura 1 - Metodologia

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1. Peters M, Godfrey C, Marnes P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- 2. Rose, L., Yu, L., Casey, J., Cook, A., Malton, V., Patton, N., Rafferty, A. M., Ramsey, P., Saha, S., Tyrrell, 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.202010-15000C>
- 3. Sasangohar, F., Dhale, A., Zheng, F., Ahmad, H., Kash, D., & Mezzat, F. (2020). Use of telecritical care for family visitation to ICU during the COVID-19 pandemic: An interventional study and sentiment analysis. *BMJ Quality & Safety*. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011904>
- 4. Webb, H., Peters, M., Hodgson, L. E., & Davies, K. (2020). Virtual visiting and other technological adaptations for critical care. *Future Healthc*, 7(3), e40-e45. <https://doi.org/10.7891/1913-0200-2006>

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 (Pisotello 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 fixar a diferença na humanização do cuidar. Uma solução do presente com olhos postos no futuro.

APÊNDICE V

Póster apresentado no VI Simpósium 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

Suzana Costa⁽¹⁾, Ana Silva⁽¹⁾, Mónica Medeiros⁽²⁾, Maria de Lurdes Martins⁽²⁾
Afiliação⁽¹⁾ Mestrado na UCP no 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem-EMCPSC;
⁽²⁾ Professora do Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP)
suzanacosta25@gmail.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 o resultado 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 (Pelers et al, 2020)

Bases de dados:

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

Crítérios 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, 15 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

