



**utad**

Comunicação com a Família no Serviço de Urgência Durante a Pandemia da COVID-19

Ana Sofia Machado Martins

UMinho|2021



**utad** UNIVERSIDADE  
DE TRÁS-OS-MONTES  
E ALTO DOURO

Universidade do Minho  
Escola Superior de Enfermagem

Ana Sofia Machado Martins

Comunicação com a Família no Serviço de Urgência Durante  
a Pandemia da COVID-19

novembro de 2021



Universidade do Minho  
Escola Superior de Enfermagem

Ana Sofia Machado Martins

Comunicação com a Família no Serviço de Urgência Durante a  
Pandemia da COVID-19

Relatório de estágio  
Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho realizado sob a orientação da  
**Professora Doutora Ana Paula Morais Carvalho Macedo**

novembro de 2021

## DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

*Licença concedida aos utilizadores deste trabalho*



**Atribuição-Não Comercial-Sem Derivações**

**CC BY-NC-ND**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

*“Falar é uma necessidade, escutar é uma arte”.*

Johann Goethe (s.d.)

## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Ana Paula Macedo, por toda a sua disponibilidade na orientação científica deste relatório e serenidade que me permitiu manter o equilíbrio tão desejado.

Aos profissionais do serviço de urgência do Hospital de Braga, pela ajuda e constante transmissão de conhecimentos durante a realização do estágio.

Aos meus pais, pelo carinho incondicional e apoio constante em todas as fases da minha vida.

Ao Fábio, pela presença, ajuda, incentivo e transmissão de tranquilidade em todas os momentos, ajudando-me a acreditar que era capaz.

Aos amigos de sempre. Muito obrigada pela vossa força!

A estes, a todos os que estão, e a todos os que se cruzaram comigo nesta caminhada e que colaboraram e impulsionaram este trabalho, ajudando-me a vingar.

A todos o meu eterno OBRIGAGA!

## DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração. Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho

## RESUMO

**Enquadramento:** O presente relatório incorporado no plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, reflete a componente prática, académica e profissional que permitiu o avigoramento de um olhar díspar sobre a comunicação com a família no serviço de urgência durante a atual pandemia da COVID-19. Neste sentido apresenta-se uma revisão integrativa da literatura sobre a comunicação com a família durante a pandemia. **Objetivos:** Apresentar uma reflexão crítica sobre as experiências vividas ao longo do estágio; relacionar as atividades concretizadas no decorrer do estágio com as competências desenvolvidas, quer as competências comuns de enfermeiro especialista, quer as de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica e, apresentar um estudo de investigação concretizado no decorrer do estágio. **Métodos:** A metodologia descritiva, analítica e reflexiva, garantiu a concretização dos dois primeiros objetivos. No que se refere ao último objetivo, optou-se pela Metodologia de Projeto, tendo sido desenvolvido um Projeto de Intervenção no âmbito da comunicação com a família no serviço de urgência durante a atual pandemia, destinado aos profissionais de enfermagem que trabalham naquele contexto. Utilizou-se a estratégia PICO e as recomendações PRISMA apresentadas pelo *Joanna Briggs Institute*, partindo da questão: “Como foram as experiências de comunicação dos enfermeiros com as famílias no serviço de urgência durante a pandemia da COVID-19?”. O processo de pesquisa teve início nas bases de dados *b-on*, *Medline*, *Scopus*, *PubMed*, *Web of Science*, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e Repositório da Universidade do Minho, com um número total de trezentos e um (N=301) artigos selecionados, com uma filtração cronológica dos últimos dois anos, 2020 e 2021 (anos da pandemia) e com ativação das opções de texto integral na língua inglesa, portuguesa e espanhola. Posteriormente, e fundamentada nesta mesma revisão integrativa da literatura, desenvolveu-se a norma de procedimento de enfermagem. Por forma a dar resposta aos objetivos foi realizada uma atividade formativa sobre a temática, onde os enfermeiros após a sessão procederam à avaliação da mesma e do formador. **Resultados:** No âmbito deste relatório

destacam-se as atividades concretizadas no decorrer do estágio, relacionando-as com o desenvolvimento de competências. A revisão integrativa da literatura releva a necessidade da consciencialização regular dos enfermeiros sobre a comunicação com a família. Também, tendo em conta o período pandémico, há a necessidade da criação de alternativas de comunicação com a pessoa em situação crítica, de modo a facilitar a participação e interação familiar, mediante o recurso à tecnologia virtual, entre outras. **Conclusão:** No decurso desta especialização houve a necessidade de afluir a visão do cuidar à pessoa em situação crítica em áreas afetas à intervenção de enfermagem. Neste sentido, esta aquisição de competências valoriza o percurso profissional e pessoal, contribuindo para a qualidade dos cuidados. O estágio no serviço de urgência proporcionou uma série de experiências enriquecedoras e permitiu a aquisição de competências especializadas na área da enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. O estudo da comunicação no relacionamento entre o enfermeiro e a família assumiu-se como fundamental naquele contexto, justificado pela integração dos familiares no processo terapêutico. A família, como sublinhámos, é uma parte ativa e parceira nos cuidados da pessoa em situação crítica. Como tal, torna-se importante o reforço deste tema, e o treino de competências de comunicação integrado na formação contínua dos enfermeiros. Este será o caminho no sentido de estes profissionais se encontrarem mais capacitados para o desenvolvimento de uma relação interpessoal benéfica e se apresentarem como cuidadores mais disponíveis, dotados de maior sensibilidade e passíveis de atribuir uma atenção personalizada, numa vertente holístico-terapêutica.

**Palavras-chave:** COVID-19; comunicação; enfermagem; família; serviço de urgência



# COMMUNICATION WITH THE FAMILY IN THE EMERGENCY SERVICE DURING THE PANDEMIC OF COVID-19

## ABSTRACT

**Background:** This report incorporated in the curriculum of the Master's Course in Nursing of the Person in Critical Situation, of the Higher School of Nursing of the University of Minho, in consortium with the School of Health of the University of Trás-os-Montes and Alto Douro, reflects the practical, academic and professional component which has allowed the invigoration of a different look at communication with the family in the emergency service during the current pandemic of COVID-19. In this sense, an integrative review of the literature on communication with the family during the pandemic is presented. **Purposes:** To present a critical reflection on the experiences lived along the internship; to relate the activities implemented during the internship with the competences developed, both the common competences of specialist nurses and those of specialist nurses in medical-surgical nursing, in the area of nursing of the person in critical situation and to present a research study implemented during the internship. **Methods:** The descriptive, analytical and reflective methodology ensured the achievement of the first two objectives. With regard to the last objective, it was chosen the Project Methodology, having been developed an intervention project in the context of communication with the family in the emergency service during the current pandemic, aimed at nursing professionals working in that context. The PICO strategy and the PRISMA recommendations presented by the Joanna Briggs Institute were used, starting from the question: "How were the experiences of communication of nurses with families in the emergency service during the pandemic of COVID-19?". The research process started in the databases b-on, Medline, Scopus, PubMed, Web of Science, in the Scientific Repository of Open Access of Portugal and Repository of the University of Minho, with a total number of three hundred and one (N=301) selected articles, with a chronological filtration of the last two years, 2020 and 2021 (years of the pandemic) and with activation of the options of integral text in English, Portuguese and Spanish. Later, and based on this integrative review of the literature, the nursing procedure standard has been developed. In order to respond to the purposes, a formative activity was carried out on the theme and after the session the nurses have evaluated both the session itself and the trainer. **Results:** In the context of this report, the activities carried out during the internship, which are related to the development of competences, stand out. The

literature review recalls the need for regular awareness of nurses about communication with the family. Besides, taking into account the pandemic period, there is a need to create alternatives for communication with the person in critical situation, in order to facilitate participation and family interaction, through the use of virtual technology, among others. **Conclusion:** In the course of this specialization, there was the need to relate the vision of caring for the person in critical situation to areas of nursing intervention. In this sense, this acquisition of skills values the professional and personal path, contributing to the quality of caring. The internship in the emergency service provided a series of enriching experiences and allowed the acquisition of specialized competences in the area of medical-surgical nursing nurses, in the area of nursing of the person in critical situation. The study of communication in the relationship between the nurse and the family was fundamental in that context, justified by the integration of family members in the therapeutic process. The family, as we have stressed, is an active part and a partner in the caring of the person in critical situation. As such, it is important to reinforce this theme and integrate the training of communication skills in the continuous instruction of nurses. This will be the way for these professionals to feel themselves more capable of developing a beneficial interpersonal relationship and present themselves as more available caretakers, with greater sensitivity and skilled to give personalized attention, in a holistic-therapeutic approach.

**Key words:** COVID-19; communication; emergency service; family; nursing

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	15
1 – EXPERIÊNCIAS DO ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA .....	19
2 – METODOLOGIA DE TRABALHO DE PROJETO .....	34
2.1. – Caracterização do Serviço de Urgência .....	34
2.2. – Diagnóstico de Situação .....	35
2.3. – O tema a intervir: Comunicação com a Família no Serviço de Urgência Durante a Pandemia da COVID-19.....	37
2.4. – Definição de Objetivos para a Intervenção.....	42
2.5. – Planeamento.....	42
2.6. – Execução .....	44
2.7. – Avaliação .....	50
2.8. – Divulgação de Resultados.....	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	56
BIBLIOGRAFIA .....	59
APÊNDICES.....	66
Apêndice I – Cronograma de Atividades do Projeto de Intervenção em Serviço .....	67
Apêndice II- Norma de Procedimento .....	68
Apêndice III – Plano da Atividade Formativa .....	77
Apêndice IV- Questionário de Avaliação da Satisfação da Atividade Formativa .....	78

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 Descrição das atividades/estratégias de acordo com cada objetivo.....	43
Quadro 2 Resumo de dados extraídos dos artigos selecionados.....	47

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Diagrama de fluxo da Revisão Integrativa da Literatura.....	47
--	----

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 “Qual a sua opinião face aos conteúdos da atividade formativa?” .....	50
Gráfico 2 “Esta atividade formativa permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos?” .....	51
Gráfico 3 “Considera que os conhecimentos adquiridos contribuem para melhorar o seu desempenho profissional?” .....	51
Gráfico 4 “Considera de interesse/utilidade os conteúdos abordados?” .....	52
Gráfico 5 “O tempo de duração da atividade formativa foi adequado?” .....	52
Gráfico 6 “O formador revelou domínio e clareza na exposição dos conteúdos abordados na sessão?” .....	53
Gráfico 7 “A metodologia da apresentação foi adequada aos conteúdos abordados?” .....	53

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

COVID-19 – Coronavirus *Disease* 2019

CRRNEU – Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgências

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

FMEA – *Failure Mode and Effect Analysis*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MeSH – *Medical Subject Headings*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*

UCI – Unidades de Cuidados Intensivos

## INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma ciência com foco nas respostas humanas aos processos de vida e de transição da pessoa. Assim, é imprescindível que os enfermeiros desenvolvam mecanismos que lhes permitam tornar visíveis os cuidados que prestam à população, sendo que estes mecanismos devem ter por base uma prática profissional sustentada num processo mais reflexivo e de conceção de cuidados.

Entre o conjunto de processos que são responsáveis pelo funcionamento perfeito e eficiente das sociedades, está, sem dúvida, a comunicação. Sendo esta um dos suportes fundamentais dessa mesma estrutura, ela deve ser entendida também como elemento fundamental no processo de prestação de cuidados de enfermagem. Arnold e Boggs (2016) destacam precisamente a importância que a comunicação tem no contexto da enfermagem, defendendo que ela desempenha um papel crucial quer na construção quer no desenvolvimento de uma relação de cuidado e confiança entre o enfermeiro e a família do doente.

Esse papel determinante da comunicação ganha maior relevo em situações identificadas como sendo de perigo iminente ou que estão relacionadas com episódios hostis, pois em ambas as situações os indivíduos manifestam sentimentos de *stress* e/ou sofrimento de modo mais intenso. Com base neste pressuposto, Oliveira (2012) reitera que, perante circunstâncias eventualmente mais tensas ou mesmo de perigo, o enfermeiro necessita, primeiramente, de procurar promover uma intervenção comunicacional que beneficie positivamente a sua ligação com a família, de modo a estabelecer um princípio de reciprocidade entre as partes envolvidas.

O estabelecimento desse princípio de reciprocidade entre as partes envolvidas, enfermeiro/doente/família, intermediado por uma comunicação positiva, é essencial para o processo de realização de um diagnóstico das necessidades dos familiares da pessoa e dos cuidados prestados. Neste contexto, a comunicação, nos moldes referidos, permite o estabelecimento de indicadores relativos à avaliação do grau de satisfação dos familiares para com os cuidados de saúde prestados.

Atualmente, a generalidade da população está cada vez mais informada sobre os seus direitos, sendo também mais exigente relativamente aos mesmos, sobretudo quando estes dizem respeito a cuidados de saúde. Esta situação confere ainda mais importância ao lugar que a comunicação ocupa em todo o processo de prestação de cuidados de enfermagem, de tal forma que estes podem sair beneficiados, vendo a sua qualidade melhorada.



Através do aperfeiçoamento da comunicação, a enfermagem pode beneficiar de um conjunto de melhorias. Os seus procedimentos e modos de atuar poderão ser melhorados se forem conhecidos os fatores e motivos que mais concorrem para a satisfação das pessoas que acorrem aos serviços de urgência, se estes deixarem *feedback* das suas perceções relativamente ao atendimento que tiveram e ao acompanhamento a que foram sujeitos. Este conhecimento permitirá implementar correções, readequar as situações indicadas como necessárias, tendo implicações diretas sobre o grau de satisfação da pessoa em situação crítica e das suas famílias, comprovando que é importante considerar a opinião dos que recorrem a estes serviços.

O serviço de urgência, sendo o local onde são atendidas todas aquelas situações clínicas de instalação súbita e com risco de falência de funções vitais (Despacho n.º 10319, 2014), é também um espaço caracterizado por alguma impessoalidade, em resultado da curta permanência dos doentes associada a essas situações de excecionalidade. A par disso, a sua dinâmica de funcionamento foca-se nos princípios de intervenção que estão orientados para a cura da doença, os quais obedecem a um ritmo de trabalho quase sempre acelerado, que muito pouco favorece a descrição dos cuidados efetuados e a sua própria documentação.

Neste sentido, as características estruturais desse serviço são um verdadeiro desafio à implementação de modelos de cuidados que, para além de prevenir complicações e limitar incapacidades, possam facilitar ou inibir os processos individuais para a satisfação das necessidades de autocuidado e de adaptação eficazes, orientadas para o bem-estar da pessoa em situação crítica. Neste contexto, a comunicação com a família assume uma especial importância, pelo que, para além de ser dinamizada, tem de ser também refletida, cabendo esta tarefa de reflexão a todos os intervenientes, desde as chefias, às próprias instituições, aos enfermeiros que nelas trabalham e se dedicam à investigação.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico -cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica não só “*gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde*”, mas também “*gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde*”, e ainda “*assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação clínica de saúde/doença e/ou falência orgânica*”, conforme estabelecido pelo regulamento n.º 429 (2018, p. 19363), pelo que optámos por desenvolver um projeto de intervenção sobre a comunicação com a família no serviço de urgência durante a atual pandemia da COVID-19

(*Coronavirus Disease* 2019). Embora o nosso interesse pela temática tenha já alguns anos, o cenário pandémico determinou a nossa escolha para o desenvolvimento do presente projeto de intervenção.

Este documento, sob a forma de relatório, surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio e Relatório Final ou Dissertação de Natureza Aplicada II, integrada no Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes. O presente relatório elaborou-se de forma a descrever as atividades desenvolvidas durante o percurso do estágio, no serviço de urgência num hospital Central da Região Norte do país que decorreu entre janeiro de 2021 a maio do mesmo ano. Este documento tem como principal objetivo evidenciar os principais contributos que fomentaram o desenvolvimento profissional e pessoal, no sentido de validar a aquisição de competências como Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Face ao exposto, o relatório que aqui se introduz é uma representação narrativa do que foi o estágio, utilizando uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva (Peixoto & Peixoto, 2016; Peixoto & Peixoto, 2017), com o intuito de: i) descrever as atividades conducentes à aquisição das competências no âmbito do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica; ii) refletir criticamente sobre as competências específicas do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica, e iii) apresentar um projeto de intervenção em serviço, utilizando-se a Metodologia de Projeto. O mesmo projeto tem como principal objetivo a promoção de práticas de qualidade que permitam a comunicação com a família no serviço de urgência durante a pandemia da COVID-19, cuja questão de partida é “Como foram as experiências de comunicação das famílias com os enfermeiros no serviço de urgência durante a pandemia da COVID-19?”. Dele, constou a realização de uma revisão integrativa da literatura, cujas fontes selecionadas foram livros de autores primários, artigos científicos e bases de dados online (*b-on, Medline, Scopus, PubMed, Web of Science*), para além dos índices bibliográficos, nacionais e internacionais, da área da saúde e das ciências sociais e humanas.

Em termos de estrutura, o relatório foi dividido em dois capítulos. No Capítulo I, procedemos a uma reflexão sobre a experiência de estágio no serviço de urgência e, posteriormente, a uma análise sobre as competências específicas adquiridas pelo enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. No Capítulo II, desenvolvemos em pormenor a metodologia de trabalho de projeto, descrevendo, nomeadamente, o diagnóstico de situação, os

objetivos, o planeamento, a execução e a avaliação, após os quais procedemos à divulgação dos resultados obtidos.

## 1 – EXPERIÊNCIAS DO ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Macedo (2012) refere que durante o período do estágio clínico, o enfermeiro em formação constrói a sua identidade profissional, e, por conseguinte, as suas experiências naquele contexto influenciam o seu desenvolvimento pessoal, através das relações interpessoais com os intervenientes. No âmbito da formação, os contextos clínicos ou ambientes da prática proporcionam processos dinâmicos, recíprocos e bidirecionais, gerando novas e diferentes perceções e conceções ao enfermeiro em formação.

De forma a melhor entender o desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar especializado, importa similarmente abordar o contributo de Patricia Benner. Benner (2001) desenvolveu um modelo de aquisição de competências tendo por base o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, identificando cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito.

Na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, o indivíduo passa por cinco níveis sucessivos de proficiência que são o reflexo de mudanças em três aspetos, o primeiro é a passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização, o segundo diz respeito à modificação da maneira como o enfermeiro se apercebe de uma situação e o terceiro aspeto é a passagem de mero observador a executante envolvido. Este é um processo dinâmico aprimorado e aprofundado com a experiência e que Benner (2001) organizou por estádios. No estádio um, o iniciado não tem nenhuma experiência das situações com que é confrontado na prática. O conhecimento, os princípios e as normas de atuação derivam da sua formação académica, agindo quase que de forma independente do contexto. Tem dificuldade em se integrar, cumpre normas e centra-se nas regras, não conseguindo estabelecer prioridades. No estádio dois, o avançado possui um comportamento considerado de aceitável uma vez que já foi confrontado com situações reais, das quais identifica fatores significativos das experiências pela repetição, embora faça uma leitura parcelar do meio onde escapam pormenores. No estádio três, o enfermeiro competente trabalha no seu contexto da prática há alguns anos (pelo menos há 3 anos). As suas intervenções são desenvolvidas de acordo com os objetivos que pretende atingir a medio e longo prazo. Planeia as intervenções fazendo uma análise consciente das situações com que se depara, determinando algumas prioridades. No entanto ainda não desenvolveu a flexibilidade e a velocidade de decisão e ação que certas situações exigem. No estádio quatro, o enfermeiro é proficiente, percecionando as situações na sua globalidade e não de forma fragmentada e as suas ações são guiadas por máximas. Contudo, ainda não está apto para descrever ou explicar aspetos mais complexos. No quinto estádio, o

perito detém uma vasta experiência, compreende de forma intuitiva cada situação no seu todo e de forma global, articulando a teoria com a prática. Focaliza-se no aspeto preponderante do fenómeno em detrimento de aspetos menos relevantes. É um enfermeiro flexível e com um nível elevado de adaptabilidade, agindo rapidamente e em conformidade com a situação/ação. Habitualmente destacam-se do seio da equipa pelo reconhecimento obtido através dos pares, e são referências pela sua postura, e a forma como conseguem gerir situações complexas, e pela capacidade de integrar na sua ação uma prática sustentada em evidência que lhe confere autoridade intelectual e científica.

De acordo com Benner (2001), o enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável e criativo, ter espírito crítico e de iniciativa e ter uma conduta ética e deontológica. Este percurso é construído ao longo da sua vida profissional. Neste sentido, o referencial de Benner (2001) permite compreender melhor o domínio do desenvolvimento das aprendizagens pessoais e profissionais e o significado multidimensional, profundo e polivalente de enfermeiro especialista, sendo este visto como “(...) *aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem*” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4744) e quem demonstra elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.

De acordo com o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, o estudo e a reflexão sobre os domínios de competência, o descritivo de competência, as unidades de competência e os critérios de avaliação, são úteis para o desenvolvimento de competências congruente com uma prática especializada que deverá integrar quatro domínios fundamentais: i) o domínio da prestação de cuidados; ii) o domínio da formação; iii) o domínio da gestão e; iv) o domínio da investigação e que garantem o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, à semelhança do que tem acontecido noutras áreas do conhecimento (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 1994).

O impacto da infeção provocada pelo vírus SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) instigou uma discussão sobre a humanização dos cuidados e, em particular, sobre o atendimento proporcionado à família da pessoa em situação crítica, o que inevitavelmente impôs uma reflexão sobre o foco “processo familiar” (International Classification of Nursing Practice, 2019), bem como, sobre a necessidade de desenvolver uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, em concordância com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140, 2019).

O serviço de urgência é a principal porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde. A este serviço ocorre um elevado número de doentes, sendo o problema da sua sobrelotação uma realidade comprovada. O mesmo origina, por sua vez, um atendimento muito demorado, justificado ora pela realização de tratamentos, ora pela requisição de exames complementares de diagnóstico. Esta realidade tem como consequência o mal-estar entre os doentes admitidos, até porque estes apenas recorrem a este tipo de serviço em momentos de maior fragilidade, sentindo-se afetados, tanto quanto os seus familiares, pela situação, independentemente da gravidade do seu estado. Chambel (2012) associa esse estado de fragilidade a sentimentos de insegurança, ansiedade e angústia.

Como referido, estes serviços também se caracterizam por alguma impessoalidade, resultante da curta permanência de doentes e de profissionais, o que dificulta a relação entre ambos, servindo para agravar e deteriorar o estado psicológico dos doentes. Neste sentido, torna-se difícil assegurar a humanização dos cuidados prestados nestes serviços, nomeadamente porque o doente enfrenta não só o desconhecido, mas também o incómodo (Chambel, 2012). Este seu estado de espírito acaba por afetar a família, que também partilha a sua ansiedade, sobretudo num momento de crise como é considerada a situação de doença súbita (Chambel, 2012).

A prestação de cuidados enfermagem num serviço de urgência é considerada por muitos como uma das realidades mais agressivas da prática de enfermagem. Efetivamente, Patrick (2011, p. 4) confirma esta percepção, ao definir a enfermagem de urgência como a *“prestação de cuidados a indivíduos de todas as idades, que apresentem alterações de saúde física ou psíquica, percecionados ou reais, não diagnosticados ou que necessitem de outras intervenções”*. Como acrescenta ainda esse mesmo autor, a enfermagem de urgência é *“um misto complexo de capacidades, experiências e de saber personalizado”* (Patrick, 2011, p. 4).

A par disso, a mesma especificidade de que se reveste um serviço de urgência condiciona a prática que é levada a cabo no próprio serviço de internamento, a necessidade de atuar rapidamente, pelo elevado número de doentes admitidos e o seu curto tempo de internamento, muitas vezes inesperado e também pelo espaço físico exíguo. Todos estes fatores atuam como elementos que condicionam o sucesso da relação de cooperação no serviço de urgência. Mesmo perante estas situações graves e de especial complexidade, verificadas nesse serviço diariamente, o respeito pela vida permanece um direito universal, mas a aceitação da morte é inevitavelmente assumida e uma condição latente à prestação de cuidados. Mais do que nunca, nesses momentos, o conforto que se presta e a atenção dedicada à pessoa

é determinante, pois, como afirma Alminhas (2007, p. 60), “*é das pequenas coisas que se constituem os autênticos cuidados de enfermagem*”.

Quando falamos em cuidar, num serviço de urgência, devemos ter em atenção, a diversidade que ele acolhe. A multiculturalidade é um dos aspetos resultantes da globalização enquanto fenómeno que também se vivencia neste contexto. A grande mobilização de pessoas que ela inevitavelmente promove, as elevadas taxas de imigração que se têm verificado, sobretudo nas últimas décadas, originadas por razões de ordem diversa, quer devido à livre circulação de pessoas, quer devido à fuga a contextos socioeconómicos complexos por parte de comunidades mais frágeis, tem originado uma população multicultural nos vários países do mundo, o que coloca grandes desafios comunicativos em termos da gestão de saúde.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico- cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica deve possuir essencialmente três competências específicas, subdivididas da seguinte forma: “i) *Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*”; ii) *“Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”*, e iii) *“Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”* (Regulamento n.º 429, 2018, p.19359).

A experiência de estágio que desenvolvemos de forma mais aprofundada foi a citada em i), que diz respeito ao cuidado despendido relativamente à própria pessoa, à sua família/cuidadora, no sentido de ajudar aquela a vivenciar todos os processos complexos da própria doença crítica ou os que dizem respeito à falência orgânica. O facto de a nossa experiência profissional ter sido antes desenvolvida numa área distinta desta levou ao surgimento de alguma insegurança relativamente à ideia de termos de prestar cuidados aos doentes e às próprias famílias no sentido agora descrito. Independentemente disso, a nossa inserção num espaço de aprendizagem prática desde logo suscitou um sentido de responsabilidade acrescido a que se somou a noção das nossas limitações, que recebeu, no entanto, um forte apoio por parte do enfermeiro supervisor do estágio. Neste sentido, a necessidade de aproveitar cada momento de aprendizagem surgiu como forma de colmatar qualquer tipo de fragilidade preexistente, permitindo que evoluíssemos enquanto enfermeira especialista na área.

Considerando a complexidade, diversidade e multiplicidade das condições de saúde, bem como das respostas necessárias às transições saúde/doença, que a pessoa em situação crítica e a sua família

necessitam de adotar, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica evidencia-se enquanto ator principal e facilitador dessas mesmas transições, através da avaliação, do diagnóstico, do planejamento das intervenções, da execução eficaz e eficiente das intervenções planejadas, da monitorização das alterações que surgem nos processos corporais, psicológicos e de transição que advêm de complicações e da avaliação dos resultados das suas intervenções (Regulamento nº 429, 2018). Para isso, é necessário uma observação e procura sistêmica e organizada de dados, que permitam conhecer continuamente a situação da pessoa doente e família alvo de cuidados, e que são essenciais para prever e detetar precocemente complicações. Assim, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, mobiliza conhecimentos e habilidades para responder no momento certo e de forma holística às necessidades da pessoa em situação crítica, bem como da sua família.

Considerando que a atuação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica tem uma importância determinante para aquele que será o processo de recuperação posterior dessa pessoa, as aquisições das competências de antecipação de instabilidade e prevenção de risco de falência revelaram-se determinantes em toda a experiência. Para tal, contribuiu não só a proximidade relativamente ao trabalho empírico de enfermeiros com mais experiência, a assimilação do conhecimento por eles transmitido, mas também a aprendizagem que um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica é um profissional capaz de atuar com segurança e capacidade na prestação desses cuidados. Dado o seu treino, a sua qualificação profissional e a sua capacidade de dar pronta resposta a qualquer tipo de instabilidade imediata com que se depare no exercício da sua função, antecipando determinados focos que possam ocorrer, esse profissional demonstra grande capacidade na função cuidadora. A capacidade de desenvolver essas competências permitiu a atuação segura na antecipação de casos como os de hipotensões marcadas, vários tipos de choque, pré-paragens cardiorrespiratórias, acontecimentos cardiovasculares cerebrais e enfartes agudos do miocárdio, ou ainda do edema agudo do pulmão, para só mencionar alguns.

É necessário ainda valorizar, para além disso, o papel do enfermeiro especialista na execução de cuidados específicos mais complexos aplicados à pessoa que passa pela situação de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica. Considerando a modernização tecnológica a que os cuidados de saúde inevitavelmente estão sempre a ser sujeitos, temos de reconhecer que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica não pode senão



manter-se a par da mesma, para que assim possa exercer adequadamente a sua função. A segurança com que fomos aperfeiçoando a realização dos cuidados técnicos, como a colocação e manutenção de linhas arteriais, a colocação e manutenção de cateteres venosos centrais, a manutenção de ventilação não invasiva e invasiva, a monitorização eletrocardiográfica, a preparação de medicação endovenosa; a execução de gasometrias, a aspiração de secreções por tubo oro traqueal, entre muitos outros, conforme decorria o estágio, fez com que a motivação e qualidade dos cuidados prestados evoluíssem em paridade.

A experiência não foi, contudo, apenas constituída por circunstâncias positivas. Num dado momento, e apesar da atuação da equipa de enfermagem, verificámos a impossibilidade de atuar numa situação de paragem cardiorrespiratória, de obstrução da via aérea, momentos que ficam registados como sendo menos positivos e como impossibilidade de demonstração de conhecimentos e capacidades na questão de suporte avançado de vida, no campo prático. Apenas a nível teórico foi verdadeiramente possível desenvolver esta competência, tendo a mesma sido lecionada no contexto do Mestrado, desenvolvida ao nível da troca de conhecimento com o enfermeiro supervisor bem como com a restante equipa, através da familiarização com as próprias salas de emergência, com o respetivo material, a medicação, as *guidelines*, permitindo assim um conhecimento aproximado.

Pelo contrário, houve, sim, uma maior evolução na área de gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos. No início do estágio, esses mesmos protocolos não eram, na realidade, do nosso conhecimento, porque pouca experiência havia nesta área. Por esta razão, adquirimos um vasto conhecimento teórico-prático, em contexto de estágio, em procedimentos dessa natureza, como: atuação em caso de hipercalemia, via verde AVC (Acidente Vascular Cerebral) e via verde coronária, situações de hipoglicemia e hiperglicemia, situações de bradicardia e taquicardia, ingestão medicamentosa voluntária, entre muitas outras.

A questão do desenvolvimento de competências é, naturalmente, fundamental para que o enfermeiro especialista seja capaz de proceder ao diagnóstico precoce das complicações que resultam da realização de protocolos terapêuticos complexos. Os mesmos protocolos, sendo complexos, envolvem riscos para a saúde do doente, mas também têm implicações para aquele que os realiza. É neste sentido que se torna imperativo que o profissional de saúde demonstre capacidade de resposta adequada a qualquer complicação, e, ao mesmo tempo, evidencie idêntica capacidade para avaliar se a sua decisão se revelou adequada à problemática primeiramente identificada.

Para além disso, torna-se importante que o mesmo profissional demonstre idêntica competência na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa que se encontra em situação crítica ou falência

orgânica, procurando sempre a otimização da resposta, sobretudo na ótica da gestão da dor/qualidade de vida do Ser Humano. Relativamente a esta questão, a exigência que é feita ao enfermeiro especialista é a de que ele tenha conhecimento no domínio do bem-estar físico-espiritual e psicossocial, demonstrando capacidade na identificação de sinais fisiológicos e emocionais que sejam significativos de qualquer mal-estar, na pessoa que se encontra em situação crítica e/ou falência orgânica, uma questão que se revelou fascinante, no contexto do serviço de urgência.

Efetivamente, na nossa prática diária anterior à experiência profissional em tal contexto, questões como estas eram colocadas de forma muito mais calma e havia sempre tempo para uma preparação prévia. Ora, no contexto de emergência, naturalmente, as coisas acontecem de forma imprevista, sem lugar a essa preparação, de tal forma que a mobilização de conhecimentos é feita de imediatismo, sendo a sua estruturação mental obediente às exigências do momento, que é normalmente marcado por certa dimensão caótica.

Por causa disso mesmo, essa exigência deu lugar a um amadurecimento notório nessa área de ação. Este amadurecimento teve a ver, principalmente, com o aperfeiçoamento do despiste dos sinais físico-emocionais de mal-estar, tal como é exigido do enfermeiro especialista. Esta capacidade de despiste correto desses sinais é particularmente importante num momento em que esse enfermeiro deve contar com a existência de modificações ao nível da consciência da pessoa em situação crítica, as quais interferem também na sua própria *performance* em termos de julgamento, impondo igualmente certas dificuldades comunicativas a que esse profissional estará atento. Nos casos em que a capacidade comunicativa se mantém, o doente pode, mesmo assim, manifestar alguma dificuldade em comunicar, pois é confrontado com algo que, até àquele momento, não lhe era familiar. Esse enfermeiro deve estar ciente de que a dor é experienciada de modo subjetivo, uma questão que exige que ele tenha maior sensibilidade para interpretar certas *nuances* que caracterizem essa dor e estejam relacionadas com questões individuais.

Relativamente ainda à questão da gestão da dor, ela é tão importante para o doente crítico como para o doente não crítico, pelo que é essencial a aplicação de medidas farmacológicas adequadas à mesma, não sendo menos relevante a habilidade com que são geridas as que não envolvem elementos dessa natureza e também se destinam ao seu alívio. Desta gestão, depende a qualidade da *performance* do enfermeiro especialista, sobretudo porque a capaz avaliação da dor, identificada como o quinto sinal vital, terá muita influência sobre a sua boa relação com o doente. Claramente, quanto maior for o grau de dor deste doente, menor será a recetividade à intervenção de enfermagem, porque o desconforto

físico-psicológico é prejudicial a esta, a qual também influencia quem o acompanha. Por esta razão, um correto e constante acompanhamento da intensidade dessa dor, a partir da sua gestão farmacológica, não-farmacológica e contextual, gerindo também a forma como o doente se situa no ambiente em que se insere (em termos de adequação da sua posição antiálgica, entre outras), é determinante.

No que diz respeito aos conhecimentos e habilidades facilitadoras da dignificação da morte e processos de luto, desde o início, e atendendo ao nosso contexto profissional, foi com naturalidade que lidámos com essa competência. De início, havia algum preconceito da nossa parte relativamente ao tipo de assistência que devia ser prestado, em termos de serviço de urgência, nessa vertente, pois era nossa opinião de que se tratava de um contexto marcado por uma certa desumanização da morte. A verdade é que a nossa experiência reverteu essa opinião. Durante todo o nosso estágio, observámos que a referida humanização estava presente não só na forma como eram prestados os cuidados pós-morte, mas também no processo de assistência à família enlutada, mesmo em contexto pandémico, ambos contribuindo para a dignificação deste estágio.

Segundo Bloomer e Bouchoucha (2021), as restrições à presença da família no final da vida durante a pandemia resultam em sofrimento significativo para pessoas em situação crítica, famílias e profissionais de saúde. Os meus autores referem que quando uma pessoa doente está a morrer há evidências claras de vulnerabilidade familiar, sendo que as famílias desejam estar presentes, observar, confortar e proteger o seu familiar, pelo que, morrer não é apenas um acontecimento que o próprio vivencia, mas também o que a família vivencia, sendo a experiência da morte lembrada em detalhes. Ao enfermeiro cabe-lhe a tarefa de desmistificar e desconstruir as barreiras associadas ao fim da vida. Uma das soluções que implementamos na nossa prática passou por uma estratégia de comunicação que garantisse o desenvolvimento de habilidades comunicacionais na transmissão de más notícias.

Foi desenvolvida em simultâneo com a experiência de estágio e com a execução do projeto de intervenção em serviço uma outra competência requerida ao enfermeiro especialista: a gestão da comunicação interpessoal, na qual se funda a relação terapêutica estabelecida com a pessoa/família, de acordo com a complexidade das suas condições de saúde. No caso deste tipo de situação, é essencial que o diálogo e a empatia entre o profissional, o doente/família, tenha lugar, para que sejam apuradas as razões da vinda do doente ao serviço de urgência, e, posteriormente, do que se estará a passar com ele e do que será necessário fazer, até que seja interiorizada a evolução do seu estado de saúde.

O enfermeiro precisará de ter conhecimentos e capacidades técnicas e humanas que lhe permitam ultrapassar quaisquer barreiras à comunicação, sempre que estas se verifiquem relativamente à pessoa

em situação crítica/família, adotando para isso estratégias facilitadoras adequadas. Existem, de facto, vários tipos de barreiras à comunicação. Entre elas, estão: as alterações ao estado de consciência, a doença do foro mental, o traumatismo com consequência sobre a capacidade comunicativa, a sensação de dor e mal-estar, os níveis de ansiedade, entre outras. Nesta questão, foi importante ter recebido *feedback* dos profissionais de enfermagem com mais experiência, que, tendo vivido muitas situações que foram perturbadas pela presença dessas barreiras, prestaram aconselhamento sobre a forma com as mesmas podiam ser ultrapassadas no sentido de conseguir manter uma comunicação eficaz.

Para além disso, é necessário que o enfermeiro especialista adapte também a comunicação que estabelece à complexidade do estado de saúde da pessoa observada em situação crítica. Independentemente dessa complexidade, ele deve privilegiar uma linguagem simples e inteligível, recorrer ao toque e à postura corporal (quer seja o posicionamento do corpo, quer a expressão do rosto (mais condicionada pelo contexto pandémico e o uso de máscara) como forma comunicativa que transmite correção, segurança e confiança, de acordo com o contexto com que se depara. No exercício desta competência, o enfermeiro especialista alia a sua capacidade intelectual de realização de diagnóstico à sua sensibilidade de avaliação do meio circundante, enquanto faz escolhas relativamente às melhores estratégias a adotar para otimização da comunicação interpessoal, sabendo que esta terá consequências na obtenção de informação sobre o estado de saúde da pessoa em situação crítica.

Nesta circunstância, a comunicação não se faz sem que tenha lugar a perceção. Entender que tipo de relação está a ser estabelecida com a pessoa em situação crítica é também uma forma de apurar se ela se faz com a eficácia necessária. Cabe ao enfermeiro especialista essa função de gestão do estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, a avaliação de eventuais disrupções comunicativas que possam influenciar a mesma e o impacto que estas possam ter sobre ela. Para além disso, ele também será o profissional de saúde mais capacitado para acionar as competências de ajuda que a pessoa poderá precisar. O enfermeiro especialista, sendo o membro da vasta equipa de intervenção que atua junto da pessoa e que mais tempo passa com ela, é aquele que melhor pode identificar as suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e até mesmo espirituais, as quais deve tentar suprir, no sentido de beneficiar o estado geral da sua saúde.

Assim, para que seja possível implementar a monitorização permanentemente de casos e seja obtida experiência na área da comunicação, responsável pelo estabelecimento de uma relação empática entre o enfermeiro e o doente, é da função do enfermeiro especialista a prossecução da avaliação do processo de relação que foi estabelecido com a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

O modo adequado de gerir a equipa, os recursos materiais, assim como as prioridades intrínsecas, foi outra das capacidades desenvolvidas. Assim, foram realizados dois turnos com o enfermeiro responsável. Trata-se de um papel complexo, na medida, em que exige o recurso de muitas capacidades específicas na área da gestão em saúde, nomeadamente a capacidade de organizar, comunicar, deliberar, formar, coordenar e, sobretudo valorizar as competências da equipa (Augusto, 2013). Importa destacar as atividades desenvolvidas por este, como a elaboração do plano de trabalho diário dos enfermeiros e dos assistentes operacionais, os pedidos de consumos de material e a otimização dos recursos disponíveis. Cabe, também ao enfermeiro responsável a promoção do trabalho em equipa e a gestão de eventuais conflitos que possam surgir.

Durante o estágio agimos sempre com base no código de ética considerando os quatro princípios da bioética (Beauchamp & Childress, 2013): i) Autonomia; ii) Não Maleficência; iii) Beneficência e v) Justiça, representados no artigo n.º 99, princípios gerais, do código deontológico (Decreto-Lei n.º 156, 2015). Assim, apresentamos respeito pela deontologia profissional, demonstrando em todos os atos a excelência do exercício profissional através da: i) garantia e adequação das normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa em situação crítica e sua família; ii) análise e reflexão sobre a sua prática, reconhecendo eventuais falhas que impliquem uma mudança de atitude, e iii) mobilização de conhecimentos e habilidades, através da formação, do estudo permanente e da divulgação das melhores evidências, que permitissem responder às situações, considerando, sempre, a pessoa em situação crítica e a família como parte de um processo transicional.

No nosso estágio, e em virtude das prioridades desde logo estabelecidas pela professora orientadora, no fim de cada turno, procedemos à elaboração mental de uma análise crítico-reflexiva dos aspetos positivos e negativos, bem como dos aspetos a melhorar. Esse processo permitiu que desenvolvêssemos quase todas as competências do enfermeiro especialista, exceção feita à competência “*Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação*”, a qual não foi desenvolvida durante o nosso estágio.

Como especialista, ao enfermeiro em cooperação com o nível estratégico, compete delinear os planos de catástrofe ou emergência, de acordo com o conhecimento que tem sobre os Planos Distrital e Nacional de catástrofe e emergência, ao mesmo tempo elaborando um plano similar da instituição/serviço. A este propósito, a competência que nos foi dado desenvolver foi a relativa ao conhecimento dos Planos para catástrofe e emergência, porque não foi possível presenciar nenhuma reunião entre entidades competentes relativas à temática da catástrofe. Ainda assim, e na componente teórica do Mestrado,

entendemos a importância que esta área de intervenção possui, dado o contacto que tivemos com os planos institucional, Distrital e Nacional de catástrofe e emergência.

O Plano Nacional, cuja elaboração é da competência do Ministério da Administração Interna (2013), determina quais as situações que são consideradas de catástrofe, para as quais os devidos intervenientes, entre os quais está também o enfermeiro especialista, devem estar devidamente preparados para atuar aquando da sua ocorrência. Entre elas, estão, pois, os incêndios florestais, os sismos, os *tsunamis*, as ondas de calor e as vagas de frio, os acidentes industriais, os acidentes graves de tráfego e outras situações cuja gravidade seja idêntica à das agora enumeradas. Por sua vez, o Plano Distrital, sendo igualmente executado pelo mesmo organismo do estado, o Ministério da Administração Interna (2016, p. 23), apresenta como seu objetivo principal “*fazer face à generalidade das situações de acidente grave ou catástrofe que se possam desenvolver no âmbito territorial e administrativo do distrito de Braga*”. Neste caso, assume relevo quer os hospitais quer os meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) existentes ao nível do distrito.

Na componente teórica do nosso Mestrado, o plano institucional foi efetivamente discutido em pormenor, tendo sido avaliado o seu conhecimento, para que, na eventualidade de ele ter de ser ativado no período do próprio estágio, não houvesse problemas com a sua execução, e neste sentido tomámos contacto com o mesmo. Desta forma, independentemente da nossa colaboração com o mesmo não ter sido direta, a verdade é que fomos informados sobre a logística que envolve o plano institucional, de tal forma que podemos ser considerados devidamente capazes de atuar nas situações de catástrofe, aquando da sua ocorrência, como é exigido que o façamos.

Ainda a este propósito, o enfermeiro especialista é integrado nesses planos na qualidade de pessoa capaz de fornecer uma resposta específica às pessoas que se encontram em situação multivítima ou de catástrofe, e é precisamente neste sentido que procura demonstrar conhecer os referidos planos, os seus pressupostos de atuação nestas situações concretas, identificando os seus vários tipos e as respetivas implicações que cada um tem para a saúde dos atingidos, definindo, nomeadamente, graus de urgência, estabelecendo uma sequência e sistematização de ações que devem ter lugar nesses momentos de emergência/catástrofe.

Esse profissional, necessita, de igual modo, ainda nessa ação, demonstrar capacidade de gestão no que diz respeito à liderança de equipa e atribuição de papéis dentro desta, avaliando continuamente não só a articulação desenvolvida entre os seus membros, mas também a eficácia do seu trabalho interpessoal,

introduzindo, sempre que considere adequado, medidas de correção do que for inconforme com a atuação desejada para uma situação de emergência ou catástrofe.

Durante o nosso período de estágio, não foi possível experienciar nenhuma situação multivítima ou de catástrofe. Por este motivo, esta competência desejada, acabou por não ser desenvolvida na sua globalidade, tendo sido parcialmente expandida através da matéria teórica lecionada e do tempo de estágio passado junto com os colegas mais experientes. Desta forma, foi-nos permitido reter alguns conhecimentos básicos neste domínio. A par de nos ser possível fazer a distinção entre os vários tipos de catástrofe, também somos capazes de distinguir a triagem em contexto de catástrofe, no serviço de urgência, procedendo à ativação dos diversos planos, à atribuição de papéis e à avaliação contínua. Consequentemente à aplicação de quaisquer medidas corretivas ao plano primeiramente delineado.

Contudo, é lícito afirmar que durante o período do estágio no serviço de urgência, atravessamos por um período de catástrofe que exigiu medidas de exceção apresentadas em múltiplos planos de contingência que solicitaram a articulação de toda a sociedade civil nacional e internacional e acrescentam entropia ao funcionamento dos serviços. A realização do estágio em pleno pico pandémico e durante uma catástrofe, colocou-nos à prova os conhecimentos, não apenas durante a nossa formação, mas também enquanto profissional no exercício ativo da profissão.

Por sua vez, a pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2 impôs, ao mesmo tempo, a necessidade da elaboração de vários planos de contingência em função dos desenvolvimentos na transmissão da infeção, provocada pelo vírus SARSCoV-2 a nível nacional. Nesse sentido, os planos de contingência do hospital seguiram as orientações do Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (Assembleia da República, 2020).

Relativamente à competência "*Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*", consideramos que ela foi desenvolvida ao longo do nosso estágio.

A resistência antimicrobiana e a infeção são hoje dois conceitos indissociáveis que ameaçam o núcleo da medicina moderna e a sustentabilidade de uma resposta de saúde pública global e eficaz à ameaça duradoura de doenças infecciosas. O mau uso sistemático e o uso excessivo de antimicrobianos na medicina humana e na produção de alimentos colocam todas as nações em risco, particularmente as mais frágeis, fazendo-as percorrer um caminho onde, nesta era pós-antibiótica, as infeções comuns

podem uma vez mais voltar a matar. É por isso que se impõe uma ação harmonizada e imediata à escala global (World Health Organization [WHO], 2015).

Perante o risco acrescido de infeção, o enfermeiro especialista é incumbido da elaboração de um plano preventivo e de controlo da infeção adequado às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. Para esse efeito, é necessário que considere que qualquer falha no cumprimento das normas para esse controlo, em qualquer das terapêuticas aplicadas, ou que estejam para além da aplicação de procedimentos técnicos e ao nível do relacionamento direto com a pessoa, constituem em si uma fonte de infeção para um organismo cuja condição crítica é sinónimo de fragilização sistémica. Neste sentido, o enfermeiro especialista evidencia os seus conhecimentos do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das Diretivas das Comissões de Controlo de Infeção, como outra das suas competências.

Por consequência, o enfermeiro especialista também demonstra capacidades no diagnóstico das carências do serviço no que diz respeito à questão da prevenção e controlo da infeção, determinando as diligências necessárias a implementar, tendo em vista a referida prevenção e controlo da infeção do mesmo, atualizando assim o Plano de Prevenção e Controlo de Infeção do Serviço, de acordo com as evidências apuradas.

Em termos de atuação mais prática, o enfermeiro especialista é também aquele que encabeça o evoluir do conjunto de procedimentos que dizem respeito ao controlo de infeção de acordo com as normas de prevenção, em particular das infeções que surgem associadas à prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. Muitos dos procedimentos adotados acarretam riscos, desde os mais simples, como a cateterização venosa periférica, a algaliação, a entubação nasogástrica, aos de natureza mais complexa, como a entubação orotraqueal, a cateterização venosa central, a cateterização arterial, pelo que é importante, para a prática de enfermagem, que o enfermeiro especialista, de forma eticamente responsável, assuma possíveis erros ou limitações da sua parte, como forma até de melhorar, de modo progressivo, os protocolos que já se encontram estabelecidos na prática.

Na área da higiene hospitalar, o enfermeiro especialista demonstra possuir certos conhecimentos específicos. Deste modo, ele assume, perante toda a equipa cuidadora da pessoa em situação crítica, um papel de referência. Na questão da prevenção e controlo da infeção, nomeadamente, esse especialista transmite a essa mesma equipa, com toda a confiança e segurança possíveis, as indicações necessárias. Em caso de dúvida, no entanto, ele solicita o(s) parecer(es) que considere necessário(s) à Comissão de Controlo da Infeção, sobretudo quando se verifique desconhecimento relativamente a algum procedimento a aplicar. O profissional em causa também determina quais os procedimentos e os



circuitos envolvidos na prevenção e controlo da infeção, no que diz respeito às vias de transmissão, na pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, considerando, sobretudo, que a estrutura física do serviço não é tendencialmente causadora da prevenção de transmissão de microrganismos.

As estratégias para diminuir a infeção associada aos cuidados de saúde e a resistência dos microrganismos aos antibacterianos envolvem essencialmente medidas de higienização das mãos, implementação de estratégias específicas de gestão de dispositivos invasivos, uso correto dos equipamentos de proteção individual (EPI), precauções de contacto em pessoas infetados ou colonizados com organismos resistentes e o uso dos procedimentos protocolados de isolamentos. Assim, durante o estágio, desenvolvemos as competências no âmbito da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos na assistência à pessoa em situação crítica.

Salientamos, o facto do nosso estágio ter decorrido em plena pandemia da COVID-19 o que constituiu uma emergência sanitária sem precedentes, representando um enorme desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo (Correa-Martínez *et al.*, 2020). Num contexto de grande incerteza e em que o conhecimento evolui de dia para dia, as estratégias de prevenção e controlo de infeção representam a pedra basilar das intervenções destinadas a combater a pandemia (WHO, 2020). Assim, o estágio em plena pandemia constituiu uma experiência rica em oportunidades de desenvolvimento de competências na área da prevenção e controlo da infeção, havendo a necessidade de procurar informação atualizada e credível acerca da transmissão do vírus e adotámos todos os cuidados preconizados pelas normas e orientações da Direção Geral da Saúde (DGS) (Direção Geral da Saúde [DGS], 2020).

No âmbito da prática de enfermagem e em particular na assistência à pessoa em situação crítica, a construção de um modelo clínico de dados que desenvolva uma nova ontologia de enfermagem terá de assentar num modelo concetual do exercício profissional dos enfermeiros, pelo que, o conhecimento das teorias de enfermagem assume particular relevância. A Ordem dos Enfermeiros (2020) determinou que a teoria assistencial que integra os sistemas de informação em enfermagem e a nova ontologia é a teoria das transições. Meleis (2011) refere que é descobrindo e compreendendo a jornada teórica de uma disciplina que os seus membros aprendem a desenvolvê-la. A autora afirma também que, a teoria se tornou parte integrante do léxico da enfermagem em todos os seus domínios de intervenção (na prática, na formação, na gestão e na investigação), pelo que, os enfermeiros devem entender o seu papel no desenvolvimento da enfermagem, na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e baseados em evidências, contribuindo para um processo de tomada de decisão transparente, seguro e de qualidade.

A profissão de enfermagem tem evoluído e desenvolvido ao longo das últimas décadas. A importância que ocupa no seio das organizações de saúde em geral, e o significado que tem para o cidadão em particular, são reveladores do sucesso com que tem correspondido aos desafios atuais. Os desenvolvimentos alcançados, quer no plano regulatório, quer no plano formativo, foram decisivos e estão na origem da modernização da profissão e no desenvolvimento técnico-científico da disciplina. Os últimos dois anos têm sido especialmente desafiantes para a enfermagem, em particular o ano de 2020, Ano Internacional do Enfermeiro, onde o surto pandémico provocado pelo vírus SARS-CoV-2 exigiu novas respostas, quer do ponto de vista humano, quer do ponto de vista material. É neste contexto particularmente exigente que surge a necessidade de o cidadão aceder a cuidados de enfermagem especializados, cujas respostas humanas aos processos corporais, psicológicos e de transição, carecem de níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão.

O enfermeiro especialista, decorrente do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, alicerça o seu exercício profissional na elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, suportando também a formação, a investigação e a assessoria, em coerência com a sua área de especialização (Regulamento n.º 140, 2019). Ora, ultrapassada a fase inicial da pandemia que tanto impacto teve sobre o sistema de saúde em Portugal, impõe-se agora uma intervenção estratégica sobre a capacidade de resposta da enfermagem, qualificando-a no imediato para responder a um desafio prolongado no tempo e, simultaneamente, consolidando para o futuro uma carteira de serviços, alinhada com as melhores práticas.

Perante o panorama da atualidade, os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica são elementos de extrema importância nos sistemas de saúde e que a literatura destaca como fundamentais na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica.

Em suma, o estágio no serviço de urgência provou ser uma experiência vasta, num campo evidentemente rico em experiências que permitiram uma aquisição profunda de conhecimentos teórico-práticos anteriormente aflorados, bem como no desenvolvimento de competências gerais enquanto enfermeira, a par de ter provado ser também uma experiência profundamente engrandecedora no desenvolvimento de competências específicas na situação de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

## 2 – METODOLOGIA DE TRABALHO DE PROJETO

De acordo com Ruivo, Ferrito e Nunes (2010, p. 2), a metodologia de projeto “*baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução*”. A mesma metodologia, ainda de acordo com os mesmos autores, visa permitir a aquisição de capacidades e competências aquando da concretização de projetos, em situação real, tendo em conta a resolução de um problema desse contexto, através da promoção de uma prática bem fundamentada e com base em evidência extraídas do mesmo, articulando a teoria e a prática (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A metodologia de projeto é constituída por cinco etapas, que são: i) diagnóstico de situação, ii) definição de objetivos, iii) planeamento, iv) execução e avaliação e v) divulgação dos resultados (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Em concordância com os passos desta metodologia desenvolvemos um projeto de intervenção em serviço, tendo por base um problema identificado na prática, que descreveremos a seguir. O nosso projeto de intervenção em serviço encontra-se estruturado de acordo com as etapas da metodologia de projeto e, dado que se baseia num problema real, situado num contexto concreto, tornou-se fundamental caracterizar a realidade contextual deste problema que identificámos.

### 2.1. – Caracterização do Serviço de Urgência

O nosso estágio decorreu no serviço de urgência de um hospital central da região Norte do país, o qual foi considerado pela Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgências (CRRNEU) (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgências, 2012) como um Serviço de Urgência Polivalente, dado o seu nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência. A sua diferenciação dos Serviços de Urgência Médico Cirúrgica e Básica é o facto de poder dar resposta específica nas valências de Neurocirurgia, Imagiologia com Angiografia Digital e Ressonância Magnética Nuclear, Patologia Clínica com Toxicologia, Cardiologia de intervenção/Cateterismo Cardíaco/Angioplastia, Pneumologia (com endoscopia), Gastrenterologia (com endoscopia), Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Maxilo-facial, Cirurgia Vasculare e Medicina Intensiva (Despacho n.º 10319/2014). Para além disso, o mesmo serviço possui uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação e ainda um heliporto.

Relativamente à sua estrutura física, esse serviço de urgência possui uma sala de espera, com serviço de atendimento administrativo, uma sala de triagem com dois balcões de atendimento, duas salas de emergência, uma área médica destinada a doentes de pulseira verde ou amarela, dotados de autonomia, uma Unidade de Decisão Crítica 1, destinada a doentes dependentes ou a necessitar de maca do foro respiratório, uma Unidade de Decisão Crítica 2, para doentes dependentes ou clinicamente a necessitar de maca do foro não respiratório, uma Unidade de Decisão Crítica 3, para doentes dependentes ou a necessitar de maca do foro não respiratório, uma área de trauma, uma Unidade de Cuidados Intermédios para doentes com maior necessidade de internamento e monitorização, vários gabinetes médicos, uma sala de comunicação com a família, uma área de realização de exames de diagnóstico e uma base para a Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

No que diz respeito aos seus recursos humanos, na área de enfermagem, o serviço de urgência era composto, na altura, por uma equipa de 115 enfermeiros, destacados para os turnos da manhã e da tarde, entre as 8:30 e as 14:30 e entre as 14:00 e 21:00. A organização do serviço era feita da seguinte maneira: 1 enfermeiro responsável de turno, 2 enfermeiros na triagem, 2 enfermeiros na sala de emergência, 1 enfermeiro na área médica, 1 enfermeiro na área de trauma, 3 enfermeiros na unidade de decisão crítica 1, 3 enfermeiros na unidade de decisão crítica 2, 2 enfermeiros na unidade de decisão crítica 3, 3 enfermeiros na unidade de cuidados intermédios e 1 enfermeiro na viatura médica de emergência e reanimação. No turno da noite, que decorria entre as 20:30 e as 9:00, a organização pautava-se por 1 enfermeiro responsável de turno, 1 enfermeiro na triagem, 2 enfermeiros na sala de emergência, 1 enfermeiro na área médica, 1 enfermeiro na área de trauma, 3 enfermeiros na unidade de decisão crítica 1, 3 enfermeiros na unidade de decisão crítica 2, 2 enfermeiros na unidade de decisão crítica 3, 3 enfermeiros na unidade de cuidados intermédios e 1 enfermeiro na viatura médica de emergência e reanimação.

## 2.2. – Diagnóstico de Situação

De acordo com o referido por Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), a primeira etapa da metodologia de projeto é o diagnóstico de situação. Ela tem como finalidade, ainda na perspetiva dos mesmos autores, a realização de *“um mapa cognitivo sobre a situação, problema identificado, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar”* (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 10). Para além disso, essa mesma etapa permitirá ainda situar o problema identificado num determinado quadro teórico, de acordo com outros estudos e/ou pesquisas anteriormente elaborados (Lakatos &

Marconi, 2021). Esta etapa, corresponde, por conseguinte, como salientado por Lakatos e Marconi (2021), a uma análise integrada das necessidades da população em estudo, no sentido de desenvolver estratégias que permitam resolver as necessidades identificadas, pois não é possível a formulação de uma política de intervenção sem que tenha havido previamente uma boa recolha de informação (Lakatos & Marconi, 2021).

Os instrumentos de diagnóstico mais utilizados na prática clínica são a entrevista, o questionário, bem como os métodos de análise da situação, nomeadamente a análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*), Cadeia de Valores, FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*) e *Stream Analysis*. Na utilização dos respetivos métodos, no contexto da prática clínica, está implícita não apenas a observação do contexto, mas também a auscultação das pessoas, como, de resto, observado em Ruivo, Ferrito e Nunes (2010).

A escolha desta área de intervenção prende-se com três fatores: i) pelo facto de ser uma área que necessita de intervenção; ii) pelo facto de ser igualmente uma competência própria do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica e ainda, iii) pelo facto de constituir uma área que reflete a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos familiares com esses cuidados.

Nesta lógica, realizámos entrevistas informais com o enfermeiro gestor e o enfermeiro supervisor, tendo surgido o tema da comunicação com a família no serviço de urgência durante a atual pandemia da COVID-19, cuja questão de partida foi “Como foram as experiências de comunicação dos enfermeiros com as famílias no serviço de urgência durante a pandemia da COVID-19?”. Face a esta questão de partida, definiu-se como objetivo principal explorar junto dos enfermeiros as suas experiências com as famílias durante a pandemia da COVID-19, comprovando-se a existência desta problemática. Durante este período tão peculiar de saúde pública, as equipas não estavam preparadas para assumirem novas estratégias de comunicação com as famílias, daí a necessidade de intervenção, impulsionada pela necessidade de sensibilizar os enfermeiros a atualizar e aperfeiçoar as competências comunicacionais, de acordo com a melhor evidência científica.

Note-se que não existia, com efeito, nenhuma norma/procedimento de intervenção que uniformizasse as intervenções de enfermagem associadas ao processo de comunicação estabelecidos com a família, durante esse problema inédito de saúde pública, que determinou a ausência de visitas. No período em que ocorreu a recolha de dados para realizar o diagnóstico de situação verificámos que muitos familiares

estavam várias horas e, por vezes, dias sem ter conhecimento da situação do seu familiar. Neste sentido tornou-se pertinente pensarmos numa intervenção junto da equipa onde realizamos o estágio.

### 2.3. – O tema a intervir: Comunicação com a Família no Serviço de Urgência Durante a Pandemia da COVID-19

A importância de basear as políticas e práticas da saúde na melhor evidência científica nacional e internacional disponível, está cada vez mais intrínseca em todos os setores da saúde na maioria dos países, por forma a gerar conhecimento e evidências para fornecer um cuidado mais eficaz, viável e significativo para as populações, culturas e ambientes específicos (Pearson, Jordan & Munn, 2012).

Na perspetiva de Reveles *et al.* (2012, p. 32), a comunicação deve ser perspetivada como um “*momento crucial e importante para todos os elementos da equipa de enfermagem*”, pois ela visa a escuta, a valorização das queixas do doente/família, a identificação das suas necessidades e o respeito às diferenças.

A enfermagem, como profissão profundamente interligada ao ato de cuidar, valoriza o relacionamento interpessoal que se desenvolve entre o profissional cuidador e o doente que é alvo do seu cuidado. A relação terapêutica que é mantida na prestação de cuidados, ao nível da enfermagem, caracteriza-se, portanto, pelo estabelecimento de uma “*parceria [...] com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel*”, nas palavras de Nunes (2017, p. 12). É fulcral que todos os enfermeiros do serviço de urgência compreendam a relevância assim assumida pelo processo de comunicação com a família e a pessoa em situação crítica, pois ele estrutura-se em torno do sentido de oportunidade e devida fundamentação, tendo como objetivo a criação de uma relação de índole terapêutica que remonta ao primeiro contacto estabelecido. Normalmente, a relação entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica e a respetiva família é de natureza formal e distanciada, marcada por uma linguagem predominantemente formal, sendo que estas características determinam a forma como decorre todo o processo de comunicação referido (Nunes, 2017).

É no serviço de urgência que são prestados os cuidados à pessoa em situação crítica. Nele, por conseguinte, o balanço entre a vida e a morte é uma constante, pelo que a presença de sentimentos de ansiedade e angústia é, inevitavelmente, persistente, pois eles acontecem naqueles que recorrem a esse serviço, a par de surgirem nos enfermeiros que têm que lidar com essas situações, muitas vezes de cuidado extremo, conforme notado por Galinha de Sá, Botelho e Henriques (2015). A mesma experiência é, todavia, encarada de forma muito diversa pelos diversos intervenientes.

Batista *et al.* (2017, p. 84) sublinham que *“a prestação de cuidados de enfermagem no serviço de urgência deve ser centrada no utente e família”*. Este facto ao ser verdade não deixa de constituir um desafio para os enfermeiros que têm por função satisfazer as suas necessidades perante o tipo de contexto complexo descrito. Ora, esta circunstância obriga a que a família seja *“[...] muitas vezes colocada em segundo plano já que num contexto de urgência e emergência, os enfermeiros tendem a valorizar as necessidades da pessoa que cuidam”*, acrescentam também Batista *et al.* (2017, p. 84). Para Galinha de Sá, Botelho e Henriques (2015, p. 42), *“a comunicação eficaz é a base da relação entre a família e os enfermeiros, devendo ser honesta, mas também portadora de esperança”*, mas os autores salientariam também que *“cuidar a família da pessoa em situação crítica exige do enfermeiro competências especializadas pelas particularidades do próprio contexto de urgência e emergência”* (Galinha de Sá, Botelho & Henriques, 2015, p. 31). Assim sendo, o processo de comunicação engloba a família da pessoa em situação crítica, incluindo-os no próprio plano de cuidados, com o objetivo de, conjuntamente, satisfazer quer as suas necessidades, quer as suas dúvidas, as quais estão muitas vezes relacionadas com os sentimentos de ansiedade e medo provocados pela situação desconfortável em que se encontram. Esta situação exige do enfermeiro uma *“[...] conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte de cuidar”*, nas palavras de Galinha de Sá, Botelho e Henriques (2015, p. 33).

Como se depreende pelo exposto, a integração da família nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica é de extrema importância, de forma a potencializar a sua recuperação. Esta importância emana de uma norma emitida pelo INEM (2011), a qual reconhece o direito dos doentes transportados nas suas ambulâncias ao acompanhamento por parte de familiar ou pessoa igualmente significativa, uma decisão que decorre da necessidade de humanizar os cuidados de emergência médica de natureza pré-hospitalar. Para além disso, essa mesma importância é também destacada na opinião emitida pela Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (2012), segundo a qual as alterações logísticas e estruturais que venham a ser equacionadas têm como foco a preocupação de facilitar o acompanhamento do doente por um familiar, com respeito quer pela sua privacidade, quer pelo seu conforto, com o fim último de promover uma comunicação e informação tão personalizada quanto humanizada.

Oliveira (2012) observa que o primeiro contacto entre o enfermeiro e o respetivo familiar da pessoa em situação crítica apresenta um carácter ainda mais fundamental, dada a complexa envolvente que a rodeia. Hoje, o desenvolvimento tecnológico leva a que o doente se apresente rodeado de equipamentos que são utilizados para a monitorização e controlo do seu estado de saúde. Conquanto os mesmos estejam aí apenas para seu benefício, no que diz respeito ao seu familiar, eles podem gerar mais dúvida

e medo do que propriamente tranquilidade, tomando conta do seu estado de espírito num sentido mais negativo. Como tal, torna-se relevante que o enfermeiro tente promover o seu conforto, mitigando essa situação, procurando mesmo a sua familiarização com esses ambientes hospitalares cujos equipamentos são alheios ao quotidiano das famílias, comunicando frequentemente a situação clínica do doente às mesmas, e explicando os procedimentos efetuados, eliminando a barreira comunicativa eventualmente instituída pela tecnologia.

Através da adoção desses procedimentos, ele procura habituar os acompanhantes, de forma cómoda e rápida, ao ambiente físico que auxilia o doente, minimizando o seu medo do desconhecido, e apelando a que a sua atenção esteja mais focada na recuperação do seu ente querido, mais do que no problema que o aflige, de tal forma que ele possa mesmo fazer parte da solução, como elemento cooperante.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, a 11 de março de 2020, a doença provocada pelo vírus SARS-CoV-2 como pandemia (WHO, 2020), considerando-a, como tal, uma emergência de saúde pública de âmbito internacional. Esta situação levou à necessidade de criar e pôr em prática procedimentos adequados à manutenção da saúde pública e preservação dos direitos fundamentais dos cidadãos.

Neste âmbito está previsto que os familiares do doente recebam toda a informação a que têm direito através da equipa de saúde (Hospital de Braga, 2018). A situação pandémica da COVID-19 obrigou os hospitais a adotar um conjunto de medidas de carácter extraordinário no seu funcionamento e organização, com o objetivo de reduzir a probabilidade de transmissão intra-hospitalar da doença. Entre estas medidas, estas instituições incluíram, nomeadamente, a limitação/restricção ao direito dos doentes à visita e ao acompanhamento.

No dia 8 de março de 2020, por consequência, os hospitais instituíram algumas alterações temporárias ao regime de visitas e acompanhantes, para prevenir aglomerações de pessoas e prevenir a propagação do vírus SARS-CoV-2, decretando, nomeadamente, a suspensão de visitas a doentes. Neste âmbito foram salvaguardadas exceções de natureza médica, sociais e humanitárias, como o caso de fim de vida, ou outras que passariam a ser definidas, caso a caso, pelos respetivos diretores de serviços e unidades.

A separação familiar é uma das queixas mais frequentes do doente e das suas famílias (Creutzfeldt *et al.*, 2021). Muito frequentemente, os familiares procuram, de forma desesperada, obter informações sobre o seu familiar. Neste sentido torna-se fundamental que os profissionais de saúde comuniquem regularmente com as famílias e, sempre que possível, facilitem a comunicação entre elas e os doentes, mediante o recurso à tecnologia virtual (Bajwah *et al.*, 2020). A este propósito os estudos de Creutzfeldt



*et al.* (2021); Rose *et al.* (2021) e Boulton *et al.* (2021), fazem referência à evolução da pandemia e o surgimento de abordagens alternativas à comunicação familiar, nomeadamente o uso de *smartphone* e *tablets*, assim como, a transmissão de informação por via telefónica. Quando os doentes podem comunicar com as famílias, as conversas telefónicas ou interações de vídeo podem ser úteis, possuindo diversas vantagens para os envolvidos. Relativamente a esta questão, e segundo Bajwah *et al.* (2020), existem três dimensões significativas quando os enfermeiros estabelecem o contacto com os doentes e familiares, sendo elas: i) o suporte psicológico; ii) necessidade de informação e planeamento e iii) cuidado espiritual. Neste sentido passaremos de seguida à definição de cada uma delas.

### **Suporte psicológico**

No caso do suporte psicológico, a qualidade com que se vive a experiência da passagem para a morte, bem como a falta de preparação para esta, são fatores preditores de um sofrimento mais complexo durante esta experiência. Como tal, os profissionais de saúde procuram manter uma comunicação regular com as famílias, facilitando a sua comunicação com os doentes, utilizando as tecnologias disponíveis, como as mencionadas anteriormente.

### **Necessidade de informação e planeamento**

No caso da necessidade de informação e planeamento, e sobretudo quando estão em causa doentes afetados por doença grave, é requerido um planeamento paralelo, no sentido em que se espera sempre o melhor, mas, na realidade, preparar sempre o pior cenário. Para esta realidade, é necessário que tenham lugar discussões precoces e honestas, no momento de hospitalização.

A esse propósito, os profissionais de saúde focam-se no planeamento antecipado dos cuidados necessários, por intermédio dessas conversas honestas e frontais, que viabilizam o reconhecimento do sofrimento da situação complexa do doente, mas também constituem uma manifestação da sua sincera compaixão, respeito e empatia pela situação por ele vivida. Essa interação constitui o foco do seu atendimento e ela adapta-se ao agravamento do estado clínico ou dos objetivos alterados do doente. Os profissionais de saúde adotam, no que toca ao fornecimento de informações, uma atitude diligente.

### **Cuidado espiritual**

Em termos de cuidado espiritual, é reconhecido que este é importante como estratégia para lidar com a incerteza natural, no caso de doenças graves ou mesmo no final da vida. O bem-estar espiritual funciona como lenitivo contra o desespero daqueles que se encontram em situações limite, para os quais a morte está iminente. Eventuais intervenções de figuras associadas a esta vertente como o capelão, que se

focam no conforto físico do doente, na melhoria do seu bem-estar e da sua dor espiritual, são abordadas com o próprio e com a sua família. Para além disso, é importante atender também às necessidades de cuidado espiritual daqueles que não se veem representados por essa figura.

A comunicação do enfermeiro com a família assumiu, durante a pandemia, particular relevância, tendo este sido um elo fundamental na comunicação com a família, e no garante da possibilidade de contacto entre a pessoa em situação crítica e a sua família (Bajwah *et al.*, 2020). Neste sentido, e tendo em consideração as contingências nacionais e internacionais às quais fomos expostos pela infeção pelo vírus SARS-CoV-2, surgiram um conjunto de orientações (Bajwah *et al.*, 2020; Dong & Bouey, 2020) que salvaguardam a abordagem à pessoa em situação crítica e sua família, tais como: i) os profissionais de saúde necessitam de reconhecer o sofrimento desta situação complexa manifestando compaixão, respeito e empatia; ii) o foco do atendimento deve ser interativo, utilizando as tecnologias virtuais disponíveis e adaptando-se ao agravamento do estado clínico ou dos objetivos da pessoa em situação crítica, e iii) o enfermeiro necessita de ser proactivo no fornecimento de informações e garantir que, se houver uma possibilidade significativa de que a pessoa em situação crítica morra, isso seja tratado tanto com a pessoa como com a família.

Masskant *et al.* (2021), confirmam que a comunicação e o envolvimento da família nos cuidados mudaram radicalmente durante a pandemia da COVID-19 e que o envolvimento da família nos cuidados, mesmo antes do período pandémico era limitado. Embora nas situações de final de vida existisse um maior envolvimento, estes não eram suficientes e eram geradores de sofrimento moral, por parte dos enfermeiros devido às restrições de visitas.

No estudo realizado por Creutzfeldt *et al.* (2021), os familiares destacaram que a visita permitia estar ao lado do seu familiar para ajudá-lo a lidar com a doença, construir uma relação de confiança com a equipa multidisciplinar e receber apoio emocional. Após a restrição das visitas, as famílias encontraram formas de comunicar com os seus familiares, através de videochamadas. Os mesmos autores afirmam que a restrição das visitas exige que os hospitais sejam criativos e inclusivos para ajudar a manter as ligações familiares.

Boulton *et al.* (2021), investigaram a forma como as unidades de cuidados intensivos (UCI) estavam a abordar a comunicação com os familiares e as visitas durante a pandemia da COVID-19. Estes concluíram que quase todas as unidades estavam diariamente a comunicar com as famílias, atualizando-as sobre a situação clínica do seu familiar. Os telefones diários eram realizados pela equipa médica ou

pela equipa de enfermagem e algumas unidades criaram uma equipa dedicada à comunicação com a família.

Assim, com a elaboração do projeto de intervenção, pretendemos simplificar o processo assistencial do enfermeiro, sobretudo no que diz respeito à manutenção de um processo comunicativo efetivo com a família dos doentes internados no serviço de urgência durante a pandemia da COVID-19.

#### 2.4. – Definição de Objetivos para a Intervenção

Os objetivos, como referido por Ruivo, Ferrito e Nunes (2010, p. 18) “*apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico*”. De acordo com esta definição, importa definir o objetivo geral concreto e os objetivos específicos que nortearam o presente projeto de intervenção.

##### *Objetivo Geral:*

- Promover práticas de qualidade que permitam a comunicação com a família no serviço de urgência durante a pandemia da COVID-19.

##### *Objetivos Específicos:*

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da comunicação com a família durante a pandemia da COVID-19;
- Elaborar uma proposta de norma de procedimento de enfermagem de comunicação à família no serviço de urgência durante a pandemia da COVID-19;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a utilização da norma de procedimento.

#### 2.5. – Planeamento

Nesta fase, como é proposto por Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), é desenvolvido um plano de gestão de projeto, mediante a identificação das suas atividades, das suas estratégias, dos recursos a utilizar, no sentido de dar resposta aos objetivos geral e específicos que foram propostos. Para esse efeito, foi constituído um cronograma de atividades, onde se apresentam discriminadas as datas dos diversos momentos em que este projeto foi desenvolvido, conforme consta do Apêndice I.

Atendendo ao tema em apreço, e em virtude de o objetivo geral ser o de promover práticas de qualidade que permitam a comunicação com a família no serviço de urgência durante a pandemia da COVID-19,

ficou desde logo claro que a intervenção deveria ter como foco a sensibilização da equipa de enfermagem para essa problemática e consequente elaboração de uma norma de procedimento de enfermagem. Optou-se por, para cada objetivo delineado, enumerar as atividades/estratégias definidas, para a obtenção da sua concretização, conforme consta do Quadro 1.

**Quadro 1** – Descrição das atividades/estratégias de acordo com cada objetivo

<b>Objetivo Geral</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades/Estratégias</b>
1.Promover práticas de qualidade que permitam a comunicação com a família no serviço de urgência durante a pandemia da COVID-19.	1.1. Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da comunicação com a família durante a pandemia da COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa de trabalhos publicados sobre a comunicação com a família no serviço de urgência durante a pandemia da COVID-19;</li> <li>- Planear uma atividade formativa inerente à temática;</li> <li>- Formalizar a proposta de atividade com o enfermeiro gestor e o enfermeiro supervisor do estágio;</li> <li>- Elaborar a norma de procedimento;</li> <li>- Calendarizar a atividade formativa em serviço sobre “Comunicação com a Família no Serviço de Urgência durante a Pandemia da COVID-19”;</li> <li>- Criar uma reunião pelo Microsoft Teams, como plataforma para apresentação da atividade formativa;</li> <li>- Elaborar o plano de sessão da atividade formativa em serviço;</li> <li>- Elaborar a apresentação em dispositivos digitais;</li> <li>- Validar com o departamento de formação do Hospital de Braga, o plano de sessão e a apresentação elaborada;</li> <li>- Realizar a atividade formativa e apresentar a norma de procedimento;</li> <li>- Avaliar a atividade formativa e o formador.</li> </ul>
	1.2. Elaborar uma proposta de Norma de Procedimento de Enfermagem de Comunicação à Família no Serviço de Urgência durante a pandemia da COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar uma revisão integrativa da literatura sobre a comunicação com a família durante a pandemia em repositórios e pesquisa de artigos nas bases de dados Scielo, Medline, Scopus PubMed, Web of Science, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e Repositório da Universidade do Minho;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formalizar a proposta de atividade com o enfermeiro supervisor do estágio;</li> <li>- Elaborar a proposta de norma de procedimento;</li> <li>- Reunir com o enfermeiro gestor do serviço para apresentação e discussão da proposta de norma de procedimento.</li> </ul>
	1.3. Sensibilizar a equipa de enfermagem para a utilização da norma de procedimento.	- Apresentar a norma de procedimento aos enfermeiros do serviço de urgência na atividade formativa.

Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com o planeamento das atividades realizadas, seguimos um conjunto de procedimentos específicos, destinados a pôr em prática esse mesmo planeamento. Entre os mesmos, esteve a consecução da norma de procedimento, que visa a padronização da comunicação no processo de prestação de cuidados por parte do enfermeiro, correspondendo ao propósito interventivo do presente projeto, conforme se refere de seguida, com mais pormenor. A par desta, procedemos igualmente à revisão integrativa da literatura, de acordo com determinados critérios também explicitados.

## 2.6. – Execução

Ruivo, Ferrito e Nunes (2010, p. 23) consideram que “*a etapa da execução da Metodologia de Projeto materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado*”. A execução deste projeto, em concreto, centrou-se, por um lado, na sensibilização dos profissionais para a temática da comunicação com a família no serviço de urgência durante a pandemia e, por outro lado, na elaboração de uma proposta de norma de procedimento que permita que todos os enfermeiros atuem em conformidade e prestem cuidados de qualidade.

Optámos por proceder à elaboração de uma norma de procedimento, que, sendo utilizada enquanto modo de divulgação de resultados, revelou-se de extrema importância para a concretização dos objetivos estabelecidos no âmbito deste projeto de intervenção. Efetivamente, essa divulgação constitui ela própria uma forma de sensibilizar a equipa de enfermagem para a problemática tratada, permitindo, ao mesmo tempo, delinear o caminho e as estratégias a seguir, apresentando formas de minimizar ou mesmo

anular esse problema nos vários contextos, cumprindo o proposto no objetivo principal do projeto, conforme sugerido por Ruivo, Ferrito e Nunes (2010).

Realizámos uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de descrever e analisar o desenvolvimento ou a representação de um determinado assunto, de forma condensada, tanto do ponto de vista teórico como do ponto de vista contextual (Ribeiro, 2014).

A revisão integrativa da literatura é definida como uma síntese de estudos primários, resumindo o passado da literatura empírica ou teórica, para gerar uma compreensão mais abrangente de um determinado fenómeno (Apóstolo, 2017). Este tipo de revisão permite combinar diversas metodologias, potencializando a prática baseada na evidência em enfermagem, incorporando as evidências na prática clínica, fundamentando-se para tal em conhecimento científico, com resultados de qualidade e efetividade. A revisão integrativa da literatura requer a formulação de um problema, pesquisa de literatura, avaliação e análise crítica dos dados e apresentação dos resultados, que são reunidos e sintetizados de forma sistemática e ordenada, contribuindo para o aperfeiçoamento do conhecimento do tema investigado (Sousa, Vieira, Severino & Antunes, 2017). A revisão integrativa da literatura aproximou-se em termos metodológicos da proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) no seu manual para síntese de evidências (Aromataris & Munn, 2020).

Segundo Apóstolo (2017, p.11), “*o modelo JBI tem quatro principais componentes do processo que são: a geração de evidências para os cuidados de saúde, a síntese da evidência, a transferência das evidências, e a utilização das evidências na prática.*” Os estudos primários são avaliados no que respeita à sua qualidade e disponibilidade aos profissionais e aos locais de prestação de cuidados, utilizando e avaliando, em seguida, o seu impacto nos resultados em saúde, nos sistemas de saúde e na prática profissional (Apóstolo, 2017). O meu autor refere, ainda, que “*o modelo JBI também reconhece que os profissionais de saúde, para informar a sua prática quotidiana, devem considerar para além da evidência de eficácia, outras formas de evidência, como evidência sobre aplicabilidade, adequação e significado*” (Apóstolo, 2017, p.11).

A questão de investigação especifica o foco da revisão, os participantes, tipo de intervenções e comparação (caso se aplique), bem como os resultados esperados. Assim, recorreremos à mnemônica PICO (população, intervenção, comparação e resultado), para construir uma pergunta de revisão clara e significativa em relação às evidências sobre a intervenção (Tufanaru et al., 2020). Neste sentido, a (P)opulação: famílias; a (I)ntervenção: comunicação; a (C)omparação: não se aplica nesta revisão; o (O)resultado: estratégias de comunicação. Deste modo, foi formulada a seguinte questão: “Como foram

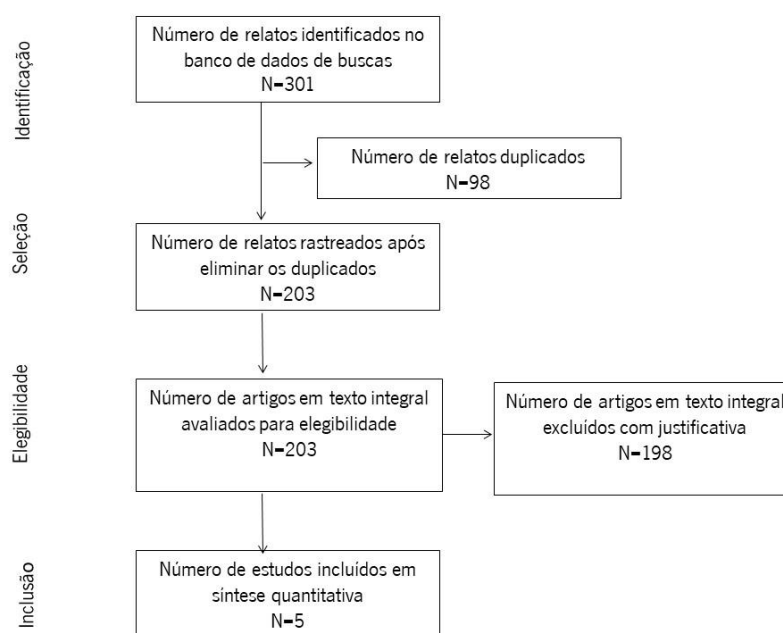
as experiências de comunicação dos enfermeiros com as famílias com os enfermeiros no serviço de urgência durante a pandemia da COVID-19?”.

Assim, foi realizada uma pesquisa de artigos nas bases de dados *b-on*, *Medline*, *Scopus*, *PubMed*, *Web of Science*, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e Repositório da Universidade do Minho, com um número total de trezentos e um (N=301) artigos selecionados, com uma filtração cronológica dos últimos dois anos, 2020 e 2021 (anos da pandemia) e com ativação das opções de texto integral na língua inglesa, portuguesa e espanhola.

Definiram-se como critérios de exclusão: i) artigos cuja metodologia era pouco clara; ii) artigos repetidos nas bases de dados; iii) artigos sem relação com o objeto de estudo; iv) editais e comentários/opinião; v) artigos realizados no âmbito pediátrico e neonatal; vi) artigos fora do âmbito da pergunta PICO e vii) artigos sem texto integral.

Após estarem clarificados os critérios de inclusão e exclusão foi definido para uma pesquisa mais eficaz nas bases de dados as seguintes palavras-chave em português: [“comunicação”] AND [“enfermagem”] AND [“família”] AND [“doente”] AND [“cuidados críticos”] AND [“COVID-19”] e em inglês: [“communication”] AND [“nursing”] AND [“family”] AND [“critical care”] AND [“patients”] AND [“COVID-19”]. As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram definidas tendo em conta os descritores indexados – termos MeSH (*Medical Subject Headings*) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Nesta pesquisa foram identificados trezentos e um (N=301) artigos e, posteriormente, foram aplicados os critérios de inclusão e de exclusão. Procedemos à leitura dos *abstract* dos trezentos e um (N= 301) artigos, de forma a fazer uma primeira seleção. Apenas cinco (N=5) cumpriram integralmente os critérios de inclusão. Dos restantes, noventa e oito (N=98) encontravam-se duplicados e cento e noventa e oito (N=198) foram excluídos pelo resumo. A seleção dos artigos foi realizada por dois revisores, estes tiveram em consideração os critérios de inclusão já pré-especificados. Nos casos de ausência de consenso por parte dos revisores foi associado um terceiro revisor que permitiu o desempate. Foi elaborado um diagrama de fluxo da revisão integrativa da literatura (figura 1) com recurso ao *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Page *et al.*, 2021). A declaração PRISMA consiste numa lista de verificação de 27 itens e um diagrama de fluxo em quatro fases, com o objetivo de ajudar a melhorar o relato de revisões sistemáticas e metanálises (Page *et al.*, 2021).



**Figura 1** – Diagrama de fluxo da Revisão Integrativa da Literatura

Fonte: Elaborado pelo autor

Após esta seleção, foi realizada a sua leitura integral e a informação proveniente de cada um foi reunida no Quadro 2, com o intuito de facilitar a sistematização da informação e a compreensão da mesma.

**Quadro 2** - Resumo de dados extraídos dos artigos selecionados

Título do Artigo	Autor(es)/Ano	Objetivo	Resultados
Family Presence for Patients with Severe Acute Brain Injury and the Influence of the COVID-19 Pandemic	Creutzfeldt, C.; Schutz, R.; Zahuranec, D.; Lutz, B.; Curtis, J. & Engelberg, R. (2021)	Explorar as vivências dos familiares dos doentes com lesão cerebral aguda grave e o impacto da restrição das visitas.	Os familiares destacaram que a visita permitia estar ao lado do seu familiar e ajudá-lo a lidar com a doença, construir uma relação de confiança com a equipa multidisciplinar e receber apoio emocional. Após a restrição das visitas, as famílias encontraram formas de comunicar com os seus familiares, através de videochamadas. A restrição das visitas exige que os hospitais sejam criativos e inclusivos para ajudar a manter as ligações familiares.



<p>Communication and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during COVID19: A UK National Survey</p>	<p>Rose, L.; Yu, L.; Casey, J.; Cook, A.; Metaxa, V.; Pattison, N.; Rafferty, A.; Ramsay, P.; Saha, S.; Xyrichis, A. &amp; Meyer, J. (2021)</p>	<p>Perceber como a comunicação entre a família, os doentes e a equipa da UCI foi capacitada durante a pandemia e perceber quais as estratégias utilizadas para facilitar a visita virtual e quais os benefícios e as barreiras.</p>	<p>A pesquisa foi efetuada em 217 hospitais do <i>National Health Service</i>. A taxa de resposta foi de 54% (117 hospitais). Todos os hospitais tinham restrição de visitas e 16% não permitiam visitas em nenhuma circunstância. 63% das UCI permitiam a presença da família no fim de vida. Quase todos os hospitais, exceto em três, instituíram a visita virtual. Os doentes inconscientes ou sedados foram considerados inelegíveis para as visitas virtuais em 23% das UCI. Os doentes em final de vida, também, foram considerados inelegíveis para visitas virtuais em 7% das UCI. Os benefícios comumente relatados da visita virtual reduziram a angústia do doente (78%), melhoraram a moral da equipa (68%) e reorientaram os doentes que se encontravam confusos (47%). As barreiras para as visitas virtuais estavam relacionadas com o escasso tempo da equipa, a implementação rápida de videochamada e os desafios associados à capacidade dos familiares em utilizar esta tecnologia ou ter acesso a um dispositivo móvel.</p>
<p>Higginson Managing the supportive care needs of those affected by COVID-19</p>	<p>Bajwah, S.; Wilcock, A.; Towers, R.; Costantini, M.; Bausewein, C.; Simon, S.; Bendstrup, E.; Prentice, W.; Johnson, M.; Currow, D.;M Kreuter, M.; Well, A.; Birring, S.; Edmonds, P. &amp; Higginson, I. (2020)</p>	<p>Fornecer uma sucinta informação para orientar os profissionais de saúde que estão na linha da frente.</p>	<p>Os doentes com COVID-19 com doença grave ou em final de vida têm igual direito a cuidados. O controlo dos sintomas é um direito humano básico. Os profissionais têm o dever fundamental de aliviar o sofrimento, proporcionando o melhor atendimento com os recursos disponíveis, independentemente do prognóstico. Os profissionais de saúde têm o dever de comunicar regularmente com as famílias e, sempre que possível, facilitar a comunicação entre elas e os doentes, mediante o recurso à tecnologia virtual. Os profissionais têm o dever de prestar atenção às três dimensões quando estabelecem contacto com os doentes e familiares: suporte psicológico, necessidade de informação e planeamento e cuidado espiritual.</p>
<p>Strict isolation requires a different</p>	<p>Maaskant, J.; Jongerden, I.;</p>	<p>Investigar como ocorreu o</p>	<p>Foram revistos 198 registos dos doentes e 9 enfermeiros formas entrevistados. Os registos dos</p>

<p>approach to the family of hospitalised patients with COVID-19: A rapid qualitative study</p>	<p>Joosten, M.; Bik, J.; Musters, S.; Storm - Versloot, M.; Wielenga, J. &amp; Eskes, A. (2021)</p>	<p>envolvimento das famílias e explorar as experiências dos enfermeiros no envolvimento das famílias durante o surto de COVID-19.</p>	<p>doentes revelaram comunicação escassa e muitas vezes não estruturada com maior foco na condição física. Os enfermeiros confirmaram que a comunicação com as famílias era reduzida e que a condição física do doente era predominante. O envolvimento da família no cuidado foi limitado aos aspetos práticos, embora nas situações de final de vida existisse um maior envolvimento. Os enfermeiros experienciaram o sofrimento moral devido às restrições de visitas. A comunicação e o envolvimento da família nos cuidados mudaram radicalmente durante o surto de COVID-19. Assim, foram formuladas recomendações que podem ser úteis para o cuidado centrado na família durante o período de restrição de visitas.</p>
<p>Intensive care unit visiting and family communication during the COVID-19 pandemic: A UK survey</p>	<p>Boulton, A.; Jordan, H.; Adams, C.; Polgarov, P.; Morris, A. &amp; Arora, N. (2021)</p>	<p>Investigar como as UCI do <i>National Health Service</i> abordaram as comunicações familiares e as visitas durante a pandemia de COVID-19.</p>	<p>Em todas as UCI estudadas verificou-se que as visitas eram mais restritas do que o normal, com 29 (22%) a não permitir visitas, 71 (53%) a permitir visitas em situações de final de vida e 30 (22%) a permitir visitas para doentes vulneráveis ou em final de vida. Quase todas as UCI (97%) estavam diariamente a comunicar com as famílias, atualizando-as sobre a situação clínica do seu familiar. Os telefones diários eram realizados pela equipa média (76%) ou pela equipa de enfermagem (37%). A videochamada era usada por 63 (47%) e 39 (29%) UCI criaram uma equipa dedicada à comunicação com a família.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor

Com a produção desta revisão integrativa da literatura conclui-se que os enfermeiros precisam de ser sensibilizados a comunicar regularmente com as famílias e, sempre que possível, facilitar a comunicação entre elas e os doentes, mediante o recurso à tecnologia virtual.

Posteriormente, e fundamentada nesta mesma revisão integrativa da literatura, desenvolvemos a norma de procedimento de enfermagem, conforme consta do Apêndice II.

A atividade formativa teve lugar no dia 21 de junho de 2021, às 9 horas, sendo realizada pela plataforma *Microsoft Teams*, devido às restrições pandémicas da COVID-19. No final da atividade formativa procedeu-se à avaliação da mesma. O plano da sessão (Apêndice III) foi cumprido, sendo apresentado inicialmente o tema da sessão, sumário e objetivos. De seguida foi realizada uma abordagem sobre a importância da comunicação com a família no serviço de urgência. Foi apresentada a norma de procedimento, sendo promovidas propostas de alteração e melhoria. No final da sessão de formação foi enviado, por correio eletrónico, um questionário para os participantes procederem à avaliação da sessão e do formador.

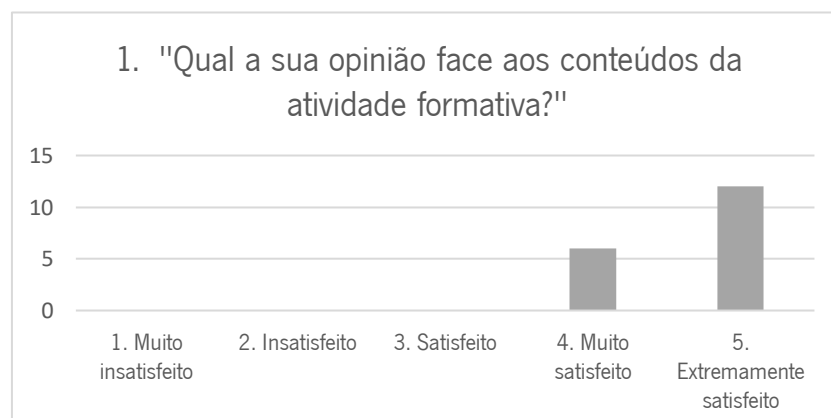
## 2.7. – Avaliação

Para Ruivo, Ferrito e Nunes (2010, p. 24) “a avaliação deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados)”.

Como tal, a avaliação do projeto de intervenção em serviço foi um processo contínuo e igualmente permanente, porque foram realizadas avaliações intermédias de forma sucessiva, as quais permitiram uma perspetiva retroativa e uma reanálise e reformulação dos objetivos e das estratégias.

Como forma de avaliar a sessão de formação, foi elaborado um questionário anónimo de avaliação de satisfação da formação (Apêndice IV) e aplicado aos 18 participantes da sessão.

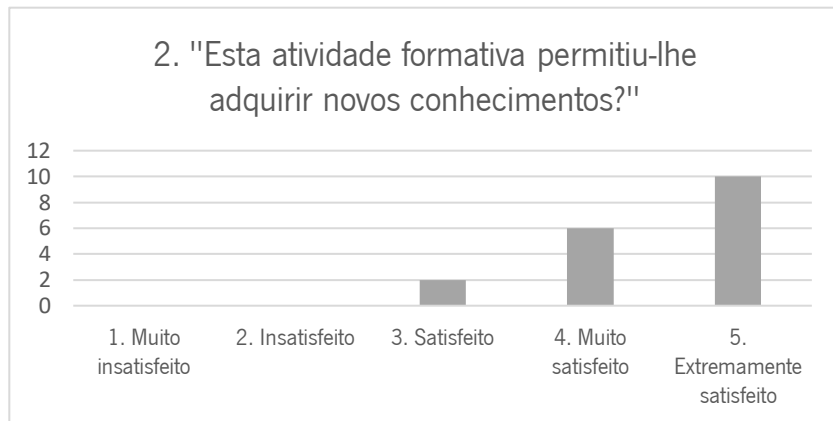
No que diz respeito à questão, primeira dos sete parâmetros - “Qual a sua opinião face aos conteúdos da sessão de formação?”, dos enfermeiros presentes, 12 (67%) atribuíram um valor de 5 pontos (altamente satisfeito), enquanto os restantes 6 (33%), atribuíram a menção de muito satisfeito (Gráfico 1).



**Gráfico 1** – “Qual a sua opinião face aos conteúdos da atividade formativa?”

Fonte: Elaborado pelo autor

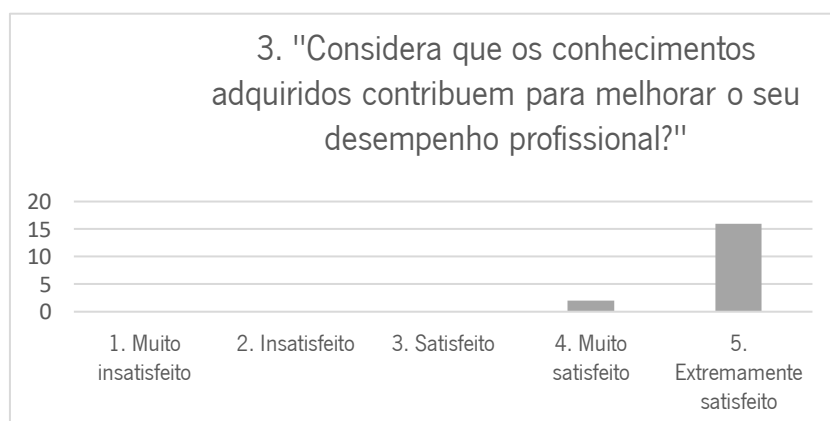
Relativamente à questão *“Esta atividade formativa permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos?”*, dos enfermeiros presentes, 2 (11,1%) atribuíram um valor de 3 pontos (satisfeito), 6 (33,3%) atribuíram um valor de 4 pontos (muito satisfeito) e 10 (55,6%) atribuíram a menção de extremamente satisfeito (Gráfico 2).



**Gráfico 2** – “Esta atividade formativa permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos?”

Fonte: Elaborado pelo autor

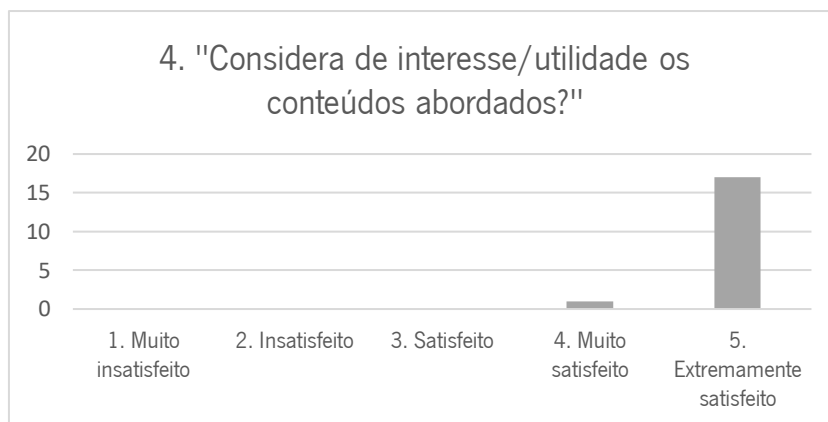
No que concerne à terceira questão *“Considera que os conhecimentos adquiridos contribuem para melhorar o seu desempenho profissional?”*, 2 (11,1%) enfermeiros atribuíram um valor de 4 pontos (muito satisfeito) e 16 (88,9%) enfermeiros atribuíram a menção de extremamente satisfeito, conforme se verifica no Gráfico 3.



**Gráfico 3** – “Considera que os conhecimentos adquiridos contribuem para melhorar o seu desempenho profissional?”

Fonte: Elaborado pelo autor

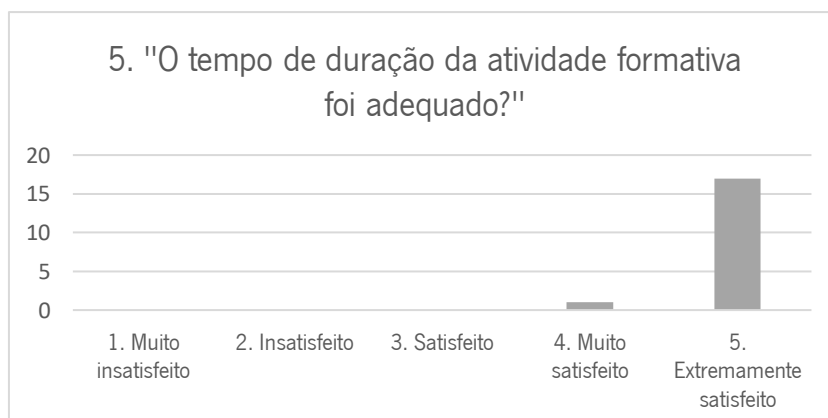
Na questão “*Considera de interesse/utilidade os conteúdos abordados?*”, 1 (5,5%) enfermeiros atribuiu a menção de muito satisfeito e os restantes 17 (94,5%) enfermeiros atribuíram um valor de 5 (extremamente satisfeito), conforme consta no Gráfico 4.



**Gráfico 4** – “Considera de interesse/utilidade os conteúdos abordados?”

Fonte: Elaborado pelo autor

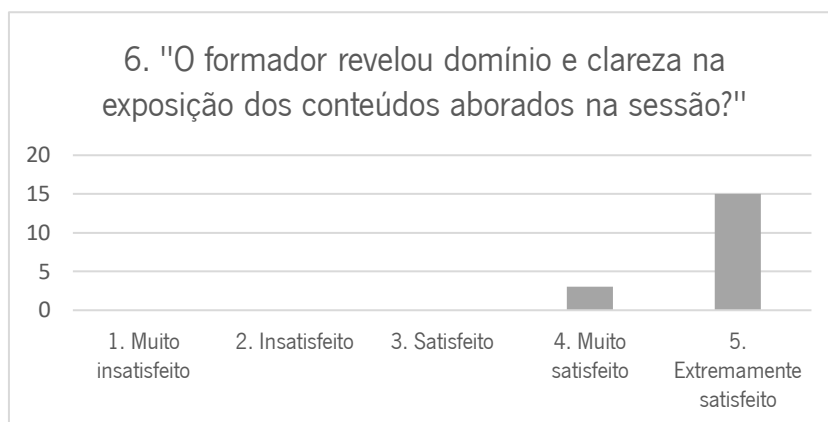
No que diz respeito à questão “*O tempo de duração da atividade formativa foi adequado?*”, 1 (5,5%) enfermeiro atribuiu o valor de 4 (muito satisfeito), enquanto os restantes 17 (94,5%) enfermeiros atribuíram a menção de extremamente satisfeito (Gráfico 5).



**Gráfico 5** – “O tempo de duração da atividade formativa foi adequado?”

Fonte: Elaborado pelo autor

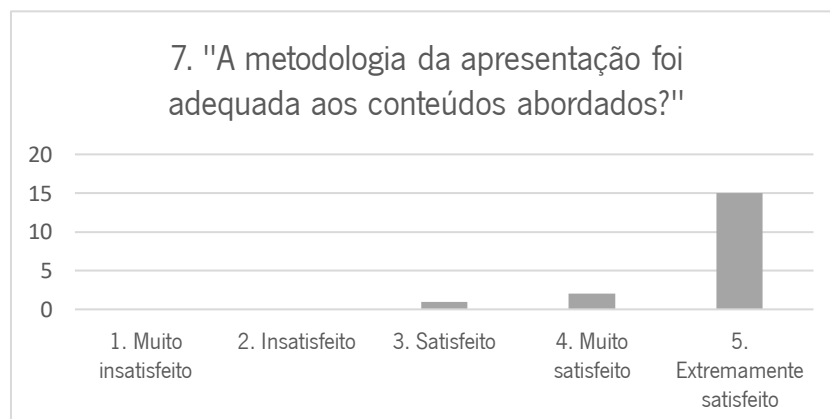
Quando questionados os formandos sobre se “O formador revelou domínio e clareza na exposição dos conteúdos abordados na sessão?”, 3 enfermeiros (16,7%) atribuíram a menção de muito satisfeito e 15 (83,3%) atribuíram a menção de extremamente satisfeito (Gráfico 6).



**Gráfico 6** – “O formador revelou domínio e clareza na exposição dos conteúdos abordados na sessão?”

Fonte: Elaborado pelo autor

Por último, na questão “A metodologia da apresentação foi adequada aos conteúdos abordados?”, 1 (5,6%) enfermeiro atribuiu a menção de satisfeito, 2 (11,1%) enfermeiros atribuíram um valor de 4 (muito satisfeito) e os restantes 15 (83,3 %) enfermeiros atribuíram a menção de extremamente satisfeito (Gráfico 7).



**Gráfico 7** – “A metodologia da apresentação foi adequada aos conteúdos abordados?”

Fonte: Elaborado pelo autor

Atendendo aos resultados obtidos através da interpretação da avaliação da atividade formativa, pode-se considerar que os objetivos propostos foram alcançados, já que, o valor de 5 pontos, atribuível ao “extremamente satisfeito” esteve presente em mais de 55,5% dos enfermeiros inquiridos, em todos os

parâmetros avaliados. Nesse sentido, foi este o contributo para uma reflexão, otimização e atualização sobre a importância da comunicação com a família no serviço de urgência, objetivando a sensibilização e a aplicação da norma de procedimento de enfermagem. Importa realçar que teria sido importante a repetição da atividade formativa, para que os enfermeiros que não puderam estar presentes na sessão tivessem a oportunidade de participar e, conseqüentemente, abranger uma maior população alvo.

Em termos de avaliação final do projeto realizado, consideramos que o mesmo conseguiu responder cabalmente ao desafio que foi colocado inicialmente. Em relação à norma de procedimento houve uma boa aceitação por parte do enfermeiro gestor, assim como por parte dos enfermeiros do serviço, abrindo uma boa perspectiva de utilização da mesma.

## 2.8. – Divulgação de Resultados

A última fase da metodologia de projeto passa pela divulgação do projeto desenvolvido. Nesta fase dá-se a conhecer à população em geral, assim como a outras entidades, o projeto desenvolvido para a resolução de um determinado problema. Segundo Ruivo, Ferrito e Nunes (2010, p. 31), *“a divulgação assegura o conhecimento externo do projeto e a possibilidade de discutir as estratégias adotadas na resolução do problema”*.

No serviço de urgência, os cuidados centrados na família constituem um desafio enorme para os enfermeiros, tanto do ponto de vista humano como do ponto de vista técnico. Os enfermeiros desempenham um papel fulcral na comunicação que estabelecem com a pessoa que necessita de cuidados e com a sua família, sobre os cuidados e tratamentos prestados, a trajetória realizada por essa mesma pessoa e os resultados esperados.

Desta forma, uma das suas principais funções é a de fazer com que as explicações fornecidas pela equipa multiprofissional sejam efetivamente entendidas tanto pelo doente como pelos seus familiares. Hoje, aliás, internacionalmente, a importância do envolvimento do próprio doente e dos que lhe são próximos nos cuidados de saúde é reconhecida e apontada como essencial na melhoria da qualidade e segurança destes mesmos cuidados. A natureza positiva dessas interações, como é reconhecido a esse nível também, tem um impacto significativo tanto sobre uns como sobre outros e ainda sobre os resultados em termos de saúde.

Nesse mesmo contexto de serviço de urgência, a família assume o papel de recetora da informação que é prestada. Em razão disso mesmo, é essencial que essa informação seja transmitida de modo

adequado, mesmo num cenário habitualmente caracterizado por uma grande carga emocional, que exige diferentes habilidades comunicativas dos profissionais de saúde em causa. Muitos destes, aliás, não receberam formação específica neste sentido. Independentemente disto, os mesmos profissionais reconhecem que a base da relação enfermeiro-família é tanto a confiança como o respeito, os quais desempenham o papel de facilitadores na tomada de decisão conjunta dessas duas entidades envolvidas no processo de interação relativo à situação do doente. Mesmo assim, existem algumas barreiras ao desenvolvimento eficaz dessa comunicação. Entre estas, está a incerteza do enfermeiro relativamente ao seu papel de intermediário no processo, nomeadamente em termos de fornecimento de informações, derivada da dificuldade de comunicação entre ele e a equipa médica, cujo ação poderá dificultar a sua função de apoio à família.

Em termos gerais, no serviço de urgência, não estão regulamentadas normas de procedimento quanto à informação a ser prestada à família da pessoa à qual estão a ser prestados cuidados. Antes da pandemia, eram permitidas apenas quatro visitas por dia nas unidades de decisão clínica e na unidade de cuidados intermédios, não estando prevista nenhuma alteração que esteja de acordo com as necessidades específicas quer do doente quer da sua família. Para além disso, na sequência dos últimos desenvolvimentos trazidos às regras hospitalares associados à pandemia da COVID-19, essa comunicação passou a ser inexistente e o cuidado prestado à família foi mesmo descurado ou tornou-se pelo menos muito pouco visível. Em contraste com esta situação, há estudos que evidenciam a necessidade de adotar padrões e políticas específicas de apoio ao envolvimento da família do doente, bem como a necessidade de implementar políticas específicas de comunicação com a mesma, apesar do atual cenário pandémico.

O presente relatório vai ser divulgado no Repositório da Universidade do Minho, de forma a ser consultado por toda a comunidade académica e a norma de procedimento de enfermagem foi entregue no serviço de urgência.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem é uma ciência com foco nas respostas humanas aos processos de vida e de transição da pessoa. De entre o conjunto de processos que garantem o cabal e perfeito funcionamento das sociedades, a comunicação destaca-se como um dos seus suportes basilares e, como tal, ela deve ser compreendida como peça fundamental no processo de prestação de cuidados de enfermagem. A importância da comunicação para a enfermagem é crucial quer na construção quer no desenvolvimento de uma relação de cuidado e confiança entre o enfermeiro e a família do doente.

O serviço de urgência, local onde são atendidas todas as situações clínicas de instalação súbita e com risco de falência de funções vitais, pode ser caracterizado como um espaço de alguma impessoalidade, resultante da curta permanência de doentes. A comunicação com a família, assume, neste contexto, uma especial importância, pelo que é importante ser dinamizada e refletida.

O enfermeiro, na qualidade de elemento ativo da sociedade, está motivado para aprofundar o seu conhecimento e desenvolver a sua prática, de forma que a sua qualificação e competência sejam reconhecidas. Esse desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências especializadas, no domínio da formação, da investigação, da gestão, da prestação de cuidados, no âmbito da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica e, em consonância com as competências do enfermeiro especialista, constitui um contributo importante para o desenvolvimento das boas práticas no seu contexto laboral, beneficiando os doentes e os profissionais, em termos globais.

Uma das competências a ser desenvolvidas, que contribui para o desenvolvimento dessas boas práticas, é precisamente a comunicativa. A comunicação, elo de ligação fundamental entre o enfermeiro e a família, tem uma ação positiva sobre esta, porque proporciona a integração daquela em todo o seu processo terapêutico. A pandemia da COVID-19 veio confirmar isso mesmo, legitimando a importância que temos vindo a atribuir à comunicação no contexto de serviço de urgência e no contexto geral das instituições de saúde. Neste contexto pandémico em particular, coube aos profissionais de saúde prestar um apoio inestimável à população em geral. A pandemia será, deste modo, a grande promotora da mudança na comunicação, obrigando desde já a uma interação muito mais eficaz no contexto da prestação de cuidados, sejam eles urgentes ou não urgentes.

No caso do serviço de urgência temos de reconhecer as suas especificidades. Os seus doentes são uma população evidentemente muito heterogénea, quer em termos de estrato social quer em termos de saúde, apresentando problemas de natureza assistencial também muito diferentes. Neste contexto

específico, por conseguinte, são exigidas capacidades de avaliação, intervenção e tratamento, tanto de âmbito geral como especializado, muito abrangentes, de acordo com a diversidade dos problemas apresentados.

De acordo com a reflexão empreendida, com este relatório, foi-nos permitido refletir criticamente sobre a experiência vivida ao longo do nosso estágio e as atividades específicas que ela envolveu. Através da mesma, fomos capazes de aprofundar as competências esperadas do enfermeiro especialista, nomeadamente do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica. Durante essa experiência foi-nos permitido ainda perceber a falta de reconhecimento da importância que tem a comunicação entre a família e os profissionais que trabalham no serviço de urgência, particularmente no contexto atual de pandemia, no qual ela se revela determinante. Para além disso, a revisão integrativa da literatura, que constitui, para além da vivência empírica, uma outra dimensão importante da realização deste trabalho, permitiu-nos ter uma visão mais abrangente sobre o estado de arte atual da comunicação entre a família e o serviço de urgência neste contexto da pandemia da COVID-19.

Reconhecendo precisamente a importância da questão da comunicação serviço de urgência-família, durante este contexto pandémico em particular, elaborámos uma norma de procedimento centrada na mesma. A implementação dessa norma inseriu-se num processo de sensibilização mais amplo, centrado nas necessidades do doente e da sua família, no sentido do desenvolvimento de uma atitude mais interventiva de prestação de cuidados humanizados, a partir de uma perspetiva holística, eticamente sensível, atenta na promoção da saúde e bem-estar do doente e da sua família, intermediada pelo enfermeiro.

O nosso estudo permitiu-nos igualmente desenvolver competências na área da investigação, através da metodologia de trabalho de projeto. Os resultados alcançados e divulgados permitiram concluir que os enfermeiros, durante a atual pandemia, deveriam estar particularmente sensibilizados para a importância da comunicação regular com as famílias dos doentes e para a necessidade de facilitar essa mesma comunicação entre elas e eles, nomeadamente através do recurso à tecnologia disponível. Assim, concluímos, igualmente, ser necessário a promoção de práticas que permitam a facilitação dessa comunicação com a família, em particular no cenário identificado.

Terminado este relatório, consideramos ainda que os objetivos mencionados inicialmente foram concretizados. Toda a componente teórica que esteve envolvida na realização do mesmo contribuiu, em muito, para a reflexão e para o desenvolvimento de várias competências e capacidades, nomeadamente

a de seleção e poder de síntese. No âmbito deste projeto, a participação da equipa do serviço de urgência no programa de intervenção abriu perspectivas de continuidade no investimento de boas práticas neste domínio. O grande desafio será colaborar na mudança, através da construção e implementação de boas práticas profissionais.

A família, como sublinhámos, é uma parte ativa e parceira nos cuidados da pessoa em situação crítica. Nesta perspetiva, em virtude desse seu papel, os resultados do nosso estudo corroboram a necessidade de reforçar as competências de comunicação dos enfermeiros, no sentido de capacitá-los para o desenvolvimento de uma relação interpessoal benéfica e se apresentarem como cuidadores mais disponíveis, dotados de maior sensibilidade e passíveis de atribuir uma atenção personalizada, numa vertente holístico-terapêutica. Neste sentido, e porque são ainda escassos os estudos relativos à comunicação de familiares e profissionais no contexto de urgência, seria pertinente a realização de um estudo que pudesse incluir dimensões que avaliassem a satisfação da família, quanto à comunicação, capitalizando-a como um importante indicador de qualidade dos cuidados prestados.

Em suma, toda a formação adquirida com o Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, é um marco no nosso percurso pessoal e profissional, contribuído para um novo olhar sobre a enfermagem. Acreditamos que cada um é responsável pela sua formação e é agente ativo no seu desenvolvimento. O conhecimento em enfermagem resulta de uma prática informada e sustentada na evidência, preferencialmente com recurso à investigação como garantia da validação de intervenções avançadas e práticas de qualidade e excelência.

## BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que Parceiras para a Excelência em Saúde*. Coimbra: Formasau.
- Arnold, E. & Boggs, K. (2016). *Interpersonal Relationships: Professional Communication Skills for Nurses* (8ª ed). Elsevier.
- Alminhas, S. (2007). Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência. *Sinais Vitais*, 75, p. 57-60.
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da Evidência no Contexto da Translação da Ciência*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Aromataris E. & Munn Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. *JBI*. Recuperado de: <https://synthesismanual.jbi.global>
- Assembleia da República. (2020). Resolução da Assembleia da República n.º 49/2020. Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020. *Diário da República*, Série I n.º 144, de 2020-07-27. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/138852741>
- Augusto, C. (2013). *Modelo de Competência dos Enfermeiros com Função de Gestão em Portugal: Estudo Exploratório*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Estudos Industriais e de Gestão, Porto, Portugal).
- Bajwah, S., Wilcock, A., Towers, R., Costantini, M., Bausewein, C., Simon, S., ... Higginson, I. (2020). Higginson Managing the supportive care needs of those affected by COVID-19. *European Respiratory Journal*. Recuperado de: <https://erj.ersjournals.com/content/early/2020/04/07/13993003.00815-2020#sec-2>.
- Batista, M.J., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldés, J., & Fernandes, A.P. (2017). Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista de Enfermagem Referência*, 13, 83-92.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics*. Oxford, University Press. Recuperado de

[https://books.google.pt/books?hl=en&lr=&id=\\_14H7MOW1o4C&oi=fnd&pg=PR9&ots=1xSiZLxmSo&sig=Pskm5X3ScLcelGszNYq7rNmnuKQ&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=f](https://books.google.pt/books?hl=en&lr=&id=_14H7MOW1o4C&oi=fnd&pg=PR9&ots=1xSiZLxmSo&sig=Pskm5X3ScLcelGszNYq7rNmnuKQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=f)

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Comemorativa* (Ed). Traduzido por Queirós, A. & Lourenço, B., Coimbra, Quarteto.

Bloomer, M. J. & Bouchoucha, S. (2021). Australian College of Critical Care Nurses and Australasian College for Infection Prevention and Control position statement on facilitating next-of-kin presence for patients dying from coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the intensive care unit. *Australian Critical Care*, 34 (2), 132-134. doi: 10.1016/j.aucc.2020.07.002

Boulton, A., Jordan, H., Adams, C., Polgarov, P., Morris, A. & Arora, N. (2021). Intensive care unit visiting and family communication during the COVID-19 pandemic: A UK survey. *Journal of the Intensive Care Society*. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/17511437211007779>

Cain, C., & Miller, J. (2019). *AACN Scope and Standards for Progressive and Critical Care Nursing Practice*. California: American Association of Critical-Care Nurses. Recuperado de <https://www.aacn.org/~ /media/aacn-website/nursing-excellence/standards/aacn-scope-andstandards-for-progressive-and-critical-care-nursing-practice.pdf>

Chambel, E. (2012). *Cuidar no Serviço de Urgência na presença de acompanhantes*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal).

Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*. Recuperado de <ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia20120701.pdf> (anmp.pt)

Correa-Martinez, C. L., Schwierzeck, V., Mellmann, A., Hennies, M., & Kampmeier, S. (2020). Healthcare-associated SARS-CoV-2 transmission - Experiences from a German university hospital. *Microorganisms*, 8 (9), 1378. Recuperado de <https://doi.org/10.3390/microorganisms8091378>

Creutzfeldt, C.; Schutz, R.; Zahuranec, D.; Lutz, B.; Curtis, J. & Engelberg, R. (2021). Family Presence for Patients with Severe Acute Brain Injury and the Influence of the COVID-19 Pandemic. *Journal of Palliative Medicine*. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33210984/>

Decreto-Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. *Diário da República* n.º 181/ 2015 1.ª Série, 8059 – 8105.

Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto. *Diário da República* n.º 153/2014, Série II, 20673-20678.

Direção Geral da Saúde. (2020). *Norma n.º 007/2020: Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI)*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0072020-de-29032020-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2020). *SAÚDE E ATIVIDADES DIÁRIAS: Medidas Gerais de Prevenção e Controlo da COVID-19*. Recuperado de <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/05/ManualVOLUME1-1.pdf>

Dong, L., & Bouey, J. (2020). Public mental health crisis during COVID-19 pandemic, China. *Emerging Infectious Diseases*, 26(7). doi: 10.3201/eid2607.200407

Galinha de Sá, F., Botelho, M.A., & Henriques, M.A. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: a experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 1 (19), 31- 46.

Hospital de Braga (2018). *Visitas e Outros Acessos*. Recuperado de Regulamento de Visitas e outros acessos Hospital de Braga.pdf.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). *INEM passa a permitir acompanhamento dos doentes em ambulância de emergência*. Recuperado de [http://www.inem.pt/files/2/documentos/PageGen.aspx?WMCM\\_PaginaId=28109&page18705=4](http://www.inem.pt/files/2/documentos/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=28109&page18705=4).

International Classification for Nursing Practice. (2019). *ICNP®*. Recuperado de em <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>.

International Council of Nurses. (2020). *Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020*. Recuperado de [https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN\\_APN%20Report\\_EN\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf)

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1994). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, S. A.

- Lakatos, E., & Marconi, M. (2021). *Fundamentos de Metodologia Científica*. (9ª ed). São Paulo: Editora Atlas.
- Maaskant, J., Jongerden, I., Joosten, M., Bik, J., Musterts, S., Storm-Versloot, M., ... Eskess, A. (2021). Strict isolation requires a diferente approach to the family of hospitalised patients with COVID-19: A rapud qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. Recuperado de [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748920303497?dgcid=rss\\_sd\\_all](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748920303497?dgcid=rss_sd_all)
- Macedo, Ana (2012). *Supervisão em Enfermagem: Construir as Interfaces entre a Escola e o Hospital*. Santo Tirso: De facto Editores.
- Medeiros, F., Araújo-Souza, G., Albuquerque-Barcosa, A., & Clara-Costa, I. (2010). Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Revista de Salud Pública*, 12 (3), 402-413.
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress*. Lippincott Williams & Wilkins. Recuperado de [https://books.google.pt/books?hl=pt-BR&lr=&id=kPdB1vU1c1YC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Meleis,+A.I.+\(2007\).+Theoretical+nursing:+Development+%26+progress+\(4%C2%AA+ed.\).+Philadelphia:+Lippincott+Williams+%26+Wilkins.+&ots=alwPXk6Rnh&sig=U5XG00o3RnMD-B9IVHV9IBbozSU&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Meleis%2C%20A.I.%20\(2007\).%20Theoretical%20nursing%3A%20Development%20%26%20progress%20\(4%C2%AA%20ed.\).%20Philadelphia%3A%20Lippincott%20Williams%20%26%20Wilkins.&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-BR&lr=&id=kPdB1vU1c1YC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Meleis,+A.I.+(2007).+Theoretical+nursing:+Development+%26+progress+(4%C2%AA+ed.).+Philadelphia:+Lippincott+Williams+%26+Wilkins.+&ots=alwPXk6Rnh&sig=U5XG00o3RnMD-B9IVHV9IBbozSU&redir_esc=y#v=onepage&q=Meleis%2C%20A.I.%20(2007).%20Theoretical%20nursing%3A%20Development%20%26%20progress%20(4%C2%AA%20ed.).%20Philadelphia%3A%20Lippincott%20Williams%20%26%20Wilkins.&f=false)
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28. doi:10.1097/00012272-200009000-00006
- Ministério da Administração Interna (2013). *Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil*. Recuperado de [http://www.prociv.pt/bk/RISCOSPREV//Documents/Componentes\\_p%C3%BAblicas.p df](http://www.prociv.pt/bk/RISCOSPREV//Documents/Componentes_p%C3%BAblicas.p df).
- Ministério da Administração Interna (2016). *Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil de Braga*. Recuperado de <http://planos.prociv.pt/Documents/131220381297889709.pdf>.
- Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

- Oliveira, A. (2012). *Satisfação dos utentes numa unidade de saúde do interior*. Lisboa: ISCTE
- Oliveira, E. (2012). *O Primeiro Contacto da Família com a UCI*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal).
- Ordem Enfermeiros. (2020). *Abordagem dos Enfermeiros ao doente com COVID 19 internado na Unidade de Cuidados Intensivos*. Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Lisboa.
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lali, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ...Moher, D. (2015). The PRISMA 2021 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Patrick, V. C. (2011). Enfermagem de urgência: uma visão história. In P. K. Howard & R. A. Steinmann (Eds). *Sheehy enfermagem de urgência: Da teoria à prática* (6ª ed, pp. 3-8). Loures: Lusociência.
- Pearson, A., Jordan, Z. & Munn, Z. (2012). Translational science and evidence-based healthcare: a clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare. *Nursing Research and Practice*. Recuperado de <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2012/792519/>
- Peixoto, N. M. D. S. M., & Peixoto, T. A. D. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (11), 121-132. doi:10.12707/RIV16030
- Peixoto, T. A. D. S. M., & Peixoto, N. M. D. S. M. (2017). Pensamento crítico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico: Uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (13), 125-138. doi: 10.12707/RIV16029
- Regulamento nº 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª Série, 26, 4744-4750.
- Regulamento nº 429/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação



- Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2ª Série, 135, 19359-19370.
- Reveles, A., Silva, L., Silva, P., Martins, R., & Duarte, S. (2012). Acolhimento do doente e família no serviço de urgência. *Revista Sinais Vitais*, 104, pp.32-42.
- Ribeiro, J. (2014). Revisão de Investigação e Evidência Científica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15 (3), 672-683.
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em enfermagem*. (4ª ed). Loures: Lusociência.
- Rose, L., Yu, L., Casey, J., Cook, A., Metaxa, V., Pattison, N., ... Meyer, J. (2021). Communication and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during COVID19: A UK National Survey. *ATS Journals*. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33617747/>
- Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-38.
- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Sousa, L., Vieira, C., Severino, S. & Antunes, A. (2017). A Metodologia de Revisão integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 17-26.
- Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J. & Hopp, L. (2020). *Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness*. In: Aromataris, E. & Munn, Z. (Eds). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. Recuperado de <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-04>
- World Health Organization. (2015). *Global Action Plan on Antimicrobial Resistance*. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/9789241509763>
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 51*. Recuperado de [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situationreports/20200311-sitrep-51-covid-9.pdf?sfvrsn=1ba62e57\\_10](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situationreports/20200311-sitrep-51-covid-9.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10)

World Health Organization. (2020). *Transmission of SARS-CoV-2: Implications for infection prevention precautions*. Recuperado de <https://www.who.int/newsroom/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infectionprevention-precautions>

## APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de Atividades do Projeto de Intervenção em Serviço

FASE	ATIVIDADES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
<b>DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO</b>	Reunir com o enfermeiro supervisor do estágio e o enfermeiro gestor							
	Pesquisa bibliográfica							
	Identificar a necessidade a intervir							
	Elaborar o cronograma							
	Selecionar documentação pertinente							
	Reunir com o enfermeiro supervisor do estágio e o enfermeiro gestor							
	Reunir com a professora orientadora							
<b>EXECUÇÃO</b>	Revisão integrativa da literatura							
	Elaborar a norma de procedimento							
	Reunir com o enfermeiro supervisor do estágio e o enfermeiro gestor							
	Reunir com a professora orientadora							
	Apresentar a norma de procedimento							
	Apresentar a atividade formativa							
<b>AVALIAÇÃO</b>	Avaliar a atividade formativa							
<b>DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS</b>	Divulgar a norma de procedimento aos enfermeiros do serviço							
	Divulgar o relatório do projeto de intervenção em serviço no Repositório da Universidade do Minho							

## **A COMUNICAÇÃO DO ENFERMEIRO COM A FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**

### **OBJETIVOS**

#### *OBJETIVOS GERAIS*

- Facilitar a organização do serviço na resposta à infeção por SARS-CoV-2;
- Promover cuidados assistenciais à luz das melhores e mais recentes evidências científicas;
- Dinamizar a manutenção da política de qualidade preconizada pelo Hospital de Braga;
- Implementar intervenções autónomas, desenvolvidas pelos enfermeiros do serviço de urgência e centradas num diagnóstico de enfermagem.

#### *OBJETIVOS ESPECÍFICOS*

- Implementar uma intervenção autónoma de enfermagem, promovendo o contacto telefónico com o familiar de referência do doente;
- Promover e garantir a comunicação com a família no serviço de urgência do Hospital de Braga;
- Obter informação relevante para a identificação de necessidades e prestação de cuidados;
- Estabelecer uma relação de confiança.

### **ÂMBITO**

O procedimento destina-se aos doentes internados na Unidade de Cuidados Intermédios do serviço de Urgência, bem como a todos os seus familiares diretos, na impossibilidade de visitas face à situação pandémica causada pelo vírus SARS-CoV-2.

O mesmo procedimento aplica-se, de igual modo, a todos os Enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital de Braga.

## RESPONSABILIDADES

Compete ao Enfermeiro Gestor do Serviço de Urgência a implementação deste procedimento.

## DEFINIÇÕES

A Organização Mundial da Saúde declarou, a 11 de março de 2020, a doença provocada pelo vírus SARS-CoV-2 como pandemia (World Health Organization, 2020), considerando-a, como tal, uma emergência de saúde pública de âmbito internacional. Esta situação levou à necessidade de criar e pôr em prática procedimentos adequados à manutenção da saúde pública e preservação dos direitos fundamentais dos cidadãos, entre os quais está “*o direito de visita e o direito ao acompanhamento*”, sem prejuízo do normal funcionamento dos serviços (Hospital de Braga, 2018).

Neste sentimento, está previsto que os familiares do doente recebam toda a informação a que têm direito através da equipa de saúde. A situação pandémica da COVID-19 obrigou os hospitais a adotar um conjunto de medidas de carácter extraordinário no seu funcionamento e organização, com o objetivo de reduzir a probabilidade de transmissão intra-hospitalar da doença. Entre estas medidas, estas instituições incluíram, nomeadamente, a limitação/restricção ao direito dos doentes à visita e ao acompanhamento.

No dia 8 de março de 2020, por consequência, o próprio Hospital de Braga instituiu algumas alterações temporárias ao regime de visitas e acompanhantes, para prevenir aglomerações de pessoas e prevenir a propagação do vírus SARS-CoV-2, decretando, nomeadamente, a suspensão de visitas a doentes. Foram salvaguardadas exceções de natureza médica, sociais e humanitárias, como o caso de fim de vida, ou outras que poderão vir a ser definidas, caso a caso, pelos respetivos diretores de serviços e unidades.

A separação familiar é uma das queixas mais frequentes do doente e das suas famílias (Creutzfeldt *et al.*, 2021). Muito frequentemente, os familiares procuram, de forma desesperada, obter informações sobre o seu familiar. Neste sentido torna-se fundamental que os profissionais de saúde comuniquem regularmente com as famílias e, sempre que possível, facilitem a comunicação entre elas e os doentes, mediante o recurso à tecnologia virtual (Bajwah *et al.*, 2020). A este propósito os estudos de Creutzfeldt *et al.* (2021); Rose *et al.* (2021) e Boulton *et al.* (2021), fazem referência à evolução da pandemia e o surgimento de abordagens alternativas à comunicação familiar, nomeadamente o uso de *smartphone* e *tablets*, assim como, a transmissão de informação por via telefónica. Quando os doentes

podem comunicar com as famílias, as conversas telefônicas ou interações de vídeo podem ser úteis, possuindo diversas vantagens para os envolvidos.

Relativamente a esta questão, e segundo Bajwah *et al.* (2020), existem três dimensões significativas quando os enfermeiros estabelecem o contacto com os doentes e familiares, sendo elas: i) o suporte psicológico; ii) necessidade de informação e planeamento e iii) cuidado espiritual. Neste sentido passaremos de seguida à definição de cada uma delas.

### **Suporte psicológico**

No caso do suporte psicológico, a qualidade com que se vive a experiência da passagem para a morte, bem como a falta de preparação para esta, são fatores preditores de um sofrimento mais complexo durante esta experiência. Como tal, os profissionais de saúde procuram manter uma comunicação regular com as famílias, facilitando a sua comunicação com os doentes, utilizando as tecnologias disponíveis, como as mencionadas anteriormente.

### **Necessidade de informação e planeamento**

No caso da necessidade de informação e planeamento, e sobretudo quando estão em causa doentes afetados por doença grave, é requerido um planeamento paralelo, no sentido em que se espera sempre o melhor, mas, na realidade, preparar sempre o pior cenário. Para esta realidade, é necessário que tenham lugar discussões precoces e honestas, no momento de hospitalização.

A esse propósito, os profissionais de saúde focam-se no planeamento antecipado dos cuidados necessários, por intermédio dessas conversas honestas e frontais, que viabilizam o reconhecimento do sofrimento da situação complexa do doente, mas também constituem uma manifestação da sua sincera compaixão, respeito e empatia pela situação por ele vivida. Essa interação constitui o foco do seu atendimento e ela adapta-se ao agravamento do estado clínico ou dos objetivos alterados do doente. Os profissionais de saúde adotam, no que toca ao fornecimento de informações, uma atitude diligente.

### **Cuidado espiritual**

Em termos de cuidado espiritual, é reconhecido que este é importante como estratégia para lidar com a incerteza natural, no caso de doenças graves ou mesmo no final da vida. O bem-estar espiritual funciona como lenitivo contra o desespero daqueles que se encontram em situações limite, para os quais a morte está iminente. Eventuais intervenções de figuras associadas a esta vertente como o capelão, que se focam no conforto físico do doente, na melhoria do seu bem-estar e da sua dor espiritual, são

abordadas com o próprio e com a sua família. Para além disso, é importante atender também às necessidades de cuidado espiritual daqueles que não se veem representados por essa figura.

A comunicação do enfermeiro com a família assumiu, durante a pandemia, particular relevância, tendo este sido um elo fundamental na comunicação com a família, e no garante da possibilidade de contacto entre a pessoa em situação crítica e a sua família (Bajwah *et al.*, 2020). Neste sentido, e tendo em consideração as contingências nacionais e internacionais às quais fomos expostos pela infeção pelo vírus SARS-CoV-2, surgiram um conjunto de orientações (Bajwah *et al.*, 2020; Dong & Bouey, 2020) que salvaguardam a abordagem à pessoa em situação crítica e sua família, tais como: i) os profissionais de saúde necessitam de reconhecer o sofrimento desta situação complexa manifestando compaixão, respeito e empatia; ii) o foco do atendimento deve ser interativo, utilizando as tecnologias virtuais disponíveis e adaptando-se ao agravamento do estado clínico ou dos objetivos da pessoa em situação crítica, e iii) o enfermeiro necessita de ser proactivo no fornecimento de informações e garantir que, se houver uma possibilidade significativa de que a pessoa em situação crítica morra, isso seja tratado tanto com a pessoa como com a família.

Masskant *et al.* (2021), confirmam que a comunicação e o envolvimento da família nos cuidados mudaram radicalmente durante a pandemia da COVID-19 e que o envolvimento da família nos cuidados, mesmo antes do período pandémico era limitado. Embora nas situações de final de vida existisse um maior envolvimento, estes não eram suficientes e eram geradores de sofrimento moral, por parte dos enfermeiros devido às restrições de visitas.

No estudo realizado por Creutzfeldt *et al.* (2021), os familiares destacaram que a visita permitia estar ao lado do seu familiar para ajudá-lo a lidar com a doença, construir uma relação de confiança com a equipa multidisciplinar e receber apoio emocional. Após a restrição das visitas, as famílias encontraram formas de comunicar com os seus familiares, através de videochamadas. Os mesmos autores afirmam que a restrição das visitas exige que os hospitais sejam criativos e inclusivos para ajudar a manter as ligações familiares.

Boulton *et al.* (2021), investigaram a forma como as unidades de cuidados intensivos estavam a abordar a comunicação com os familiares e as visitas durante a pandemia da COVID-19. Estes concluíram que quase todas as unidades estavam diariamente a comunicar com as famílias, atualizando-as sobre a situação clínica do seu familiar. Os telefones diários eram realizados pela equipa médica ou pela equipa de enfermagem e algumas unidades criaram uma equipa dedicada à comunicação com a família.



Assim, este protocolo tem como objetivo simplificar o processo assistencial do enfermeiro, sobretudo no que diz respeito à manutenção da interação familiar efetiva em doentes internados na unidade de Cuidados Intermédios do serviço de urgência durante a pandemia.

## **METODOLOGIA**

A atividade diagnóstica desenvolvida tem na sua base a teoria de médio alcance proposta por Meleis *et al.* (2000) e segue as orientações do International Classification for Nursing Practice (2019). De acordo com a problemática acima descrita, urge salientar o foco de enfermagem: Processo Familiar, que pode ser encarado como comprometido tendo em conta as circunstâncias atuais. O “*processo família*” é o desenvolvimento de interações e padrões de relacionamento entre os membros da família (ICN, 2019), “*com as características específicas: Interações positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da família*”. Segundo Hanson (2005, p. 94 citado por Sequeira et al., 2020), o processo familiar corresponde à interação contínua entre os membros da família, através do qual eles realizam as suas tarefas instrumentais e expressivas.

## **PROCEDIMENTO TÉCNICO**

O treino deste procedimento por parte da equipa de enfermagem será feito por via da estratégia de role-play. A escolha desta estratégia prende-se com o facto de estarmos perante um procedimento de natureza operacional.

*Estabelecer contacto telefónico, com o familiar direto, cujo contacto telefónico deverá estar devidamente identificado;*

*Proceder à identificação do profissional de enfermagem;*

“O meu nome é \_\_\_\_\_. Sou enfermeiro do serviço de urgência do Hospital de Braga e estou responsável pela prestação de cuidados de enfermagem ao seu familiar.”

*Definir o objetivo da chamada;*

a) “Estou a ligar para lhe disponibilizar a minha ajuda e fornecer informação não clínica sobre o estado de \_\_\_\_\_ (nome da pessoa e relação familiar)”;

b) “Neste momento em que não é possível decorrerem visitas presenciais aos doentes internados, consideramos ser essencial que continue a receber informações sobre o seu familiar. Desta forma, sempre que a dinâmica do serviço nos permita, o enfermeiro responsável pelo seu familiar entrará em contacto consigo entre as 8h e as 20h (procurar agendar uma hora com o familiar de referência)”.

*Informação útil;*

a) Perceber qual a informação obtida sobre o utente internado (o que já lhe disseram sobre o seu familiar?);

b) “Há alguma questão que o preocupe?” (atender a: necessidade de suporte psicológico, necessidade de informação e planeamento e suporte espiritual);

c) Informar sobre os diagnósticos de enfermagem (alimentação e como comeu/ ainda não come, dormiu por curtos/longos períodos, esteve inquieto/tranquilo, com/sem dores, levantou-se/ não se levantou, colaborou na higiene ou não);

d) Estável/Instável;

e) “Gostaria de transmitir algumas palavras ao seu familiar?”.

*Término da chamada*

a) “O seu familiar dispõe de toda a atenção 24 horas por dia e uma equipa multidisciplinar para atender às suas necessidades.”;

b) “Há mais alguma outra questão em que possa ajudar?”

É feita uma tentativa de contacto com o familiar do doente. No caso, porém, de não ser possível estabelecer o contacto conforme planeado, prevalece o juízo clínico do enfermeiro sobre a necessidade ou não de reagendamento da intervenção. No caso de o enfermeiro promover o contacto entre o doente e o seu familiar, o telefone terá de estar sempre protegido com um plástico protetor e este deve ser substituído a cada contacto. O enfermeiro deve assegurar-se da devida desinfeção do equipamento.

Proceder ao registo das intervenções realizadas no sistema informático conforme Tabela 1.

**Quadro 1** – Diagnóstico “Processo familiar comprometido” e intervenções de enfermagem

Foco: <b>Processo Familiar</b>	
Diagnóstico de Enfermagem: <b>Processo Familiar Comprometido</b>	
<b>Intervenções de Enfermagem (e atividades que concretizam a intervenção)</b>	<b>Horário de Agendamento</b>
Disponibilizar suporte emocional	Sem horário
Incentivar o envolvimento familiar - Atividade: Estabelecer envolvimento através de contato telefónico; - Atividade: Estabelecer envolvimento através de videochamada.	Turno fixo: manhã
Escutar	Sem horário
Incentivar a comunicação de emoções	Sem horário

Fonte: Elaborado pelo autor

A intervenção “Incentivar o envolvimento familiar” deve ser registada como não executada sempre que o contacto telefónico ou a videochamada não forem estabelecidos. No momento da alta, executar a intervenção diagnóstica: “Avaliar processo familiar”.

## BIBLIOGRAFIA

- Bajwah, S., Wilcock, A., Towers, R., Costantini, M., Bausewein, C., Simon, S., ... Higginson, I. (2020). Higginson Managing the supportive care needs of those affected by COVID-19. *European Respiratory Journal*. Recuperado de: <https://erj.ersjournals.com/content/early/2020/04/07/13993003.00815-2020#sec-2>.
- Boulton, A., Jordan, H., Adams, C., Polgarov, P., Morris, A. & Arora, N. (2021). Intensive care unit visiting and family communication during the COVID-19 pandemic: A UK survey. *Journal of the Intensive Care Society*. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/17511437211007779>
- Creutzfeldt, C.; Schutz, R.; Zahuranec, D.; Lutz, B.; Curtis, J. & Engelberg, R. (2021). Family Presence for Patients with Severe Acute Brain Injury and the Influence of the COVID-19 Pandemic. *Journal of Palliative Medicine*. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33210984/>
- Direção Geral da Saúde. (2020). *SAÚDE E ATIVIDADES DIÁRIAS: Medidas Gerais de Prevenção e Controlo da COVID-19*. Recuperado de <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/05/ManualVOLUME1-1.pdf>
- Hospital de Braga (2018). *Visitas e Outros Acessos*. Recuperado de Regulamento de Visitas e outros acessos Hospital de Braga.pdf.
- International Classification for Nursing Practice. (2019). *ICNP®*. Recuperado de em <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>.
- Maaskant, J., Jongerden, I., Joosten, M., Bik, J., Musterts, S., Storm-Versloot, M., ... Eskess, A. (2021). Strict isolation requires a diferente approach to the family of hospitalised patients with COVID-19: A rapud qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. Recuperado de [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748920303497?dgcid=rss\\_sd\\_all](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748920303497?dgcid=rss_sd_all)
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress*. Lippincott Williams & Wilkins. Recuperado de [https://books.google.pt/books?hl=pt-BR&lr=&id=kPdB1vU1c1YC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Meleis,+A.I.+\(2007\).+Theoretical+nursing:+Development+%26+progress+\(4%C2%AA+ed.\).+Philadelphia:+Lippincott+Williams+%26+Wilkins.+&ots=alwPXk6Rnh&sig=U5XG00o3RnMD-](https://books.google.pt/books?hl=pt-BR&lr=&id=kPdB1vU1c1YC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Meleis,+A.I.+(2007).+Theoretical+nursing:+Development+%26+progress+(4%C2%AA+ed.).+Philadelphia:+Lippincott+Williams+%26+Wilkins.+&ots=alwPXk6Rnh&sig=U5XG00o3RnMD-)

B9IVHV9IBbozSU&redir\_esc=y#v=onepage&q=Meleis%2C%20A.I.%20(2007).%20Theoretical%20nursing%3A%20Development%20%26%20progress%20(4%C2%AA%20ed.).%20Philadelphia%3A%20Lippincott%20Williams%20%26%20Wilkins.&f=false

Rose, L., Yu, L., Casey, J., Cook, A., Metaxa, V., Pattison, N., ... Meyer, J. (2021). Communication and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during COVID19: A UK National Survey. *ATS Journals*. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33617747/>

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa, Portugal: Lidel.

World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 51*. Recuperado de [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situationreports/20200311-sitrep-51-covid-9.pdf?sfvrsn=1ba62e57\\_10](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situationreports/20200311-sitrep-51-covid-9.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10)

Apêndice III – Plano da Atividade Formativa

<b>Formação:</b> Comunicação com a Família no Serviço de Urgência Durante a Pandemia da COVID-19					
<b>Local:</b> Online Via Microsoft Teams		<b>Data:</b> 21-06-2021	<b>Hora:</b> 9h00	<b>Duração:</b> 1h	
<b>Objetivos</b>	- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da comunicação com a família no serviço de urgência durante a pandemia da COVID-19; - Apresentar a norma de procedimento de enfermagem; - Sensibilizar a equipa de enfermagem para a utilização da norma de procedimento.				
<b>Fase</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Duração</b>	<b>Método</b>	<b>Recursos</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Introdução</b>	- Apresentação da problemática, do sumário e dos objetivos.	5 minutos	Método Expositivo.	Computador Apresentação PowerPoint	Avaliação contínua. Aplicação do questionário de avaliação de satisfação da atividade formativa.
<b>Desenvolvimento</b>	A importância da comunicação com a família no serviço de urgência. Norma de procedimento de enfermagem.	45 minutos	Método Expositivo. Método Ativo. Partilha de experiências. Brainstorming.		
<b>Conclusão</b>	Síntese e esclarecimento de dúvidas. Avaliação da atividade formativa. Encerramento.	10 minutos			

Apêndice IV- Questionário de Avaliação da Satisfação da Atividade Formativa

Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 5 (assinalando com um X), sendo que:

- 1. Muito insatisfeito; 2. Insatisfeito; 3. Satisfeito; 4. Muito satisfeito; 5. Extremamente satisfeito**

	1.Muito insatisfeito	2.Insatisfeito	3.Satisfeito	4.Muito satisfeito	5.Extremamente satisfeito
1. “Qual a sua opinião face aos conteúdos da atividade formativa?”					
2. “Esta atividade formativa permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos ?”					
3. “Considera que os conhecimentos adquiridos contribuem para melhorar o seu desempenho profissional?”					
4. “Considera de interesse/utilidade os conteúdos abordados?”					
5. “O tempo de duração da atividade formativa foi adequado?”					
6. “O formador revelou domínio e clareza na exposição dos conteúdos abordados na sessão?”					
7. A metodologia da apresentação foi adequada aos conteúdos abordados?”					

Obrigada pela colaboração!