



**Revisão sistemática da contribuição das
tecnologias para o processo de humanização,
durante a Pandemia COVID-19**

Mariana Moura dos Santos Almeida

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Mestre. Dr. Abel García Abejas

abril de 2021

Folha em branco

Dedicatória

A todos os que partiram sem oportunidade de despedida.

Folha em branco

Agradecimentos

Ao meu orientador, Mestre. Dr. Abel Abejas, por todo o apoio, disponibilidade e prontidão para a execução deste projeto.

Aos meus pais, pelo amor e apoio incondicional, por toda a dedicação e pelos valores humanos que me transmitiram. Ao meu pai, por toda a paciência e serenidade com que responde sempre a todos os meus pedidos de ajuda. À minha mãe, pelas palavras de incentivo, e por me ensinar a aproveitar a vida da melhor maneira possível.

Ao meu irmão, pela inspiração que é para mim, e pela alegria e sorrisos que me dá todos os dias. À Ana Leonor, pela sorte que temos em fazer parte desta família. À minha pequena sobrinha Diana, por todas as futuras aventuras que vamos viver.

À Avó Laura por toda a preocupação e carinho com que me acompanhou durante toda a vida.

A todos os que fizeram parte do meu percurso académico, em especial à Dolores, à Inês e à Rita pela amizade que criámos e porque estarão para sempre associadas às memórias que guardo da minha cidade.

Folha em branco

Resumo

Introdução: Devido à Pandemia COVID-19, aos doentes internados nos hospitais foi-lhes retirado o direito de receber visitas dos seus familiares. Tornou-se fundamental colmatar a falta de contacto físico através da utilização das tecnologias como forma de comunicação. Assim, de modo a compreender a contribuição das tecnologias para o processo de humanização, é importante avaliar, sob a forma de uma revisão sistemática, a informação publicada nos estudos já realizados.

Objetivo: Avaliar a contribuição das tecnologias de informação e comunicação para o processo de humanização, durante o período de restrição de visitas a doentes internados, devido à Pandemia COVID-19.

Métodos: Foi realizada uma revisão sistemática da literatura com síntese narrativa com pesquisa na base de dados PubMed/MEDLINE de modo a encontrar artigos, publicados no ano de 2020, que respondessem à pergunta investigadora. Todos os títulos e *abstracts* encontrados foram sistematicamente avaliados. Aqueles que foram considerados relevantes foram posteriormente lidos na íntegra para confrontação com os critérios de inclusão e de exclusão. Para cada um dos estudos foi realizada a extração de dados num formulário específico. Foram utilizados os critérios de Hawker *et al* para avaliar a qualidade dos artigos incluídos. Como *outcomes* considerou-se a contribuição para a humanização dos cuidados de saúde. Também foram incluídas para discussão notícias relativas a projetos implementados em hospitais portugueses.

Resultados: 14 estudos cumpriram os critérios de inclusão. Notou-se uma grande heterogeneidade na origem destes estudos, sendo que foram realizados em 8 países diferentes. Sete temas foram encontrados a partir da análise dos artigos: Contacto físico e presença familiar; Importância das tecnologias de informação e comunicação; Projetos de humanização dos cuidados de saúde; Humanizar uma chamada de voz/vídeo-chamada; Perspetiva do doente; Perspetiva do familiar e Perspetiva dos profissionais de saúde. Os *outcomes* foram muito positivos em todos os artigos, no entanto algumas propostas de melhoria foram salientadas.

Discussão: Estar presente, fisicamente ou à distância, é essencial para o bem-estar do doente, da sua família e da equipa médica. Contudo, os projetos implementados devem ser planeados e deve haver responsabilidade profissional no seu cumprimento. A sua execução deverá ser realizada por uma equipa multidisciplinar com formação. O risco de

uma passagem de informação inconsistente aos familiares pode deixá-los ainda mais ansiosos, pelo que deve haver rigor na implementação e execução destes projetos.

Conclusão: As tecnologias de informação e comunicação comprovaram ser um aliado no processo de humanização dos cuidados de saúde. Com um planeamento e cumprimento adequado destes novos projetos de comunicação haverá uma grande aplicabilidade num período pós-Pandemia.

Palavras-chave

COVID19; Isolamento de doentes; Tecnologias; Visitas virtuais; Humanização dos cuidados

Abstract

Introduction: Due to the COVID-19 Pandemic, patients admitted to hospitals have been deprived of the right to receive visits from their relatives. It became essential to overcome the lack of physical contact by technologies as a way of communication. Thus, in order to understand the contribution of technologies to the humanization of care, it is important to evaluate, through a systematic review, the information published in the studies already carried out.

Aim: To evaluate the contribution of Information and Communications Technology to the humanization of care, during the period of restricted visits to hospitalized patients, due to the COVID-19 Pandemic.

Methods: A systematic review and narrative synthesis was carried out through a search in the PubMed / MEDLINE database in order to find articles, published in the year 2020, that could answer the research question. All titles and abstracts found were systematically evaluated. Those that were considered relevant were subsequently completely read to compare with the inclusion and exclusion criteria. For each study, data extraction was performed on a specific datasheet. Hawker *et al's* criteria were used to assess the quality of the articles. The contribution to the humanization of care was the outcome evaluated. News related to projects implemented in Portuguese hospitals were also included for discussion.

Results: 14 studies met the inclusion criteria. There was a great heterogeneity in the origin of these studies, bearing in mind that they were carried out in 8 different countries. Seven themes were found from the analysis of the articles: Physical contact and family presence; Importance of information and communication technologies; Projects aiming Humanization; How to humanize a voice call / video call; Perspective of the patient; Perspective of the family and Perspective of health care professionals. The outcomes were very positive in all the included studies, however some improvement suggestions were highlighted.

Discussion: Being present, physically or remotely, is essential for the well-being of the patient, his family and the medical team. However, the implemented projects must be planned and there must be professional responsibility for their fulfillment. Its execution must be carried out by a trained multidisciplinary team. The risk of passing on inconsistent information to family members can make them even more anxious, so there must be rigor in the implementation and execution of these projects.

Conclusion: Information and communication technologies have proven to be an ally in the process of humanizing health care. With proper compliance with these new communication projects, there will be great applicability in a post-Pandemic period.

Keywords

COVID19;Patient Isolation;Technology;Virtual visits;Humanization of care

Índice

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Palavras-chave	viii
Abstract.....	ix
Keywords	x
Índice	xi
Lista de Figuras.....	xiii
Lista de Tabelas	xv
Lista de Acrónimos	xvii
1. Introdução	1
2. Metodologia.....	3
2.1. Objetivo	3
2.2. Pergunta investigadora	3
2.3. Desenho da revisão	3
2.4. Processo de pesquisa.....	3
2.5. Critérios de Seleção.....	5
2.6. Seleção de estudos.....	6
2.7. Extração de dados	8
3. Resultados	9
3.1. Qualidade dos artigos.....	9
3.2. Visão geral sobre os artigos.....	18
3.3. Temas	18
3.3.1. Contacto físico e presença familiar	19
3.3.2. Importância das tecnologias de informação e comunicação	20
3.3.3. Projetos de humanização dos cuidados de saúde	21
3.3.4. Humanizar uma chamada de voz/videochamada	22
3.3.5. Perspetiva do doente.....	23

3.3.6.	Perspetiva do familiar	24
3.3.7.	Perspetiva dos profissionais de saúde	25
4.	Discussão	27
5.	Conclusões	35
5.1.	Limitações	35
5.2.	Forças	35
5.3.	Pesquisa futura.....	35
6.	Referências bibliográficas	37
7.	Anexos	41

Lista de Figuras

Figura 1 - Diagrama PRISMA do processo de seleção dos estudos	7
---	---

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Termos de pesquisa para base de dados PubMed/MEDLINE.....	4
Tabela 2 – Critérios de seleção	5
Tabela 3 - Dados extraídos e avaliação da qualidade de cada artigo.....	11
Tabela A. 1 – Estratégias para comunicação com a família, durante distanciamento físico	

– 41

Folha em branco

Lista de Acrónimos

COVID-19	Coronavirus Disease 2019
PEO	Population, Exposure, Outcome
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

Folha em branco

1. Introdução

Os primeiros casos de COVID-19 surgiram na cidade de Wuhan, na China, no final do ano de 2019. Desde esse momento, a transmissão do vírus SARS-CoV-2 estendeu-se à escala mundial. (1) Este vírus, altamente transmissível particularmente através de gotículas respiratórias e de aerossóis, continua a ameaçar a saúde humana e a segurança pública. (2,3) Uma das formas de prevenção e de controlo da transmissão do vírus SARS-CoV-2 inclui o distanciamento físico e o isolamento de doentes infetados. (4) Consequentemente às medidas impostas, aos doentes COVID-19 e não-COVID-19 internados nos hospitais foi-lhes retirado o direito de receber visitas dos seus familiares causando um grande impacto a nível psicológico em ambas as partes. As restrições ou proibições de visitas vieram agravar a solidão dos doentes internados, muitos dos quais morreram sem qualquer acompanhamento ou despedida.

Estas medidas levantaram questões éticas complexas relacionadas com a presença da família, durante o internamento de um doente nestas condições. Para o doente internado e em fim de vida, enquanto ainda está consciente, a presença é extremamente importante, enquanto que, para a família estar presente nas horas finais do doente também poderá ser essencial e simbólico. (5) Deste modo, desde o início das restrições das visitas a doentes internados tornou-se fundamental colmatar a inexistência de contacto físico entre os doentes e a sua família.

Segundo o documento “Guidance for Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks”, redigido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), “aos indivíduos colocados em isolamento ou quarentena devem ser fornecidos todos os meios que permitam comunicação com o mundo exterior e com os seus entes queridos”, (6) e apenas se estas necessidades forem cumpridas, é que a dignidade individual será respeitada. Numa sociedade tecnológica, e perante um mundo cada vez mais modernizado, é essencial utilizar as tecnologias de informação e comunicação, outrora inexploradas, mas atualmente facilitadoras no processo de cuidados e a sua humanização. Um cuidado centrado no doente e na família, decerto irá ajudar na tomada de decisões, na redução de sentimentos de ansiedade e depressão e também na diminuição de experiências de *burnout* e moral *distress* das equipas médicas. (7)

Por humanização dos cuidados entende-se uma percepção holística do doente. A humanização dos cuidados envolve o cuidado centrado no doente, o cuidado centrado na pessoa e ainda todos os pilares envolvidos no processo de cuidados – por exemplo, familiares, profissionais de saúde, cuidadores - e a sua interação. (8) Com esta revisão sistemática, pretende-se explorar a contribuição das tecnologias de informação para o processo de humanização, durante o período em que as visitas a doentes internados se encontravam restritas, devido à Pandemia COVID-19. As tecnologias de informação minimizam as consequências do isolamento, por isso era importante fazer uma revisão sistemática sobre esta situação, para detetar eventuais erros a corrigir no futuro de modo a manter os doentes e os seus familiares distantemente unidos.

2. Metodologia

2.1. Objetivo

Avaliar a contribuição das tecnologias de informação e comunicação para o processo de humanização, durante o período de restrição de visitas a doentes internados, devido à Pandemia COVID-19.

2.2. Pergunta investigadora

PEO é uma ferramenta utilizada, numa revisão sistemática, para responder à pergunta investigadora em causa. O acrónimo significa “População/Participantes”, “Exposição” e “Outcomes”.

Population/População – Doentes internados e com restrição de visitas, devido à Pandemia COVID-19

Exposure/Exposição – Utilização das tecnologias de informação e comunicação, como meio de conexão com os familiares

Outcomes/Resultados – Contribuição das tecnologias de informação e comunicação para o processo de humanização

Pergunta investigadora: Utilização das tecnologias de informação e comunicação, durante o período de restrição de visitas a doentes internados, devido à Pandemia COVID-19: qual a contribuição para o processo de humanização?

2.3. Desenho da revisão

A presente revisão sistemática foi elaborada de acordo com a metodologia PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews).

2.4. Processo de pesquisa

Foi realizada uma pesquisa na base de dados PubMed/MEDLINE, de modo a encontrar artigos que respondessem à pergunta investigadora. Esta pesquisa foi realizada entre dezembro de 2020 e janeiro de 2021 e abrangeu artigos publicados entre janeiro de 2020 e dezembro de 2020. Nesta pesquisa foram incluídos artigos com dados originais escritos em Inglês, Português, Espanhol ou Italiano. Também foram realizadas pesquisas no motor de busca Google, para leitura de notícias relativamente a projetos implementados em hospitais portugueses.

Para a base de dados PubMed/MEDLINE, foi utilizada a seguinte combinação de termos: (“COVID-19 restricted visits” OR “COVID-19 patient isolation” OR “COVID-19 patient aloneness” OR “COVID-19 physical contact” OR “COVID-19 social distance”) AND (“Telemedicine” OR “Telehealth” OR “eHealth” OR “Technology” OR Telecommunications”) AND (“Humanization care”). (Tabela 1 – Termos de pesquisa para base de dados PubMed/MEDLINE)

Tabela 1 – Termos de pesquisa para base de dados PubMed/MEDLINE

Combinação de termos de pesquisa	Patient/condition	Exposure	Outcomes
	Doentes internados e com restrição de visitas, devido à Pandemia COVID-19	Utilização das tecnologias de informação e comunicação, como meio de conexão com os familiares	Contribuição das tecnologias de informação e comunicação para o processo de humanização
	AND	AND	AND
OR	1. COVID-19 restricted visits	7. Telemedicine	13. Humanization care
OR	2. COVID-19 patient isolation	8. Telehealth	
OR	3. COVID-19 patient aloneness	9. eHealth	
OR	4. COVID-19 physical contact	10. Technology	
OR	5. COVID-19 social distance	11. Telecommunications	
	6. Combinar 1 a 5, utilizando OR	12. Combinar 7 a 11, utilizando OR	13.
	14. Combinar 6, 12 e 13, utilizando AND		

2.5. Critérios de Seleção

Tabela 2 – Critérios de seleção

	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
P - População	<ul style="list-style-type: none"> • Doentes internados e com restrição de visitas, devido à Pandemia COVID-19 • Doentes com mais de 18 anos de idade • Familiares de doentes internados, com restrição de visitas • Profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados a doentes internados, com restrição de visitas 	<ul style="list-style-type: none"> • Doentes com menos de 18 anos de idade
E - Exposição	<ul style="list-style-type: none"> • Utilização de Telemedicina, Telesaúde, <i>eHealth</i>, Tecnologias de Informação e Comunicação ou Telecomunicações como meio de comunicação entre doente e familiar. • Aplicabilidade em internamentos Hospitalares e em Cuidados Paliativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicabilidade em lares ou residências.
O - Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Humanização dos cuidados de saúde • Experiência, perspectiva e visão dos doentes, familiares e profissionais de saúde acerca da utilização das tecnologias de informação como meio de comunicação entre doente e familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Efeitos/Consequências físicos/as na população envolvida
Tipo de estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa fenomenológica • Teoria fundamentada • Comentários • Editoriais • Notícias 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos Quantitativos
Qualidade dos artigos Escala de Hawker <i>et al</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pontuação igual ou superior a 20 	<ul style="list-style-type: none"> • Pontuação inferior a 20

2.6. Seleção de estudos

Após a realização da pesquisa, todos os títulos e *abstracts* encontrados foram sistematicamente avaliados, tendo em consideração os critérios de seleção. Aqueles que foram considerados relevantes foram posteriormente lidos na íntegra para confrontação com os critérios de inclusão e de exclusão. Foram igualmente selecionados para leitura integral os artigos que não tinham *abstract* disponível ou em que a leitura do *abstract* era inconclusiva. Os artigos lidos integralmente foram importados para o *software Mendeley Desktop*. O diagrama PRISMA (Figura 1 - Diagrama PRISMA do processo de seleção dos estudos) sintetiza as etapas de seleção de artigos e as características dos estudos excluídos.

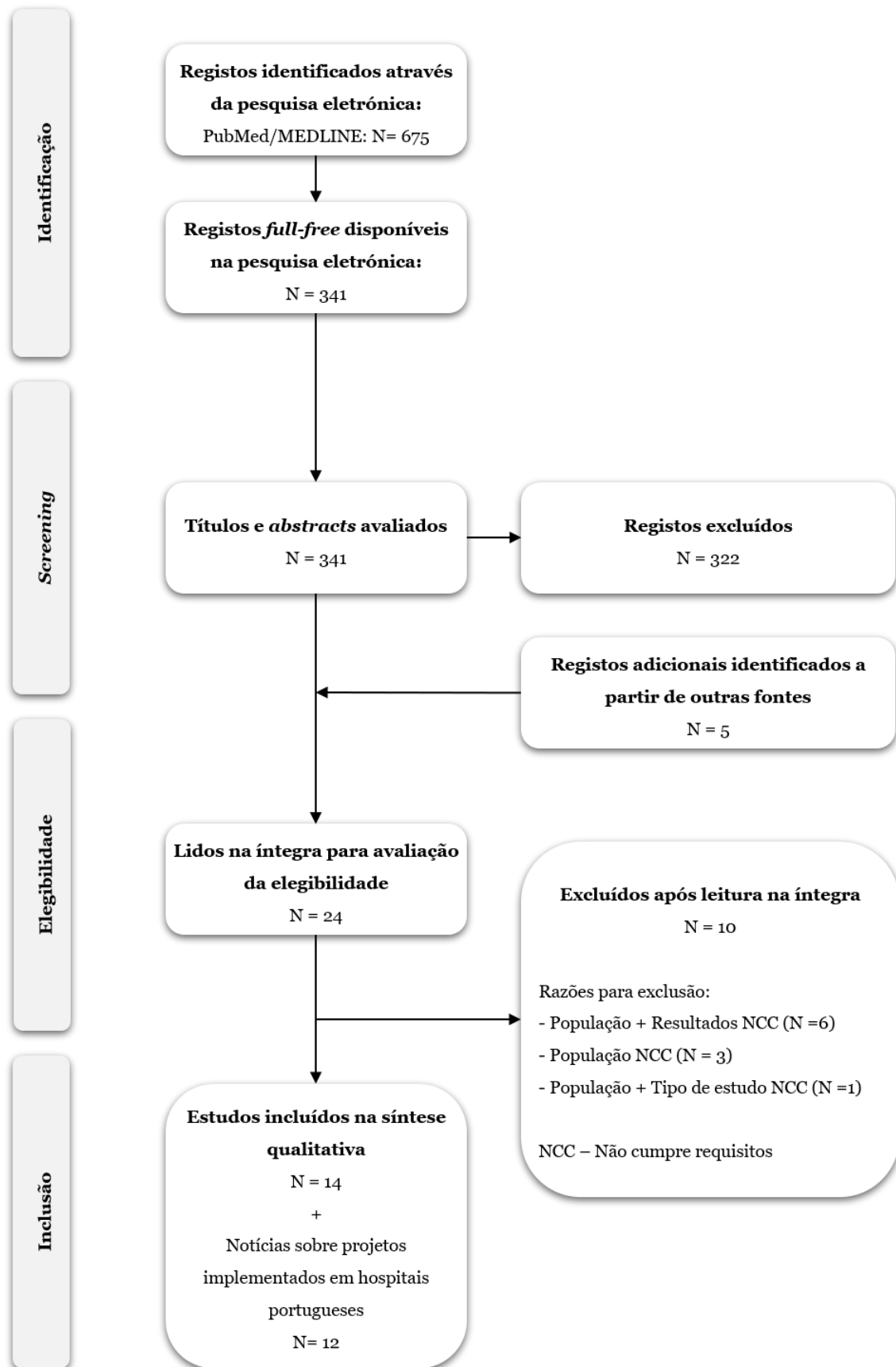


Figura 1 - Diagrama PRISMA do processo de seleção dos estudos

2.7. Extração de dados

De modo a facilitar o processo de extração de dados e de validação dos resultados, foi utilizado um formulário de extração de dados para cada estudo incluído na revisão. Este formulário incluía o seguinte: data de extração, título do artigo, autores, ano de publicação, tipo de estudo, objetivo do estudo, descrição da população, exposição à qual a população esteve sujeita e, por fim, *outcomes*.

3. Resultados

A pesquisa na base de dados eletrônica PubMed/MEDLINE permitiu obter 675 resultados. Desses resultados, apenas 341 artigos se encontravam disponíveis em *free-full text*. Dos 341 títulos e abstracts avaliados, excluíram-se 322 por não serem considerados relevantes, ficando 19 artigos sobranes. Para além dos artigos identificados através da base de dados, também se incluíram mais 5 artigos, que cumpriam os critérios de inclusão, através da procura em listas de referências de artigos relevantes. Desta forma, 24 artigos (19 artigos, PubMed/MEDLINE + 5 artigos, outras fontes) foram considerados potencialmente elegíveis após leitura dos títulos e abstracts. Os artigos lidos integralmente foram importados para o *software Mendeley Desktop*. Após leitura integral dos 24 artigos, 14 estudos cumpriram os critérios de inclusão e foram incluídos nesta Revisão Sistemática. As razões que levaram à exclusão dos 10 artigos estão descritas na Figura 1 - Diagrama PRISMA do processo de seleção dos estudos. Também foram incluídas para discussão 12 notícias acerca de projetos implementados em hospitais portugueses, identificadas através do motor de busca *Google*.

3.1. Qualidade dos artigos

Foi utilizada a escala de Hawker *et al* para avaliar a qualidade de cada um dos catorze artigos incluídos nesta revisão. Esta escala contém nove perguntas, as quais podem ser classificar a qualidade do artigo em “elevada”, “média”, “baixa” ou “muito baixa”. Convertendo a uma escala numérica, atribui-se desde 1 ponto (artigos com qualidade muito baixa) até 4 pontos (artigos com qualidade elevada).

As questões incluídas nesta escala são as seguintes:

1. Título e *abstract* - Foi fornecida uma descrição clara do estudo?
2. Introdução e objetivos - Foi realizado um bom *background* e uma evidência clara dos objetivos da pesquisa?
3. Metodologia e dados - A metodologia é apropriada e claramente explicada?
4. Amostragem - A estratégia de amostragem foi apropriada para atender aos objetivos?
5. Análise de dados - A descrição da análise de dados foi suficientemente rigorosa?
6. Ética e viés - As questões éticas foram abordadas e foi obtida a aprovação ética necessária? A relação entre investigadores e participantes foi adequadamente considerada?
7. Resultados - Existe uma declaração clara dos resultados?

8. Transferibilidade ou generalização - Os resultados deste estudo são transferíveis (generalizáveis) para uma população mais ampla?

9. Implicações e aplicabilidade – Na prática, qual a importância dos achados do estudo?

A pontuação dos estudos incluídos, nesta revisão sistemática, variou de 20 a 36, tendo como média uma pontuação de 30. Todos os catorze estudos foram incluídos na revisão sistemática presente, visto que cumpriram o critério de inclusão de uma pontuação igual ou superior a 20. A pontuação de cada artigo está representada na Tabela 3 - Dados extraídos e avaliação da qualidade de cada artigo.

Tabela 3 - Dados extraídos e avaliação da qualidade de cada artigo

Título do artigo, Score qualidade	População	Exposição	Outcomes	Temas	Key Findings
Searching for Human Connectedness During COVID-19, 24	Doentes internados, com restrição de visitas por parte dos familiares, devido à Pandemia COVID-19	Utilização das tecnologias de informação como forma de comunicação com os familiares	Contribuição das tecnologias para a humanização dos cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Importância das tecnologias - Projetos de humanização dos cuidados de saúde - Humanizar uma chamada de voz/videochamada - Perspetiva dos doentes - Perspetiva dos familiares - Perspetiva dos profissionais de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Experiências positivas e emotivas aquando da utilização de videochamadas. - Contribuição da família para a tomada de decisões. - Benefício na relação médico-doente. - Restauração de algum humanismo perdido durante a pandemia COVID-19
The COVID-19 Pandemic: Do Not Turn the Health Crisis Into a Humanity Crisis, 20	Doentes internados, em fim de vida, com restrição de visitas por parte dos familiares, devido à Pandemia COVID-19	Falta de comunicação com os familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de permitir visitas dos familiares, chamadas e videochamadas - a todos os doentes terminais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto físico e presença familiar - Perspetiva dos familiares 	<ul style="list-style-type: none"> - Ligação humana é o tratamento paliativo mais eficaz. - Comunicação com a famílias, nos últimos momentos de vida, para uma morte com dignidade. - Proteção do bem-estar psicológico das famílias.

Título do artigo, Score qualidade	População	Exposição	Outcomes	Temas	Key Findings
Virtual bedside concerts for patients with COVID-19: a trio of perspectives, 20	Doentes internados, com COVID-19, com restrição de visitas	Concertos virtuais para doentes internados.	Trio de perspectivas: músico, enfermeiro e médico	- Projetos de humanização dos cuidados de saúde (através da música)	- Melhoria física dos doentes: mais calmos, com diminuição da frequência respiratória. - Benefícios para os profissionais de saúde: sentimento de esperança e gratidão. - Comunicação de boas e más notícias à distância é um processo complexo.
Seeing With My Ears, 26	Doentes internados, com restrição de visitas por parte dos familiares, devido à Pandemia COVID-19	Utilização das tecnologias de informação como forma de comunicação com os familiares	Humanização através de chamadas de voz.	- Contacto físico e presença familiar - Importância das tecnologias de humanização dos cuidados de saúde - Humanizar uma chamada de voz/vídeochamada	- Importância da comunicação não-verbal, não visível, mas percebida através das chamadas telefónicas.
Pharmacy Department management and organization, 32	Serviço de Farmácia do Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Espanha	Mudanças organizacionais, devido à Pandemia COVID-19	Fatores chave para a humanização durante a Era COVID-19.	- Importância das tecnologias de humanização dos cuidados de saúde	- Barreiras e sinais de distanciamento interpretadas como “anti-humanização”. - Ecrãs com mensagens positivas, nos hospitais, teve impacto positivo.

Título do artigo, Score qualidade	População	Exposição	Outcomes	Temas	Key Findings
In, but out of touch: Connecting with patients during the virtual visit, 24	Doentes internados, com restrição de visitas por parte dos familiares, devido à Pandemia COVID-19	Utilização das tecnologias de informação como forma de comunicação	Perceção dos profissionais de saúde, acerca da relação médico-doente, alterada durante a Era COVID-19	- Contacto físico e presença familiar - Projetos de humanização dos cuidados de saúde	- Dificuldade de dar más notícias através de uma chamada telefónica. - Aprender a “tocar à distância” é fundamental.
Stand by me 2.0. visits by family members at COVID-19 time, 34	Doentes internados, com restrição de visitas por parte dos familiares, devido à Pandemia COVID-19	Projeto: “Remote family conference and patient visits in the COVID hospital”.	Permitir uma gestão do doente COVID-19 mais eficaz e mais segura em todas as áreas que definem o conceito de Saúde.	- Contacto físico e presença familiar - Importância das tecnologias - Projetos de humanização dos cuidados de saúde - Perspetiva familiares	- Comunicar com a família do doente não é uma tarefa por compaixão ou discricionária, mas sim uma tarefa profissional e necessária.

Título do artigo, Score qualidade	População	Exposição	Outcomes	Temas	Key Findings
Qualitative study of the psychological experience of COVID-19 patients during hospitalization, 36	16 doentes, com COVID-19, admitidos entre 20 de janeiro e 1 de março de 2020, para o primeiro Hospital afiliado da Universidade de Ciência e Tecnologia, de Henan, China.	Dados recolhidos através de entrevistas semiestruturadas , chamadas telefónicas ou de entrevista pessoal	Experiência psicológica dos doentes COVID-19, durante o internamento.	- Perspetiva dos doentes	- Família como pilar espiritual e suporte social para os doentes internados. - <i>Feedback</i> positivo acerca de videochamadas realizadas com a família. - 5 temas como <i>outcomes</i> : Atitudes perante a doença; Stressors; Reações do corpo e da mente; Fatores promotores da prevenção de epidemias e Crescimento e perspetiva psicológica
Virtual volunteers: The importance of restructuring medical volunteering during the COVID-19 pandemic, 32	Doentes internados, com COVID-19, com restrição de visitas, devido à Pandemia COVID-19.	Voluntariado virtual	Aplicabilidade do voluntariado virtual durante e após a Pandemia COVID-19.	- Contacto físico e presença familiar - Importância das tecnologias - Projetos de humanização dos cuidados de saúde	- Acompanhamento por parte dos voluntários reduz sentimentos de solidão, isolamento, ansiedade ou depressão. - Apoio emocional e educacional a doentes imunocomprometidos, isolados ou de alto risco.

Título do artigo, Score qualidade	População	Exposição	Outcomes	Temas	Key Findings
Dying from Covid-19: Loneliness, end-of-life discussions and support for patients and their families in nursing homes and hospitals. A national register study, 35	1346 mortes expectáveis, por COVID-19, em lares de idosos (n=908) e em hospitais (n=438).	Registo Nacional Suco de Cuidados Paliativos - As mortes expectáveis, por COVID-19, em lares de idosos e hospitais foram comparadas com as mortes na população de referência (mortes em 2019).	Permanência de discussões sobre o fim de vida e da incidência de doentes que morreram durante a Pandemia COVID-19 versus durante o ano de 2019.	- Contacto físico e presença familiar do doente - Perspetiva dos familiares	- Morrer por COVID19 afeta negativamente a possibilidade de discussões sobre o fim de vida e também aumenta a possibilidade de morrer sozinho. - Presença é importante para o doente quando ainda está consciente e é simbólica para a família. - Conceito de morte social; nem sempre a presença física da família é a situação ideal para todos os doentes (casos de demência severa).
Family-Centered Care During the COVID-19 Era, 28	Doentes internados, com restrição de visitas por parte dos familiares, devido à Pandemia COVID-19	Cuidado hospitalar centrado na família, durante as restrições de visitas impostas pela Pandemia COVID-19.	Progresso, a longo prazo, na prestação de cuidados centrados na família.	- Contacto físico e presença familiar - Importância das tecnologias - Projetos de humanização dos cuidados de saúde - Humanizar uma chamada de voz/videochamada	- Conceito de “visita” é substituído por “presença familiar”. - Presença física deverá ser mantida em algumas situações (crianças; parto ou pós-parto; doentes em fim de vida). - Projeto implementado: identificar um contacto familiar; avaliar acesso às tecnologias por parte do doente e dos familiares; mitigar qualquer barreira à comunicação. - Videochamadas preferíveis às chamadas de voz.

Título do artigo, Score qualidade	População	Exposição	Outcomes	Temas	Key Findings
Reinventing Palliative Care Delivery in the Era of COVID-19: How Telemedicine Can Support End of Life Care, 34	Doentes internados, em fim de vida, com restrição de visitas, devido à Pandemia COVID-19	Utilização segura de tablets para consultas e visitas familiares; aquisição de tablets com <i>software</i> de vídeo, no contexto de telemedicina; educação e treino da equipa médica.	Utilização bem-sucedida da telemedicina, em cuidados paliativos, no cuidado de um doente COVID-19-positivo, em fim de vida.	- Contacto físico e presença familiar das tecnologias - Importância dos Projetos de humanização dos cuidados de saúde - Humanizar uma chamada de voz/videochamada dos familiares - Perspetiva dos familiares	- Pandemia COVID-19 trouxe falta de singularidade da vida humana, no momento da morte. - Como humanizar uma videochamada: preparar a família para o que irá ver; demonstrar proximidade com o doente, através do toque humano; questionar acerca de apoio espiritual. - Familiares sentem-se emocionalmente conectados ao doente.
Palliative Care in the Time of COVID-19, 36	16 Familiares de doentes internados na unidade de cuidados paliativos agudos e no hospital psiquiátrico foram selecionados, por um período de duas semanas.	Familiares entrevistados, através de 4 questões: 1) Ficou satisfeito por participar virtualmente na visita clínica? 2) Ficou satisfeito com a informação adquirida nesta ocasião? 3) Acha que seu ente querido ficou feliz por vê-lo durante a visita clínica? 4) As tecnologias poderão substituir a sua presença durante a visita clínica?	Avaliar a opinião dos familiares sobre a utilização das tecnologias como forma de comunicação.	- Contacto físico e presença familiar de humanização dos cuidados de saúde - Perspetiva dos familiares	- Utilização do <i>WhatsApp</i> para comunicar com os familiares. - Apesar das tecnologias permitirem um modelo de comunicação adaptado à crise COVID-19, esta modalidade de comunicação não pode substituir a presença física, pelo que, deve ser considerada como medida temporária.

Título do artigo, Score qualidade	População	Exposição	Outcomes	Temas	Key Findings
Telemedicine in the Time of Coronavirus, 32	Medicina Paliativa - mudanças devido à Pandemia COVID-19	Implementação da Telemedicina	Partilha orientações para utilização correta da Telemedicina, durante a Era COVID-19.	- Importância das tecnologias	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas por telemedicina são mais curtas e mais focadas, no entanto, é importante criar espaço para a partilha de sentimentos e pensamentos, principalmente durante uma situação de crise pandémica. - A generalidade doentes e dos cuidadores sente-se confortável ao ter conversas sensíveis através de videochamada.

3.2. Visão geral sobre os artigos

Todos os 14 estudos incluídos foram publicados no ano de 2020. Há uma grande heterogeneidade nos estudos, sendo que 7 estudos foram realizados nos Estados Unidos da América (7,9–14) e 2 estudos foram realizados na Itália. (15,16) Também foi incluído um estudo sobre cada um dos seguintes países: China, (17) Espanha, (18) Suécia (5) e França. (19) Um estudo multinacional, realizado no Canadá e no Reino Unido também foi incluído na revisão sistemática. (20) De salientar que grande parte dos estudos incluídos foram realizados em países onde a primeira vaga da Pandemia COVID-19 foi mais severa, aumentando assim a relevância dos mesmos.

3.3. Temas

A análise dos dados recolhidos permitiu encontrar sete temas, que são os seguintes: Contacto físico e presença familiar; Importância das tecnologias de informação e comunicação; Projetos de humanização dos cuidados de saúde; Humanizar uma chamada de voz/vídeo-chamada; Perspetiva do doente; Perspetiva do familiar; e Perspetiva dos profissionais de saúde.

Os 14 estudos incluídos contribuíram com diferentes números de temas envolvidos, tendo alguns estudos a maior parte dos temas e outros estudos apenas um tema. (Tabela 3 - Dados extraídos e avaliação da qualidade de cada artigo)

3.3.1. Contacto físico e presença familiar

Nove dos catorze estudos incluídos reforçam a importância de manter o contacto físico e a presença familiar com os doentes internados, durante a Pandemia COVID-19.

Segundo Strang *et al*, (5) mais doentes morreram sozinhos e menos discussões sobre fim de vida foram realizadas, antes de doentes falecerem por COVID-19.

O conceito de “visita dos familiares” foi substituído pelo conceito de “presença dos familiares”. (7) Sendo a ligação humana o tratamento paliativo mais eficaz, (19) tornou-se fundamental o desenvolvimento de projetos de telemedicina que permitissem a comunicação, à distância, com os familiares e o seu envolvimento na equipa de cuidados. Comunicar com a família do doente não deve ser considerado como uma tarefa por compaixão, mas sim um dever necessário e profissional, (15) tendo como objetivo a humanização dos cuidados de saúde.

It is important that hospitals and clinics respect the right of both families and patients to communicate before the latter passes away.

Guessoum *et al*, (19) página 20, coluna 1, linhas 15-17

In response, health systems must rapidly adapt family-centric procedures and tools to circumvent restrictions on physical presence.

Internet-based solutions can facilitate the routine, predictable, and structured communication, which is central to family-centered care.

Hart *et al*, (7) página 93, Abstract, linhas 2-3, 4-5

3.3.2. Importância das tecnologias de informação e comunicação

Oito dos catorze estudos incluídos nesta Revisão Sistemática destacam a importância das tecnologias de informação e comunicação, como único meio de contacto possível durante a Pandemia COVID-19.

Os doentes COVID-19 e não-COVID-19 experienciam momentos de muito receio e incerteza os quais são vividos, maioritariamente, individualmente. Por esta razão, o acompanhamento destes doentes, à distância, tornou-se mais necessário do que nunca. (18) A telemedicina, toda tecnologia envolvida e a sua funcionalidade têm evoluído ao longo dos últimos anos. No entanto, a situação pandémica potenciou a sua utilização e imprescindibilidade nas infraestruturas de saúde. (13) Apesar de todos os benefícios envolvidos na utilização das tecnologias, uma das desvantagens poderá ser a desigualdade de acesso a estes recursos. Por isso, tornou-se fundamental uma avaliação acerca do acesso individual dos doentes e das suas famílias a estes dispositivos, (7) bem como sobre o domínio da utilização dos mesmos. Deste modo, seria possível prever e contornar potenciais obstáculos à comunicação. (7)

O proveito da Telemedicina poder-se-á manter no futuro, em situações onde o contacto físico não seja recomendado, como por exemplo, doentes imunocomprometidos, doentes isolados, doentes de alto risco. (12)

In the complex health emergency situation of our country, the application of Information Technology tools has a decisive role in supporting health insurance, creating a highly performing and technologically advanced system that reduce distances, suffering of disease and the weight of necessary isolation.

Carlucci *et al*, (15) página 71, Abstract, linhas 1-4

There has been keen interest in the use of telehealth technology in palliative care, to improve communication between isolated patients and their families, and between patients and their care providers.

Ritchey *et al*, (13) página 992, coluna 2, linhas 6-9

3.3.3. Projetos de humanização dos cuidados de saúde

Dez dos catorze estudos incluídos demonstram diferentes projetos de humanização que foram desenvolvidos durante a Pandemia COVID-19, que permitiram a comunicação necessária entre o doente e os seus familiares, entre os familiares e os profissionais de saúde e entre o doente e os profissionais de saúde.

O distanciamento físico, requerido durante o período de Pandemia, e os sinais de marcação de distanciamento entre as pessoas foram interpretados como barreiras “anti-humanização”. (18) Consequentemente, tornou-se essencial criar Projetos que conectassem as pessoas, à distância.

Muitos hospitais juntaram equipas e criaram projetos com a finalidade de manter a proximidade entre o doente e os seus familiares. Um destes hospitais utilizou a aplicação *WhatsApp*, (16) ligando aos familiares, através do número de telemóvel do doente, durante a visita clínica. Durante essa videochamada, era partilhada informação sobre a evolução clínica do doente e eram discutidas as próximas escolhas clínicas.

Outros estudos referem um projeto mais detalhado e organizado, onde cada membro da equipa tinha uma tarefa específica, e onde várias fases eram estabelecidas para tornar o projeto o mais eficaz e humano possível. (7,13,15)

Dois estudos revelaram a importância de projetos mais invulgares como os concertos virtuais (10) ou o voluntariado virtual. (12)

The clinical team should aim to 1) establish a primary family contact designated by the patient, who is ideally but not necessarily the patient’s legal health-care decision-maker; 2) document the technologies available to the patient and family for communication; and 3) identify and mitigate any barriers to communication and engagement.

Hart *et al*, (7) página 95, Coluna 1, linhas 16-22

By anticipating this scenario and with the aim to help to provide a clear and consistent line of communication with patient’s relatives, at the beginning of the SARS-CoV2 pandemic, the Strategic Management of the AOU Policlinico of Bari has launched the experimental project “Remote family conference and patient visits in the COVID hospital.

Carlucci *et al*, (15) página 72, coluna 1, linhas 27-33

3.3.4. Humanizar uma chamada de voz/videochamada

Apesar de apenas quatro dos catorze estudos incluídos destacarem a temática de como humanizar uma chamada de voz/videochamada, torna-se muito importante a sua discussão, pois esta comunicação não deve ser apenas uma troca de informação. Trata-se de conexões de pessoa para pessoa, num período especialmente vulnerável para todos. (20) A comunicação entre o doente e os seus familiares é vital e vivificante, alternando desde conversas triviais a temas íntimos e sensíveis. (9) Um dos estudos incluídos comprovou que a generalidade dos doentes e dos cuidadores se sente confortável ao ter conversas sensíveis através de videochamada. (14)

Segundo o estudo realizado por Ritchey *et al*, (13) existem vários fatores que podem auxiliar no processo de humanização das tecnologias, entre os quais se destacam os seguintes: 1) preparar a família para o cenário que irá ver; 2) assegurar ambiente de confiança – por exemplo, perguntando sobre emoções ou ajudando a família a guiar a conversa; 3) discutir e estar preparado para as falhas tecnológicas; 4) inserir elementos que permitam contacto físico e humano com o doente, possibilitando a observação por parte da família – como, colocar músicas que o doente gosta, demonstrar proximidade com o doente, dando-lhe a mão ou incentivar a partilha de histórias sobre o doente.

I was reminded of a very important lesson about human connection: that we can touch with words, that we can hold with silence, that we can speak with breath, that we can see through sounds.

Chammas, (11) página 2, coluna 2, linhas 26-28

By listening to the family, their concerns and perspectives, we found ways to adapt the video visits to be more human and personalized. This included demonstrating human touch and caring at the bedside during the video calls, coaching family as to what they would see, inquiring about legacy issues and other specific needs including spiritual care, and incorporating these into the video visit. During and after the video calls, bedside staff used this guidance from family to speak to the patient about specific family members, family stories, hobbies/interests, offer music/entertainment the patient enjoyed, and offer spiritual care tailored to the patient's needs.

Ritchey *et al*, (13) página 996, coluna 1, linhas 7-17

3.3.5. Perspetiva do doente

Quatro dos catorze estudos incluídos retratam a perspetiva do doente acerca da utilização das tecnologias como forma de comunicação com os seus familiares.

Para o doente, enquanto a consciência ainda prevalece, a presença da família é de extrema importância. Por outro lado, estar presente com o doente também pode representar um momento simbólico e fundamental para a família. (5)

O conceito de “presença”, apesar de ter sido modificado para um formato digital, foi bem aceite na perspetiva do doente, como se pode comprovar pelos seguintes excertos:

All patients stated that their family members were their spiritual pillars during their hospital stay. P1: "Every day I am happiest when I have video communication with my family. They care about me and encourage me every day. Most patients believed that adequate social support was a key factor in their own fight against the epidemic. P8: "With the encouragement of my family, my mood gradually stabilized, which makes me very powerful.

Sun et al, (17) página 19, coluna 1, linhas 30-33, 37-40

In a recent example, a feisty 90-year-old patient with a career in science FaceTimed her son, who was far away but desperately wanted to see his mom. She had never used an iPad and was irritable asking the staff why they insisted she try it. But when she saw her son's face, they both beamed.

McNairy et al, (9) página 3044, coluna 1, linhas 27-32

3.3.6. Perspetiva do familiar

Seis dos catorze artigos incluídos descrevem a experiência do familiar, durante a fase de restrição de visitas aos seus doentes internados, e qual a sua perspetiva acerca da utilização das tecnologias como forma de comunicação.

A restrição de visitas nega o direito de estar fisicamente perto dos entes queridos, experiência ainda mais dura se o doente se encontrar em fim de vida. A privação deste direito poderá expor as famílias a um sofrimento psicológico significativo e, no pior dos cenários, evoluir para um luto patológico. (19)

Desta forma, para além de proteger os doentes, também é essencial proteger os seus familiares, das consequências psicológicas decorrentes da Pandemia COVID-19. (19) A solução possível e adequada foi o estabelecimento de uma relação doente-familiar através das tecnologias de informação.

His family valued the ability to see and talk with the patient virtually, and the opportunity to engage in life review and share stories of his legacy with healthcare staff. They expressed their gratitude in knowing the patient was being treated as a person.

Ritchey *et al*, (13) página 996, coluna 1, linhas 19-23

Most family members were happy to virtually attend the visit: “I was happy to see him and you while talking about the treatment”; “It was a pleasure to note the smart atmosphere surrounding my loved one you created”; “I was happy to be updated on the results of the investigations and treatment you proposed, explaining the reasons for such decisions”; “I liked to share your information about the treatments and the next follow-up, albeit at a distance”; “I was happily surprised by this initiative.” However, most of relatives also added: “I recognize the actual situation is regulated by law, but no technology can provide the same effects experienced by my presence” or “It could be the last time I see him/her.”

Mercadante *et al*, (16) página 80, colunas 1-2, linhas 52-56, 1-9

3.3.7. Perspetiva dos profissionais de saúde

Dois dos catorze estudos incluídos nesta Revisão Sistemática abordam a perspetiva do profissional de saúde, no contexto da comunicação através das tecnologias de informação. A carga emocional imposta no profissional de saúde não pode ser esquecida. São os médicos, enfermeiros e auxiliares os únicos pilares que estão fisicamente presentes com o doente, durante o período de restrições de visitas devido à Pandemia. (10) São eles que fazem a “ponte” entre o doente e os seus familiares, tornando-se elementos fundamentais no processo de Humanização.

Os profissionais de saúde vivenciam muitas das emoções sentidas pelos familiares dos doentes e sentem-se frustrados pela dificuldade de comunicação existente durante este período. (9) Se por um lado há perguntas difíceis de responder e sentimentos complexos de interpretar via telefone/videochamada, por outro lado, devido à incerteza determinada pela Pandemia COVID-19, muitas das questões dos familiares podem nem ter resposta. (9) No entanto, o benefício das tecnologias de informação também é percebido pelos profissionais de saúde (9,10). Segundo McNairy *et al*, (9) no que diz respeito à relação médico-doente esta foi fortalecida através de *tablets* que eram utilizados para os doentes terem oportunidade de comunicar com o seu médico, sem máscaras que, de certa forma, impediam o estabelecimento de cuidados de saúde humanizados.

We find ourselves giddy to show the patient how to connect with their loved ones and feel relief when relatives answer and the pixels converge into human faces.

McNairy *et al*, (9) página 3044, coluna 2, linhas 23-26

My mind drifts to all the families that have watched their loved ones take their last breaths via this same tablet, while I hold their hands — an all-too frequent occurrence for an ICU nurse in the COVID-19 unit. The cellist plays her beautiful instrument and I start to breathe as if this N95 mask is off. The cellist may think she is providing only the patient with the gift of live music, but during this time of unimaginable loss and stress, it gives us a glimmer of hope. We are grateful.

And now, during the COVID-19 pandemic, to know that we are the only ones who can stand with them during the hardest moments of their lives. There is no way to prepare for the experience of weeping with a family over a video conference as we hold the tablet so they can say goodbye to their loved one, or of sharing in the joy of liberating another person from the ventilator.

Amass *et al*, (10) página 1371, coluna 1-2, linhas 31-38, 41-45, 30-38

Folha em branco

4. Discussão

Esta revisão sistemática procurou clarificar os atuais conhecimentos sobre a contribuição das tecnologias para o processo de humanização, durante a Pandemia COVID-19. Para tal, foi elaborada uma pesquisa na base de dados eletrónica PubMed/MEDLINE. Após a aplicação rigorosa dos critérios de inclusão e de exclusão, foram selecionados 14 estudos para análise e síntese dos resultados. A condução desta revisão sistemática obedeceu a rigorosos critérios metodológicos para minimizar qualquer viés. Para o processo de discussão, também foi realizada uma pesquisa de notícias atuais sobre projetos, realizados em Portugal, que contribuíram para a humanização dos cuidados de saúde.

Os catorze estudos incluídos nesta revisão sistemática são estudos qualitativos, entre estes: Pesquisa fenomenológica e Teoria fundamentada. Foram também incluídos artigos de fontes secundárias, tais como Comentários e Editoriais pela importância e validade que apresentam, neste contexto. Foram incluídos apenas artigos qualitativos pois evidenciam a experiência e a perceção dos indivíduos, com o objetivo de obter uma visão aprofundada dos sentimentos das populações em estudo. Todos os estudos incluídos foram conduzidos em ambiente de cuidados hospitalares ou de cuidados paliativos, demonstrando a perspetiva do doente, do familiar e do profissional de saúde, e ainda, projetos implementados nos hospitais que permitiram uma permanência de humanização dos cuidados de saúde.

No que diz respeito aos *outcomes* dos artigos, a análise dos estudos incluídos permitiu encontrar sete temas, que se encontram descritos, detalhadamente, de seguida.

Em relação ao tema 1 - Contacto físico e presença familiar – vários estudos comparam e analisam os conceitos de “contacto físico” e de “presença” e concluem que a presença, mesmo à distância, é uma “mais-valia” para os doentes, para os familiares e para toda e equipa prestadora de cuidados. (5,7,11–13,15,16,19,20) Durante uma época de crise de saúde pública, tal como a Pandemia que vivemos, os profissionais de saúde são desesperadamente necessários em vários locais para tratar de outros doentes, deste modo não podem estar constantemente com um doente. (12) Adicionalmente, devido à restrição de visitas familiares, muitos doentes terminais COVID-19 e não-COVID-19 são deixados completamente sozinhos durante o internamento. Os inúmeros casos de isolamento severo e prolongado podem causar *social craving* com respostas, a nível neurofuncional, semelhantes à sensação de fome, demonstrando que as relações e a partilha são necessidades básicas para o Ser Humano. (19)

Sendo o contacto físico dificultado, a presença familiar deve continuar a ser assegurada, através da utilização das tecnologias de informação. A família deve ser considerada um dos elementos fundamentais pertencente à equipa multidisciplinar que presta os cuidados ao doente. (9,15) Segundo Guessoum *et al*, (19) é vital que as unidades de saúde autorizem visitas familiares, em casos excepcionais, e que sejam realizadas chamadas telefónicas ou videochamadas para todos os doentes terminais, COVID-19 ou não-COVID-19. Para além dos doentes terminais, Hart *et al* (7) defendem que a presença física da família deve ser tentada, sempre que possível, para crianças, mulheres em trabalho de parto ou pós-parto e pessoas com deficiência neurocognitiva grave. Contudo, é essencial ter em conta que a presença a 100% da família pode não ser a situação ideal para todos os doentes. Strang *et al*, (5) evidenciam o conceito de “morte social”, no qual alguns indivíduos, por exemplo em situação de demência severa, podem já não atribuir significado a estar com seus entes queridos no momento da morte.

Relativamente ao tema 2 - Importância das tecnologias de informação e comunicação – previamente vistas como uma forma de comunicação que distanciava as pessoas, porém durante uma situação como a que vivemos, foram a solução para restaurar alguma união e humanismo que se tinham perdido. (9) O acompanhamento, à distância, dos doentes internados, tornou-se elementar e, segundo McNairy *et al*, (9) se antes as tecnologias eram percebidas como um elemento distrator e complexo, atualmente têm sido dispositivos como os *tablets* que se tornaram num “portal para a conexão humana”. Com as tecnologias cada vez mais desenvolvidas, estas formas de comunicação tornam-se ainda mais simples de concretizar. A utilização de dispositivos de comunicação, como *smartphones* ou *tablets*, a partir de um sistema tecnologicamente avançado, auxiliou na redução das distâncias e na diminuição do sofrimento dos doentes e do “peso” do isolamento. (15) Também para a família, esta forma de comunicação facilitou uma partilha rotineira, previsível e estruturada com o seu ente-querido. (7) Tal como referido anteriormente, as tecnologias poderão trazer mais benefícios a indivíduos de classes socioeconómicas mais altas, devido à maior possibilidade de acesso a dispositivos e acesso a internet. (7,12) Por conseguinte, os hospitais deverão avaliar detalhadamente o acesso dos doentes e dos seus familiares a estes dispositivos e o domínio de utilização, de forma a evitar a disparidade eventualmente causada. (7) Segundo Pickell *et al*, (12) devido à necessidade imposta pela Pandemia COVID-19, tem sido verificado um aumento do número de parcerias dos hospitais com empresas de *software* de videoconferência, permitindo diminuir o sentimento de isolamento para os doentes sem possibilidade de acesso aos dispositivos.

No que concerne ao tema 3 - Projetos de humanização dos cuidados de saúde – de modo a promover uma comunicação clara e consistente com os familiares dos doentes, (7) com o objetivo de diminuir os efeitos do isolamento, foram criados muitos projetos de humanização dos cuidados de saúde. O projeto experimental implementado no A.O.U. Policlinico di Bari, na Itália - “Remote family conference and patient visits in the COVID hospital” (15) – foi, dos estudos incluídos, um dos mais faseados e detalhados. A primeira fase deste projeto tinha como objetivo testar a viabilidade da abordagem familiar no pior cenário clínico, envolvendo apenas a Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital envolvido. Nesta fase, eram dadas à família, com uma periodicidade diária, informações clínicas sobre o doente. Sempre que possível e quando a evolução clínica do doente era favorável, eram realizadas visitas virtuais através de videochamadas. A segunda e a terceira fase incluíram um formulário com as informações dos doentes internados, incluindo capacidade de o doente participar em videochamadas com familiares; um questionário, por chamada telefónica para avaliação da satisfação dos familiares; um questionário de satisfação dos doentes; e uma avaliação global da eficácia do projeto. Os resultados deste projeto foram extremamente positivos. Porém, foram propostos, pelos familiares, alguns aspetos a melhorar, como por exemplo: aumentar a frequência das reuniões dos familiares com a equipa médica; implementar um sistema que, através de um SMS, informaria os familiares, pela manhã, de notícias sobre o estado clínico do doente; instalar um centro de recolha e triagem de objetos pessoais para que, indiretamente, as famílias pudessem entregar esses bens ao doente.

Outro estudo de Hart *et al*, (7) estabelece vários objetivos para a equipa prestadora de cuidados como por exemplo: estipular um contacto familiar primário designado pelo doente, que poderá auxiliar em decisões legais sobre cuidados de saúde; documentar o acesso a tecnologias pelo doente e familiares e; identificar e contornar qualquer barreira à comunicação. Conclui também que a videoconferência é preferível às chamadas telefónicas, pois a linguagem não-verbal possibilita uma melhoria da conexão emocional. Também foi implementado um projeto, através da utilização da aplicação *WhatsApp*, segundo Mercadante *et al*. (16) Foi realizada uma visita virtual aos doentes, onde era partilhada informação clínica e discutidos os próximos passos terapêuticos.

Um projeto mais inesperado foram os concertos virtuais, descritos por Ambler *et al*, (10) para os doentes internados. Para os doentes com menos capacidade de comunicação, por sedação ou ventilação, demonstrou-se que a música diminuía a sua frequência respiratória e os tranquilizava. A música era dos poucos estímulos que os fazia abrir os olhos e olhar para o ecrã; os doentes ficavam focados e calmos. (10) Consequentemente, os familiares também ficavam mais tranquilos.

Nestes casos, quando a comunicação com o seu ente-querido era mais dificultada, pela própria condição clínica do doente, os familiares sustentavam a ideia de que a música poderia ser uma solução para o bem-estar de todos.

Frequentemente, o tempo disponível para estas visitas virtuais parece escasso, por isso, tal como Pickell *et al* (12) relatam, a resposta para quando as famílias por qualquer motivo não podem comunicar e, adicionalmente, os profissionais de saúde estão muito sobrecarregados, poderá estar no voluntariado hospitalar. Através de voluntariado virtual, ou mesmo presencial, cumprindo todas as regras de segurança, os voluntários poderão fazer companhia aos doentes, ajudando a ultrapassar estes momentos mais difíceis.

Por fim, simples alterações a nível hospitalar também podem aumentar a humanização dos cuidados, tais como: mensagens positivas em cartazes ou ecrãs, nos hospitais; envio de mensagens positivas com a medicação, tanto para os doentes internados como para os doentes em ambulatório - “these pills are pearls of hope” Herranz-Alonso *et al.* (18)

O tema 4 - Humanizar uma chamada de voz/videochamada – é especialmente importante, pois o benefício das tecnologias pode ser muito maior, se as equipas prestadoras de cuidados estiverem preparadas para tal. Muitos dos estudos incluídos demonstram que a partilha de emoções é possível através de uma videochamada, criando momentos únicos e simbólicos para o doente, para os familiares e também para os profissionais de saúde. (7,9,11,13) Para Chammas, (11) mesmo através de uma chamada de voz é possível “tocar” e “ver”. O profissional de saúde, durante a comunicação de notícias aos familiares, precisa de se adaptar à nova realidade, onde a empatia é a chave fundamental. Hart *et al* (7) apresentam várias estratégias e conselhos para a comunicação com a família, durante a Era COVID-19, como se pode verificar pela Tabela A. 1 – Estratégias para comunicação com a família, durante distanciamento físico –, na secção “Anexos”.

Em síntese, este estudo e o estudo de Ritchey *et al*, (13) propõem métodos, tais como: preparar a família, ao informar sobre a situação em que vai ver o doente, por exemplo, se está sedado ou intubado; demonstrar proximidade com o doente; incluir a família no processo de tomada de decisões sobre a situação clínica do doente; perguntar sobre os interesses do doente, por exemplo a nível religioso, espiritual, ou relativamente aos seus gostos pessoais e tentar incluí-los no ambiente da enfermaria.

O tema 5 - Perspetiva do doente – demonstrou resultados positivos, sendo esta uma das finalidades da criação e adaptação de todos estes projetos. Apesar de uma possível renitência inicial, maioritariamente pelos doentes mais idosos, (9) o *feedback* final da oportunidade de ver e comunicar com os familiares foi bastante satisfatório. Apesar de alguns casos excepcionais, a maioria dos doentes internados, nomeadamente os doentes

terminais, prefere ter alguém presente nas suas horas finais. Para além disso, segundo a British Geriatrics Society, (5) uma morte digna compreende, entre outros, os seguintes aspetos: ter controlo sobre quem está presente e com quem é partilhada; ter tempo para a despedida. Estes factos devem ser considerados e avaliados, individualmente, para todos os doentes internados. Segundo Sun et al, (17) os doentes questionados consideraram que a família era o seu pilar mental e espiritual, que lhes dava mais coragem e força, tornando o processo de hospitalização mais fácil de ultrapassar. Os doentes, frequentemente, desejavam que os seus procuradores de saúde ou os seus familiares os ajudassem a decidir quais os próximos passos no tratamento e, (9) por esta razão, a família também era percebida como um pilar racional na vida destes doentes internados.

Também o tema 6 – Perspetiva do familiar – revelou-se de extrema importância na aplicabilidade destes projetos. As reuniões virtuais com as equipas médicas propiciavam a partilha de decisões e os familiares sentiam-se atualizados sobre o estado clínico, as opções de tratamento e o prognóstico do seu doente. (15) À vista disso, os familiares sentiam-se tranquilos, gratos e felizes por estarem “junto” do seu ente-querido. (13,15,16) No estudo de Carlucci et al, (15) no que diz respeito ao inquérito de satisfação realizado aos familiares, os resultados mostram que as informações prestadas pela equipa médica, a simpatia e a iniciativa do Hospital pelo desenvolvimento deste projeto foram consideradas excelentes (100%). Além de que, para 100% dos familiares inquiridos, o contacto contínuo com o doente e com a equipa médica permitiu diminuir o sofrimento do familiar assim como a solidão do doente clinicamente capaz de participar numa videochamada. Ainda segundo o estudo de Mercadante et al, (16) os familiares sujeitos ao inquérito de satisfação demonstraram um *feedback*, maioritariamente positivo, porém consciente de que nenhuma tecnologia tinha o poder de substituir a presença física. (16)

Para análise do último tema - Perspetiva dos profissionais de saúde – é crucial entender a responsabilidade física e, principalmente, emocional que está por detrás de um profissional de saúde, num momento como este. Segundo Amass et al, (10) para o profissional de saúde, é difícil ser a única figura física que acompanha e suporta o doente num dos momentos mais críticos da sua vida. Por essa razão, existe um sentimento genuíno de desafogo e consolo quando é estabelecido um contacto com a família. (9) No entanto, as emoções, tanto as positivas como as negativas, vividas através de uma videochamada são, frequentemente, complexas de gerir. Ainda para Amass et al, (10) não há como estar preparado para a experiência de chorar com uma família, enquanto o profissional de saúde segura o tablet, para que se despeçam do seu ente querido; ou para a experiência de partilhar a alegria de retirar o ventilador a outro doente. As equipas prestadoras de cuidados, envolvidas nestes

projetos, relataram tanto uma conexão mais profunda, como uma maior admiração e reconhecimento pelo doente que estava a seu lado. (13) Assim, as videochamadas fortaleceram relações, e não apenas as virtuais. Para os profissionais de saúde, estes projetos não fizeram desaparecer o stress ou a exaustão causados pela Pandemia, mas certamente foram sentidos como um sinal de tranquilidade e de esperança. (9,10)

Em Portugal, desde os hospitais mais centrais ao mais regionais, também foram desenvolvidos projetos que permitiram diminuir a distância entre o doente, o familiar e o profissional de saúde. Em meados de abril e maio de 2020, no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central detetaram-se falhas no apoio ao doente, sendo que alguns se encontravam completamente sozinhos. (21) Na sequência de um caso de sucesso em que uma doente, anteriormente sem reação, abriu os olhos, sorriu e começou a falar ao ver o irmão através de uma videochamada, foi apresentada uma proposta para alterar o sistema de visitas aos doentes. Este projeto, composto por profissionais treinados e preparados para a ligação com os familiares, permitiria visitas virtuais entre doentes e familiares e facilitava a comunicação entre familiares e profissionais de saúde. (21)

Já na Unidade Local de Saúde da Guarda, no Serviço de Medicina do Hospital Sousa Martins, foram realizadas mais de 100 visitas virtuais, num mês, em virtude de dois equipamentos cedidos para o efeito. (22,23) A generalidade das videochamadas (66%) foi efetuada por *WhatsApp* e as restantes 34% por *Facebook*. (23) Também no Hospital de Santarém, a implementação desta forma de comunicação virtual permitiu um ambiente mais humanizado e contribuiu como fator tranquilizador para o doente e para a suas famílias. Inicialmente as videochamadas eram realizadas, através do *Facebook*, de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros e dos familiares. No entanto, o Hospital tem como objetivo a evolução deste projeto de modo a torná-lo mais planeado, nomeadamente, com um horário definido. (24) O Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro e o Hospital do Espírito Santo de Évora, com o apoio de algumas empresas de telecomunicações, disponibilizaram equipamento necessário para os profissionais de saúde poderem providenciar uma visita virtual entre o doente e os familiares. (25–27) O Hospital de Braga, (28) como o apoio da Comissão de Humanização e Qualidade dos Serviços, também apostou muito no pilar da humanização, tornando o contacto diário ao familiar de referência do doente como uma nova regra a cumprir. Outras medidas simples que facilitaram a humanização dos cuidados de saúde, neste Hospital, foram as seguintes: as videochamadas, a identificação do nome e grupo profissional no equipamento de proteção individual dos profissionais de saúde, a aposta no Serviço de Voluntariado e na sua formação, a oferta de pequenas lembranças com mensagens positivas aos doentes internados e aos profissionais de saúde. Também no Hospital de Santo António,

no Porto, com a orientação do Serviço de Humanização, foram realizados telefonemas e videochamadas que permitiram dar o conforto possível aos doentes e seus familiares. (29) Para além das videochamadas, no Hospital de Guimarães, foi criado um projeto informático que permite o envio de mensagens para o contacto de referência do doente. Desta forma, após a admissão no Serviço de Urgência, o familiar está constantemente atualizado relativamente aos procedimentos a decorrer – presença do doente no Serviço, realização de exames, reavaliação, decisão de alta, internamento ou transferência. (30) Também em Portugal, Instituições como a Operação Nariz Vermelho tiveram de se reinventar. Os “doutores-palhaços”, devido à Pandemia COVID-19, adotaram a opção do teletrabalho, e conseguiram chegar às crianças através de “teleconsultas”. Este projeto de humanização tornava a experiência das crianças mais favorável, com resultados positivos a nível da colaboração dos tratamentos e da tolerância da dor. (31,32)

Em síntese, a análise dos artigos e das notícias sobre os projetos implementados em Portugal permitiu concluir que estar presente, fisicamente ou à distância, “cura”. As tecnologias de informação e comunicação tornaram-se essenciais para impedir que a crise de saúde que atravessamos evoluísse para uma crise humanitária. (19) Porém, os projetos implementados devem ser planeados, organizados e deve haver responsabilidade profissional para o seu cumprimento. A sua execução deverá ser realizadas por uma equipa multidisciplinar, que inclua médicos, enfermeiros, auxiliares, e também voluntários, para os quais deverá haver formação sobre o projeto a implementar. Além de que, a qualidade e clareza da informação fornecida aos familiares não pode ser inconsistente, pelo risco de deixar as famílias ainda mais ansiosas e confusas sobre a quem dirigir as suas dúvidas e sobre o estado de saúde do seu doente. (15)

Estes projetos têm uma grande projeção pós-pandemia. Pretende-se alertar para que esta forma de comunicação permaneça e que seja aplicada noutros contextos, por exemplo, doentes imunocomprometidos ou doentes com outras doenças infectocontagiosas. Esta forma de comunicação também deve ser empregue nas situações onde a impossibilidade de contacto físico é dependente do familiar, a título de exemplo: quando o próprio familiar é um doente imunocomprometido ou quando o familiar reside longe do hospital de onde o seu ente-querido se encontra internado, como exemplo as famílias emigrantes.

Em síntese, o isolamento dos doentes internados motivou uma necessidade urgente pela criação de soluções que permitissem conexão com os seus entes-queridos, sem colocar a saúde de ninguém em risco. (33) Através das tecnologias de informação e comunicação as necessidades individuais de cada doente continuaram a ser cumpridas e os conceitos de humanidade e de humanização dos cuidados de saúde prevaleceram.

Folha em branco

5. Conclusões

As tecnologias de informação e comunicação permitiram, através dos projetos implementados, encurtar a distância entre familiares e doentes de todo o mundo. A perceção do doente, do familiar e do profissional de saúde foi bastante positiva em todos os artigos analisados. Havendo grande aplicabilidade destes projetos num período pós-Pandemia, também se conclui que há alguns aspetos a melhorar e são apresentadas algumas soluções para tal, nomeadamente a nível do planeamento e cumprimento destes projetos.

5.1. Limitações

A pesquisa para esta revisão revelou algumas dificuldades, nomeadamente no que diz respeito à quantidade de informação disponível e à sua qualidade. Nem todos os artigos incluídos foram pesquisas originais, e artigos com maior risco de viés, como comentários e editoriais – literatura cinzenta - também foram incluídos na revisão. Além de que, a revisão e análise foi realizada por apenas uma investigadora, o que poderá também aumentar a oportunidade de viés.

5.2. Forças

Apesar de terem sido incluídos artigos provenientes de fontes secundárias, estes revelaram ter robustez e informação suficiente para garantir uma resposta à pergunta investigadora. A condução desta revisão sistemática obedeceu a rigorosos critérios metodológicos de modo a se tornar replicável e a minimizar qualquer viés.

5.3. Pesquisa futura

Estudos adicionais deverão ser realizados, através dos modelos ideais para um estudo qualitativo, como por exemplo, a pesquisa fenomenológica, modelo etnográfico ou teoria fundamentada. Escalas de perceção sobre a experiência dos doentes e familiares deverão ser aplicadas com mais rigor, de modo a perceber qual a verdadeira opinião destes sobre as tecnologias como forma de comunicação.

Folha em branco

6. Referências bibliográficas

1. Asselah T, Durantel D, Pasmant E, Lau G, Schinazi RF. COVID-19: Discovery, diagnostics and drug development. *J Hepatol* [Internet]. 2021 Jan;74:168–84. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2020.09.031>
2. Hu B, Guo H, Zhou P, Shi Z-L. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nat Rev Microbiol* [Internet]. 2021 Mar;19:141–54. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41579-020-00459-7>
3. Harrison AG, Lin T, Wang P. Mechanisms of SARS-CoV-2 Transmission and Pathogenesis. *Cell Press Rev* [Internet]. 2020 Dec;41(12):1100–15. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.it.2020.10.004>
4. Voo TC, Senguttuvan M, Tam CC. Family Presence for Patients and Separated Relatives During COVID-19: Physical, Virtual, and Surrogate. *J Bioeth Inq* [Internet]. 2020 Aug [cited 2021 Feb 25]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7445690/>
5. Strang Peter, MD P, Bergström Jonas M, Martinsson Lisa, MD P, Lundström, Staffan, MD, PhD associate professor. Dying from Covid-19: Loneliness, end-of-life discussions and support for patients and their families in nursing homes and hospitals. A national register study. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020 Oct; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.020>
6. Guidance for Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks [Internet]. World Health Organization; 2016. 1–62 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250580/9789241549837-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Hart JL, Turnbull AE, Oppenheim IM, Courtright KR. Family-Centered Care During the COVID-19 Era. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020 Aug;60(2):93–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.017>
8. Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. *Patient - Patient-Centered Outcomes Res* [Internet]. 2019 Oct;12(5):461–74. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>
9. McNairy M, Bullington B, Bloom-Feshbach K. Searching for Human Connectedness During COVID-19. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2020 Oct;35(10):3043–4. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06082-9>
10. Amass T, Ambler M, Wodecki L. Virtual bedside concerts for patients with COVID-19: a trio of perspectives. *CMAJ* [Internet]. 2020 Nov;192(44):1370–1. Available from: <https://doi.org/10.1503/cmaj.201662>

11. Chammas D. Seeing With My Ears. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020 Sep;So885-3924(20):30760–0. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.027>
12. Pickell Z, Gu K, Williams AM. Virtual volunteers: The importance of restructuring medical volunteering during the COVID-19 pandemic. *Med Humanit* [Internet]. 2020 Aug;46(4):537–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/medhum-2020-011956>
13. Ritchey KC, Foy A, McArdel E, Gruenewald DA. Reinventing Palliative Care Delivery in the Era of COVID-19: How Telemedicine Can Support End of Life Care. *Am J Hosp Palliat Med* [Internet]. 2020 Nov;37(11):992–7. Available from: <https://doi.org/10.1177/1049909120948235>
14. Calton B, Abedini N, Fratkin M. Telemedicine in the Time of Coronavirus. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020 Jul;60(1):12–4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.019>
15. Carlucci M, Carpagnano LF, Dalfino L, Dalfino L, Migliore G. Stand by me 2.0. visits by family members at COVID-19 time. *Acta Biomed* [Internet]. 2020 May;91(2):71–4. Available from: <https://doi.org/10.23750/abm.v91i2.9569>
16. Mercadante S, Adile C, Ferrera P, Giuliana F. Palliative Care in the Time of COVID-19. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020 Aug;60(2):79–80. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.025>
17. Sun N, Wei L, Wang H, Wang X, Gao M, Hu X, et al. Qualitative study of the psychological experience of COVID-19 patients during hospitalization. *J Affect Disord* [Internet]. 2021 Jan;278:15–22. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.040>
18. Herranz-Alonso A, Rodríguez-González CG, Sarobe-González C, Álvarez-Díaz A, Sanjurjo-Sáez M. Pharmacy Department management and organization. *Farm Hosp* [Internet]. 2020 Jun;44(7):5–10. Available from: <https://doi.org/10.7399/fh.11514>
19. Guessoum SB, Moro MR, Mallet J. The COVID-19 Pandemic: Do Not Turn the Health Crisis Into a Humanity Crisis. *Prim care companion CNS Disord* [Internet]. 2020 Jul;22(4):19–20. Available from: <https://doi.org/10.4088/PCC.20como2709>
20. Kelly MA, Gormley GJ. In, but out of touch: Connecting with patients during the virtual visit. *Ann Fam Med* [Internet]. 2020 Sep;18(5):461–2. Available from: <https://doi.org/10.1370/afm.2568>. Conflicts
21. Inácio AM. Das visitas virtuais aos doentes ao apoio aos profissionais. Covid-19 está a mudar os hospitais [Internet]. *Diário de Notícias*. 2020 [cited 2021 Feb 25]. Available from: <https://www.dn.pt/pais/das-visitas-virtuais-aos-doentes-ao-apoio-aos-profissionais-covid-19-esta-a-mudar-os-hospitais-12164475.html>

22. Covid-19 | Videochamadas «curam» – SNS [Internet]. Serviço Nacional de Saúde. 2020 [cited 2021 Feb 25]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/04/16/covid-19-videochamadas-curam-distancias/>
23. Setor B da Medicina realizou mais de uma centena de videochamadas em pouco mais de um mês - Unidade Local de Saúde de Guarda [Internet]. Serviço Nacional de Saúde. 2020 [cited 2021 Feb 25]. Available from: <http://www.ulsguarda.min-saude.pt/noticias/setor-b-da-medicina-realizou-mais-de-uma-centena-de-videochamadas-em-pouco-mais-de-um-mes/>
24. S M. Doentes do Hospital de Santarém falam com os familiares por videochamada - Hospital Distrital de Santarém [Internet]. Serviço Nacional de Saúde. 2021 [cited 2021 Feb 25]. Available from: <https://www.hds.min-saude.pt/index.php/2021/01/11/doentes-do-hospital-de-santarem-falam-com-os-familiares-por-videochamada/>
25. CHUCB promove comunicação dos utentes com o exterior através de equipamentos tecnológicos - CHUCB [Internet]. Serviço Nacional de Saúde. 2020 [cited 2021 Feb 25]. Available from: http://www.chcbeira.min-saude.pt/noticias/chucb-promove-comunicacao-dos-utentes-com-o-exterior-atraves-de-equipamentos-tecnologicos/?fbclid=IwAR3pOqIbfumRLLAQ3hs-d8cGj48nsG8DY4TXJR_-UL_7RpT_XDZhRUQ77EA
26. HESE implementa projeto de Visitas Online para Utentes internados - Hospital do Espírito Santo de Évora [Internet]. Serviço Nacional de Saúde. 2021 [cited 2021 Feb 25]. Available from: <http://www.hevora.min-saude.pt/2021/01/14/hese-implementa-projeto-de-visitas-on-line-para-utentes-internados/?fbclid=IwAR07CW2jE68BU2NnZZ6lm2tj7bRHRs37kCy9hig-9VvJz5fXuPqKDEodOpY>
27. Projeto do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro reforça humanização de cuidados – CH | Trás-os-Montes e Alto Douro [Internet]. Serviço Nacional de Saúde. 2021 [cited 2021 Mar 2]. Available from: <http://www.chtmad.min-saude.pt/noticias/projeto-do-centro-hospitalar-de-tras-os-montes-e-alto-douro-reforca-humanizacao-de-cuidados/>
28. “Coisas simples” reforçam humanização no Hospital. Jornal Correio do Minho [Internet]. 2021 Feb 11 [cited 2021 Mar 3]; Available from: https://www.hospitaldebraga.pt/storage/texts/11_fevereiro_Correio_Minho_Dia_Mundial_Doente.pdf

29. Suspensão de visitas a hospitais fez aumentar telefonemas e videochamadas [Internet]. RTP Notícias. 2020 [cited 2021 Feb 25]. Available from: https://www.rtp.pt/noticias/pais/suspensao-de-visitas-a-hospitais-fez-aumentar-telefonemas-e-videochamadas_v1282668
30. Hospital de Guimarães criou serviço de envio de mensagens para contacto referênci do doente [Internet]. Guimarães Digital. 2021 [cited 2021 Feb 25]. Available from: https://www.guimaraesdigital.com/index.php/informacao/saude/63873-hospital-de-guimaraes-criou-servico-de-envio-de-mensagens-para-contacto-referencia-do-doente?fbclid=IwAR03oRb82h7e2E3MoeDrUgBVlKy_054-3KHA1jvehbq97cchoq13ym7QeRU
31. Ascensão J, Silva R. Doutores-palhaços de regresso ao hospital, num tablet e “com as rodas do carrinho do soro” [Internet]. Expresso. 2020 [cited 2021 Mar 2]. Available from: <https://expresso.pt/sociedade/2020-12-18-Doutores-palhacos-de-regresso-ao-hospital-num-tablet-e-com-as-rodas-do-carrinho-do-soro>
32. Doutores-palhaço dão “consultas” por videochamada [Internet]. SIC Notícias. 2020 [cited 2021 Feb 25]. Available from: https://sicnoticias.pt/especiais/coronavirus/2020-12-19-Doutores-palhaco-dao-consultas-por-videochamada?fbclid=IwAR2bckFxxwBCRRf8DfrOeE-5qnMOcv_8LHahzbkiBZ-FyobDFoAUU52bEwgY
33. Capozzo AV. Dying Alone Due to COVID-19: Do the Needs of the Many Outweigh the Rights of the Few—or the One? *Front Public Heal* [Internet]. 2020 Nov 30;8(593464). Available from: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.593464>

7. Anexos

Tabela A. 1 – Estratégias para comunicação com a família, durante distanciamento físico –

Artigo “Family-Centered Care During the COVID-19 Era”, Hart *et al* (7), Table 2; p. 96

Strategies for Communication With and Engagement of Families During Physical Distancing	
Domain of family-centered care	Strategies
Engagement of families with patients: synchronous communication	<p>Encourage patient and family to call, text, and videoconference with one another using their preferred methods as often as desired</p> <p>Facilitate delivery of communication devices, including charging equipment, from the family to the patient</p> <p>Provide free internet access to inpatients and assist them in connecting their personal devices</p> <p>Use speakerphone to facilitate communication from family members to the patient even if the patient is not able to communicate^a</p>
Engagement of families with patients: asynchronous communication	<p>Help the patient record and send audio, video, or written messages to their family members</p> <p>Encourage the patient to journal about family memories and feelings during the hospitalization</p> <p>Use videoconferencing, including using hospital-owned devices through windows or doors for patients on isolation, to show family members their loved one and the environment^a</p> <p>Read, print out, or play messages from the patient’s family to the patient^a</p> <p>Request pastoral care support for prayer as desired, or facilitate patient’s external faith leader prayers or services via videoconferencing^a</p>
Engagement of families with patients: environment	<p>Create a system to have limited personal effects delivered to patients’ room such as children’s art, sports memorabilia, or religious items (reinforce that nothing of monetary value should be delivered and that it may be difficult to return items to the family)^a</p> <p>Customize the patient’s environment after learning favorite food, music, audiobooks, and television preferences from family members^a</p> <p>Describe the patient’s environment to family members, including the presence of items sent from the family^a</p>
Communication between clinical team and family	<p>Contact family at the time of transfer or admission to establish primary contact, legal health-care decision-maker, and communication plan</p> <p>Define and document the plan for family contact, including the responsible clinical team member, on a daily basis</p> <p>Daily videoconferencing (or telephone contact) with a primary family contact as standard unless otherwise requested</p> <p>Document daily communication for transparency, accountability, and consistency</p> <p>Attempt to include families in rounds as possible but recognize that this may be infeasible under clinical strain</p> <p>Clearly communicate and reiterate the role of the clinical team member contacting the family, including when obtaining consent</p> <p>Promote consistency in who contacts family members when possible (e.g., primary clinical team member participates when consultants discuss care with family members)</p> <p>Ask family members to describe the patient’s past times and life story, including important people in their life, to facilitate conversation between the clinical team and the patient</p>

^aStrategies to emphasize in patients who are unable to communicate because of their clinical condition.