

## PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E PREPARAÇÃO DA FAMÍLIA PARA A 1ª VISITA A UM DOENTE CRÍTICO NA UCI

**Justificação** – A evolução nas políticas de saúde e a investigação têm reconhecido e evidenciado novos modelos de cuidados que se centram no envolvimento da família da pessoa doente no processo de cuidados. Quando o contexto é uma UCI as orientações consideram que deve haver uma incorporação holística dos doentes, familiares e dos seus “mundos de vida”.

A complexidade da situação clínica da pessoa numa UCI, a estrutura da unidade e a sua sofisticação tecnológica exigem uma adequada preparação dos familiares para visitarem o doente e se integrem no cuidado. Assim, surgem orientações para, por um lado, se desenvolverem cenários-tipo, de interação com a família (em role-play) para ajudar os profissionais (especialmente os mais novos) a construir habilidades comunicacionais, num ambiente seguro, para irem ao encontro das necessidades de informação da família, quando um membro da família é internado e, por outro, se realizarem *debriefings* com os membros da equipe após experiências em que os familiares foram incluídos ou excluídos de estarem presentes (Bell, 2016).

**Objectivo** - Produzir recomendações, a partir da síntese da mais recente evidência, que orientem e simplifiquem o contacto dos profissionais de saúde com os familiares do doente crítico, recém-admitido numa UCI, na preparação para a 1ª visita.

**Métodos** - Revisão de literatura, artigos científicos, publicados entre 2015 e 2017 a partir de uma pesquisa na EBSCOhost Research Databases (Psychology and Behavioral Sciences Collection; MedicLatina; CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; CINAHL) e LILACS, usando os descritores e operadores booleanos (intensive care unit OR icu OR critical care ) AND (professional-family relations) AND (family involvement).

### Protocolo

<b>1 - Preparação</b>	<p><b>O profissional/ais (Skills)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- para trabalho em equipa;</li> <li>- comunicacionais;</li> <li>- para lidar com os membros da família;</li> <li>- postura que transmita confiança (ser optimista, contacto visual e expressão facial) e tranquilize os familiares.</li> </ul>
	<p><b>Preparação - informação (dados) a reunir</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados sobre a situação clínica da pessoa</li> <li>- Dados em falta que pretende colher junto da família</li> <li>- Política de visitas da unidade e de articulação com a família (Diretrizes e políticas escritas);</li> <li>- Expetativas ou necessidades específicas da família (se possível)</li> <li>- Articulação entre profissionais sobre estratégia a usar, dados a colher e informação a transmitir</li> </ul> <p><b>Local/ Ambiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reservado /que garanta um diálogo eficaz;</li> <li>- Confortável sem ruído;</li> <li>- Sem “barreiras físicas”, objectos ou mobiliário, que transmita a mensagem de afastamento profissionais-familiares.</li> </ul>
	<p><b>Participantes</b> – A equipa multiprofissional (enfermeiro e médico obrigatoriamente).</p>
<p><b>2 - Processo</b></p>	<p><b>Avaliar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que informação a família já tem sobre o doente e a unidade;</li> <li>- Expetativas e necessidades dos familiares;</li> <li>- Manifestações emocionais, identificar focos de angústia e medo;</li> <li>- Experiências prévias na UCI.</li> </ul> <p><b>Informar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profissional/ais apresenta/m-se;</li> <li>- Profissional apresenta a situação clínica da pessoa (suficiente);</li> <li>- Responde às questões colocadas usando uma linguagem: compreensível (termos simples e claros), consistente e culturalmente sensível;</li> <li>- Usa comunicação aberta e honesta (motiva, dá segurança, apoia e conforta);</li> <li>- Apresenta as regras da unidade sobre o contacto com os familiares;</li> <li>- Apresenta a unidade, constrangimentos e potencialidades: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Espaço físico;</li> <li>○ Tecnologia invasiva;</li> <li>○ Equipamento e dimensão de cada unidade;</li> <li>○ Privacidade;</li> <li>○ Regras a cumprir dentro da unidade.</li> </ul> </li> <li>- Informa sobre o contacto a ter/desenvolver com o familiar/doente.</li> </ul> <p>Assegura-se que há compreensão da mensagem: dá tempo para a compreensão,</p>

	minimiza discrepâncias; diálogo com contacto visual.
<b>3 - Resultados</b>	<b>Sumário</b> - Síntese da informação transmitida - Síntese dos dados colhidos - Planeia em conjunto com os familiares a estratégia a usar junto da pessoa; Disponibiliza-se e acompanha os familiares.

## DOCUMENTO DESCRITIVO

### 1- Preparação

#### **Profissional (Skills)**

O profissional que vai receber os familiares antes de uma 1ª visita tem de ter desenvolvido um conjunto de capacidades que lhe permitam preparar as pessoas para que dêem sentido e sejam capazes de lidar com a admissão do seu familiar na UCI, minimizando a violência da experiência (tornando a experiência menos assustadora) (Carlson, et al., 2015).

A comunicação com os familiares, é a pedra angular na criação de um relacionamento significativo profissionais-doente e melhoria das experiências do doente e família (Ellis, Gergen, Wohlgemuth, Nolan & Aslakson, 2016). Deve integrar: comunicação regular entre cuidadores e família; o minimizar as discrepâncias sobre o cuidado ao doente (entre cuidadores e entre cuidadores e famílias); atrasos, desinformação, plano de cuidados ou agravamento do prognóstico do doente. O processo de comunicação com a família é uma função do enfermeiro e que, permite conhecer, advogar, questionar, ...(Ellis, Gergen, Wohlgemuth, Nolan & Aslakson, 2016; Olding, et al., 2016; Ahluwalia, Schreibeis-Baum, Prendergast, Reinke, & Lorenz, 2016).

Pelas exigências da actividade a desenvolver terão de ser profissionais experientes, pode mesmo identificar-se um líder/perito na integração de membros da família na unidade ou supervisionar os enfermeiros mais novos quando estão a aprender a lidar com as famílias o que pode ajudar a diminuir o stress durante a comunicação (Bell, 2016).

**Preparação - informação (dados) a reunir** - A informação discrepante ou contraditória disponibilizada aos familiares gera sentimentos de insegurança sobre a condição clínica e os cuidados que a pessoa está a receber. Assim, importa que os familiares sejam recebidos com

informação precisa, suficiente e honesta e que haja uma comunicação aberta e comum entre profissionais.

É essencial que a enfermeira de cuidados intensivos seja capaz de identificar as necessidades específicas dos membros da família e demonstrar formas de intervenção adequadas para aqueles que precisam de apoio (Kynoch, Chang, Coyer & McArdle, 2016).

**Local/ambiente** - Os familiares de doentes de UCI têm uma variedade de necessidades, incluindo a de apoio, conforto, tranquilidade, informação e proximidade (Khalaila, R., 2014). Assim, importa que a família seja recebida num ambiente reservado, tranquilo, acolhedor, confortável onde as possibilidades de ocorrerem interrupções sejam reduzidas

**Participantes** - Na receção e preparação da família para uma 1ª visita a um doente recém-admitido importa que participem, pelo menos, o enfermeiro e médico para que seja possível responder às suas necessidades de informação e apoio, pois as evidências atuais sugerem que a informação sobre a condição clínica do doente é a necessidade mais universal, independentemente do nível educacional ou cultural dos familiares (Kynoch, Chang, Coyer, & McArdle, 2016). Os enfermeiros atuam como defensores, contribuem com informações partilhadas, traduzem, clarificam e reforçam a informação dada aos familiares pelo médico. Colhem dados pois, pela relação que estabelecem com o doente e família devem conhecer o que são e o seu passado, os familiares sentem-se confortadas quando lhe fazem perguntas pessoais ou transmitem informações (Ahluwalia, Schreiber-Baum, Prendergast, Reinke, & Lorenz, 2016).

A relação que se estabelece com os familiares depende das expectativas que estes têm em termos de disponibilidade e competência que atribuem aos profissionais, pelo que importa uma participação disponível, segura e competente, propícia a uma relação de confiança (Riley, White, Graham, & Alexandrov).

## **2 – Processo**

**Avaliar** – Centrar o acolhimento na família, nas suas necessidades de informação e apoio, é fundamental, o que está bem representado nos resultados de investigação. Os familiares dos doentes da UCI têm uma variedade de necessidades, sendo a de segurança, informação e proximidade as mais importantes, enquanto o conforto e apoio são as menos importantes (Khalaila, R.). Esta surge como receptora de cuidados pelas diferentes necessidades psicológicas, sociais e físicas. Importa, desde o primeiro contacto, identificar e satisfazer as

necessidades dos familiares como um pré-requisito para o estabelecimento de parcerias efetivas entre famílias e prestadores de cuidados (Olding, et al., 2016).

Desde o primeiro dia de internamento, desde a admissão a inclusão dos familiares é fundamental (Jason, 2015). É solicitado aos familiares que forneçam dados - eventos precipitantes, sintomas potenciais, informação do doente. Este é um momento importante para o início da inclusão da família no processo de cuidados pois, de acordo com Jason (2015) quando os cuidados progredem da avaliação inicial para um plano de diagnóstico e tratamento, o envolvimento da família na equipe afasta-se de uma participação activa, passa a ser uma relação de cortesia e respeito / troca de informação (Jason, 2015).

Incluir propositadamente os membros da família no plano de cuidados; prática orientada pelas necessidades dos doentes e membros da família (Akroute, & Bondas, 2016).

**Informar** - O(s) profissional(ais) acolhem os familiares apresentando-se: nome, categoria profissional e apresentam o motivo pelo qual os está a receber (ex. é o profissional responsável pela prestação de cuidados ao doente naquele dia).

Questionam os familiares sobre as informações que têm sobre a situação clínica da pessoa. Confirmam ou complementam a informação usando terminologia compreensível, frases curtas e sem ambiguidades. Certificam-se que compreenderam. Evidenciam disponibilidade para o diálogo e esclarecimento das questões e dúvidas que lhe são apresentadas, criando um ambiente em que os familiares devem sentir que estão a ser envolvidos neste processo. Importa que haja coerência entre os profissionais o que pressupõe trabalho em equipa.

Os enfermeiros são seguros na informação que transmitem mas não têm poder, há uma presença consistente com doentes, familiares e na equipa mas há limitação na capacidade de participação plena nas reuniões com os familiares por terem informações contraditórias às que são comunicadas na reunião ou mesmo por haver objectivos de cuidados muito diferentes (Ahluwalia, S., Schreibeis-Baum, H., Prendergast, T., Reinke, L. & Lorenz, K., 2016).

Apresenta as regras da unidade no que se prende com as visitas (disponibiliza informação que pode ser escrita): horários, flexibilidade de horários, número de visitantes, tipologia de visitantes, contactos telefónicos, situações excepcionais, ...

Prepara o(s) familiar(es) para a entrada na unidade:

- apresenta a estrutura física da unidade (open space / unidades individualizadas / ...) antecipando a forma como os ambientes podem facilitar ou inibir o envolvimento dos membros da família. Sensibiliza para o efeito do ambiente sonoro e tecnológico da UCI, ajudando a antecipar a potencial inibição, medo ou dificuldade em se orientarem na unidade.

O envolvimento dos familiares é reduzido por questões ligadas ao ambiente e à falta de tempo dos profissionais. O equipamento médico técnico a alarmar pode ser experimentado como assustador e desagradável enquanto, os vários profissionais próximos do doente, a conexão a infusões e monitores centralizam a atenção dos familiares, afastando-os, provocando medo e insegurança.

Informa e colabora com os familiares para a utilização da protecção individual, a higiene das mãos e como manter a privacidade das outras pessoas internadas e/ou do seu familiar.

O profissional observa o familiar, assegurando-se que houve compreensão da mensagem, dá tempo para a compreensão, se necessário repete, minimiza discrepâncias. No diálogo há contacto visual.

### **3 - Resultado**

**Síntese** - Resumir de forma sucinta a informação que se transmitiu ou os temas abordados naquele momento, assim como, os aspetos mais relevantes a reter será um aspeto decisivo na continuidade do contacto profissionais-família pois, frequentemente, dada a perceção de irrealidade e confusão dos familiares é necessário repetir e reforçar (Karlsson, Tisell, Engström & Andershed, 2011).

### **Bibliografia**

Ahluwalia, S., Schreiber-Baum, H., Prendergast, T., Reinke, L., & Lorenz, K. (2016). Nurses as intermediaries: how critical care nurses perceive their role in family meetings. *American Journal of Critical Care*, 25(1), 33-38.

Akroute, A., & Bondas, R., (2016). Critical care nurses and relatives of elderly patients in intensive care unit - ambivalent interaction. *Intensive and Critical Care Nursing* 34, 67—80.

Bell, L., (2016). Caring for Families and patients. *AJCC American Journal of Critical Care*, 25(1), p.51.

Carlson, E., Spain, D., Muhtadie, L., McDade-Montez, L., & Maciaca, K., (2015). Care and Caring in the ICU: Family Members' Distress and Perceptions about Staff Skills, Communication, and Emotional Support. *Journal of Critical Care*, 30(3): 557–561.

Ellis, L., Gergen, J., Wohlgemuth, L., Nolan, M., & Aslakson, R., (2016). Empowering the “cheerers”: role of surgical intensive care unit nurses in enhancing family resilience. *AJCC American Journal of Critical Care*, 25(1), 39-45.

Garrouste-Orgeas, M., Willems, V., Timsit, J., Diaw, F., Brochon, S., Vesin, A., ... & Misset, B., (2016). Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. *Journal of Critical Care*, 25, 634–640.

Jason, R., (2015). Who is on the medical team?: Shifting the boundaries of belonging on the ICU. *Social Science & Medicine*, 144, 112-118.

Khalaila, R., (2014). Meeting the needs of patients' families in intensive care units. *Nursing Standard*, 28(43), 37-44.

Kynoch, K., Chang, A., Coyer, F. & McArdle, A. (2016). The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. p. 179-232.

McConnell, B., & Moroney, T., (2015). Involving relatives in ICU patient care: critical care nursing challenges. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 991-998.

Olding, M., McMillan, S., Reeves, S., Schmitt, M. & Puntillo, K. (2016). Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review. *Health Expectations*, 19(6), 1183–1202.

Reeves, S., McMillan, S., Kachan, N., Paradis, E., Leslie, M., & Kitto, S., (2015). Interprofessional collaboration and family member involvement in intensive care units: emerging themes from a multi-sited ethnography. *Journal of Interprofessional Care*. 29(3), 230–237

Riley, B., White, J., Graham, S., & Alexandrov, A., (2014). Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses. *AJCC American Journal of Critical Care*, 23(4), 316-324.

Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S., & Rawson, H., (2015). Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31, 51-63.