



PRESENÇA FAMILIAR: POLÍTICA DE TOMADA DE DECISÕES PARA LÍDERES DE ENFERMAGEM

Aceito Mai 25, 2021

Um projeto liderado pelo Planetree International,
com financiamento da American Nurses
Foundation





PRESENÇA FAMILIAR: FERRAMENTAS PARA POLÍTICA DE TOMADA DE DECISÕES PARA LÍDERES DE ENFERMAGEM

1. [Introdução](#) à Estrutura de Tomada de Decisão
2. [Guia de discussão](#): perguntas para orientar a tomada de decisão baseada em evidências, orientada por dados e centrada na pessoa
3. [Auxílio a tomada de decisão](#): projetado para gerar um curso de ação recomendado com base nas respostas
4. [Resumo da base de evidências sobre a presença da família](#)
5. [Recursos](#)
6. [Agradecimentos](#)
7. [Endossos](#)



INTRODUÇÃO



“Como enfermeiras, sabemos que a presença da família é fundamental para gerar e continuar o processo de cura. Devemos reconhecê-lo como fundamental para nossa prática no processo e no ambiente de cura e atuarmos como defensores disso. Minha esperança, como enfermeira, é que isso agora se transforme em algo definitivo, de modo que se torne parte de nossa deliberação sempre que estabelecermos padrões de prática de enfermagem.”

– Tim Porter-O'Grady, DM, EdD, ScD (h), APRN, FAAN, FACCWS, Clinical Professor, Nell Hodgson Woodruff School of Nursing at Emory University

O surto de COVID-19 expôs a fragilidade das parcerias com pacientes, residentes e familiares * em tempos de crise em nosso sistema de saúde. Isso tem sido particularmente evidente no que se refere ao envolvimento de cuidadores familiares - ou Parceiros de Cuidados - como membros essenciais da equipe de cuidados de seus entes queridos. Desde o início da crise, os sistemas de saúde têm tentado gerenciar a disseminação da transmissão por meio da promulgação de políticas restritivas que limitam a presença física de familiares em ambientes de cuidados. Essas políticas comprometeram as habilidades dos Parceiros de Cuidados de participar ativamente no apoio e no cuidado de seus entes queridos e contribuíram para o crescente sofrimento moral entre enfermeiras e outros funcionários.¹

Essas restrições se concentraram amplamente na mitigação dos riscos de controle de infecção associados à presença física de familiares nas instalações. Eles negligenciaram amplamente, entretanto, os riscos para a segurança e o bem-estar do paciente / residente quando os indivíduos são separados daqueles que os conhecem melhor em momentos de maior vulnerabilidade. Notavelmente, muitas dessas mudanças de política foram implementadas com pouca contribuição daqueles que seriam mais afetados por elas - pacientes, residentes, familiares e enfermeiras cujas práticas profissionais exigem que defendam os melhores interesses daqueles que estão sob seus cuidados.

Os riscos associados às políticas restritivas de presença familiar são bem documentados e incluem riscos para a segurança do paciente, funcionamento cognitivo, bem-estar psicossocial, preparação para alta e sofrimento moral entre os cuidadores.²⁻⁹ Essas consequências não intencionais ressaltam que, em muitos casos, limitar a conexão com a família a apenas visitas virtuais muitas vezes não é do melhor interesse dos pacientes / residentes e pode aumentar as desigualdades sociais e de saúde.

O potencial para resultados adversos quando os parceiros de cuidados são observadores distantes versus membros engajados da equipe de cuidados é considerável, incluindo danos evitáveis, declínio físico e cognitivo, transições deficientes de cuidados e lacunas de comunicação. Diante disso, em muitos casos, os riscos de restringir a presença da família podem muito bem superar o risco de transmissão do vírus. As

Family as defined by the patient/resident. Family members may include relatives and non-relatives

consequências de longo prazo dessas políticas sobre os resultados do paciente / residente, família e equipe são desconhecidas, mas provavelmente serão significativas.

No início do surto, havia conhecimento limitado e pouca orientação para apoiar os sistemas de saúde a fazer ajustes baseados em fatos nas diretrizes de presença familiar. **Acreditamos que as consequências infelizes e não intencionais dessas decisões iniciais podem ser evitadas no futuro com uma estrutura de tomada de decisão baseada em evidências, transparente, orientada por dados e centrada na pessoa, e que as lideranças de enfermagem e outros tomadores de decisão possam usar para apoiar a presença segura da família em qualquer ambiente de saúde, incluindo (mas não se limitando a) hospitais, centros de cuidados de longo prazo, instalações de reabilitação de pacientes internados, clínicas de final de vida assistida e ambientes de saúde comportamental.**

“Eu sou parte integrante da equipe de atendimento que trabalha com você e a equipe para um objetivo comum - a saúde, segurança e conforto do meu filho. Sou a parte consistente nas mudanças de turno, observando os tratamentos e medicamentos e observando as irregularidades. Tenho informações e percepções importantes para compartilhar. Eu reformulo ou traduzo as informações médicas de uma forma que seja mais bem compreendida por meu filho. Eu sou o par de olhos extras. De todas essas maneiras, apóio a segurança do meu filho e a sua enquanto você realiza seu trabalho vital com maior eficácia, eficiência e segurança.” - Lisa Keitel, Parceira de Cuidados

Sobre o kit de ferramentas

Este kit de ferramentas para tomada de decisões de política de presença familiar foi desenvolvido por uma coalizão de líderes de enfermagem, defensores de pacientes / familiares / idosos e outros parceiros clínicos e não clínicos. Sua principal intenção é apoiar adequadamente a presença da família em ambientes de saúde por meio de um processo de tomada de decisão baseado em evidências, transparente, orientado por dados e centrado na pessoa. O objetivo da estrutura é conduzir o diálogo organizacional para compreender melhor os benefícios e riscos da presença da família. Esse diálogo então posiciona os tomadores de decisão para estabelecer e modificar políticas levando em consideração uma ampla gama de fatores, incluindo condições locais, evidências atuais e impacto equitativo. O kit de ferramentas foi criado para ser usado:

- **Por lideranças de enfermagem e outros tomadores de decisão** - com o entendimento de que a avaliação dos fatores incluirá contribuições das principais partes interessadas, incluindo enfermeiras de beira leito, pacientes / residentes e famílias.
- **Para orientar um processo de atribuição de níveis de acesso da Parceria de Cuidado em toda a organização** à medida que as condições mudam. As equipes são incentivadas a usar a ferramenta de forma proativa para estabelecer políticas de presença familiar que respondam às condições atuais, independentemente de casos individuais. Isso minimiza a influência de julgamentos mais subjetivos nas determinações de presença familiar caso a caso. Quando as decisões sobre a presença da família variam de um caso para outro, isso pode aumentar as disparidades e sobrecarregar a equipe.

Family as defined by the patient/resident. Family members may include relatives and non-relatives

- **Durante qualquer momento de crise que possa prejudicar o sistema de saúde**, não apenas durante a crise atual.

"Temos a obrigação de priorizar o cuidado relacional, conforme refletido em nosso código de ética, respeitando a singularidade e dignidade de cada pessoa e tratando a todos com justiça." – Cynda Hylton Rushton PhD, RN, FAAN, Anne and George L. Bunting Professor of Clinical Ethics, Berman Institute of Bioethics/School of Nursing, Johns Hopkins University

Suposições subjacentes

1. Como membros da equipe de liderança, os líderes de enfermagem são tomadores de decisões organizacionais com autoridade e responsabilidade para agir no melhor interesse dos pacientes / residentes, famílias e sua organização. É responsabilidade dos líderes de enfermagem usar sua influência e autoridade para defender a importância da presença da família no processo de cura.
2. Parceiros de cuidados são membros essenciais da equipe de cuidados que fazem parceria com (e não substituem) cuidadores pagos. Eles são essenciais para o atendimento ao paciente / residente. Os parceiros de cuidados são diferentes dos visitantes casuais. Por conhecerem melhor o ente querido, eles estão sintonizados de maneira única com as mudanças sutis em seu comportamento ou status. Isso torna a presença do parceiro de cuidados uma estratégia importante para reduzir o risco de danos físicos, emocionais e / ou psicológicos evitáveis. Uma abordagem equilibrada para integrar com segurança os parceiros de cuidados se baseia na expectativa de estes estejam em conformidade com as precauções de segurança baseadas em evidências e as diretrizes de controle de infecção.
3. As plataformas de visita virtual por si só não são substitutos suficientes para a presença pessoal dos Parceiros de Cuidados e podem aumentar as desigualdades no atendimento para aqueles menos capazes de usar e / ou acessar a tecnologia.
4. O estabelecimento seguro da presença familiar deve levar em consideração não só a segurança e o bem-estar dos pacientes / residentes e familiares, mas também a segurança e o bem-estar da equipe de enfermagem e demais colaboradores. Isso requer recursos suficientes para apoiar a transição para um acesso mais amplo aos Parceiros de Cuidados de maneiras que não sejam desproporcionalmente suportadas pela enfermagem no local de atendimento.

Referências

-
- ¹ Maben, J., & Bridges, J. (2020). Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *Journal of clinical nursing*, 29(15-16), 2742–2750.
 - ² Berwick, D. M., & Kotagal, M. (2004). Restricted visiting hours in ICUs: time to change. *JAMA*, 292(6), 736–737.
 - ³ Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., Spuhler, V., Todres, I. D., Levy, M., Barr, J., Ghandi, R., Hirsch, G., Armstrong, D., & American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005, Society of Critical Care Medicine (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical care medicine*, 35(2), 605–622.
 - ⁴ Ehlenbach, W. J., Hough, C. L., Crane, P. K., Haneuse, S. J., Carson, S. S., Curtis, J. R., & Larson, E. B. (2010). Association between acute care and critical illness hospitalization and cognitive function in older adults. *JAMA*, 303(8), 763–770.
 - ⁵ Goldfarb, M. J., Bibas, L., Bartlett, V., Jones, H., & Khan, N. (2017). Outcomes of Patient- and Family-Centered Care Interventions in the ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical care medicine*, 45(10), 1751–1761
 - ⁶ Kandori, K., Okada, Y., Ishii, W. *et al.* (2020). Association between visitation restriction during the COVID-19 pandemic and delirium incidence among emergency admission patients: a single-center retrospective observational cohort study in Japan. *J Intensive Care* 8, 90.
 - ⁷ Morley, G., Sese, D., Rajendram, P., & Horsburgh, C. C. (2020). Addressing caregiver moral distress during the COVID-19 pandemic. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 10.3949/ccjm.87a.ccc047.
 - ⁸ Nassar Junior, A. P., Besen, B., Robinson, C. C., Falavigna, M., Teixeira, C., & Rosa, R. G. (2018). Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical care medicine*, 46(7), 1175–1180.
 - ⁹ Zeh RD, Santry H, Monsour C, et al. Impact of visitor restriction rules on the postoperative experience of COVID-19 negative patients undergoing surgery. *Surgery* 2020;168-770-76.



ESTRUTURA DE TOMADA DE DECISÕES DE PRESENÇA FAMILIAR

O Kit de Ferramentas para Tomada de Decisões de Presença de Família apresenta uma estrutura que orienta os tomadores de decisão em um amplo diálogo com um amplo grupo de partes interessadas. Juntas, as partes interessadas consideram o impacto das mudanças nas políticas de presença familiar com base nas quatro áreas vistas aqui. Os tomadores de decisão baseiam-se nesse diálogo para determinar as diretrizes de presença familiar apropriadas para as realidades atuais.

A base de evidências	Condições locais
Disponibilidade de recursos	Capital próprio

Para facilitar um processo de tomada de decisão baseado em evidências, transparente, baseado em dados e centrado na pessoa, as equipes começam com [discussion guide](#). Este conjunto de perguntas (consulte a página 8) é fornecido para gerar evidências e ampliar a análise de risco / benefício da presença do Parceiro de Cuidados nas condições atuais. As equipes são incentivadas a usar o guia de discussão para explorar as questões e coletar os dados necessários para completar o auxílio à tomada de decisão [decision-making aid \(ilustrado aqui\)](#), que incorpora um conjunto abreviado de perguntas. (Veja o fluxo de trabalho recomendado.) ([See recommended workflow.](#))

PLANETREE INTERNATIONAL AMERICAN NURSES FOUNDATION		Family Presence Policy Decision-Making Aid			
Decision-Making Factor		Level of Care Partner Access Indicated			
Clear Selections		Lowest Level of Access		Highest Level of Access	
EVIDENCE-INFORMED ANALYSIS	1. Evidence-informed assessment of severity of risk to patients/residents/staff morbidity and mortality when in-person Care Partner presence is supported.	1 <input type="radio"/> High Risk	<input type="radio"/> Moderate Risk	<input type="radio"/> Low Risk	<input type="radio"/> Lowest Risk
	2. Evidence-informed assessment of the degree of benefit to patients/residents/staff safety, health outcomes and well being when in-person Care Partner presence is supported.	<input type="radio"/> Lowest Benefit	<input type="radio"/> Low Benefit	<input type="radio"/> Moderate Benefit	<input type="radio"/> High Benefit
LOCAL CONDITIONS ANALYSIS	3. Level of community transmission, based on local data from the last 2 weeks.	<input type="radio"/> Substantial, Uncontrolled	<input type="radio"/> Substantial, Controlled	<input type="radio"/> Minimal to Moderate	<input type="radio"/> None to Minimal
	4. Degree of confidence that spread can be mitigated or contained within the facility with PPE and infection control and prevention measures.	<input type="radio"/> Lowest Confidence	<input type="radio"/> Minimal Confidence	<input type="radio"/> Moderate Confidence	<input type="radio"/> High Confidence
RESOURCE AVAILABILITY ANALYSIS	5. Sufficiency of current nurse and other staffing levels to manage in-person presence of Care Partners.	<input type="radio"/> Severely Inadequate	<input type="radio"/> Barely Sufficient	<input type="radio"/> Somewhat Sufficient	<input type="radio"/> Sufficient
	6. Sufficiency of support mechanisms to mitigate the physical and emotional burden on nurses and other staff during the crisis. (Examples include: leader rounding, adequate or enhanced breaks, etc.)	<input type="radio"/> Insufficient	<input type="radio"/> Barely Sufficient	<input type="radio"/> Somewhat Sufficient	<input type="radio"/> Sufficient
EQUITY ANALYSIS	7. Likelihood that restricting in-person Care Partner presence will disproportionately burden some patients/residents/families more than others.	<input type="radio"/> Highly Unlikely	<input type="radio"/> Unlikely	<input type="radio"/> Likely	<input type="radio"/> Very Likely
	8. Degree to which key stakeholders were involved in decision-making and supportive of in-person Care Partner presence. This includes nurses and other staff, as well as patients/residents and families who will likely experience the most acute impact and effects of this policy.	<input type="radio"/> Not at All	<input type="radio"/> Minimally	<input type="radio"/> Somewhat	<input type="radio"/> Very Much So
	9. Degree to which key stakeholders were involved in decision-making and supportive of in-person Care Partner presence. This includes nurses and other staff, as well as patients/residents and families who will likely experience the most acute impact and effects of this policy.	<input type="radio"/> Not at All	<input type="radio"/> Minimally	<input type="radio"/> Somewhat	<input type="radio"/> Very Much So

O auxílio à tomada de decisão apresenta 8 questões. Elas estão distribuídas nas quatro áreas de impacto. Isso protege contra a tomada de decisão unilateralmente focada em apenas uma área de impacto.

Link direto para baixar o auxílio à tomada de decisão (versão inglês):

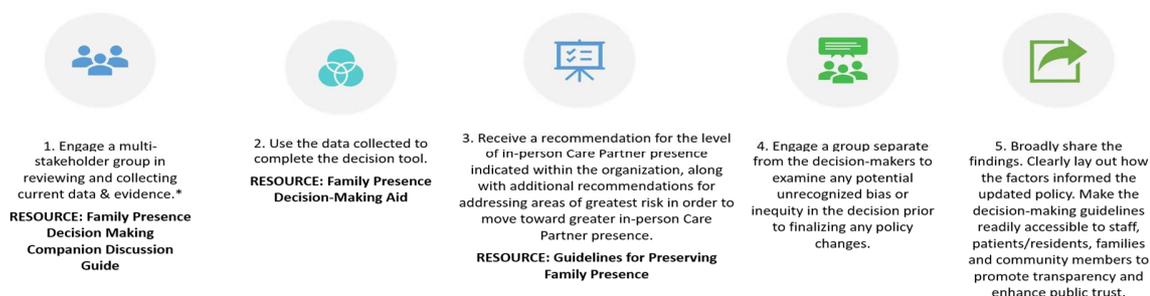
<https://resources.planetree.org/wp-content/uploads/2021/04/PlanetreeFamilyPresencePolicyDecisionAid-2021.xlsm>

Instruções de uso do auxílio à tomada de decisão

Depois de baixar a ferramenta, para cada pergunta selecione a resposta mais adequada para sua organização. Cada resposta está associada a uma pontuação de risco / benefício que indica o grau em que os benefícios de segurança, qualidade e bem-estar da presença pessoal do parceiro de cuidados superam os riscos potenciais. Números mais altos equivalem a condições que suportam níveis mais altos de acesso para Parceiros de Cuidados. Com base nas respostas, uma pontuação total será calculada. A pontuação irá gerar uma recomendação para o nível de presença do Parceiro de Cuidados indicado com base em todos os fatores abordados na ferramenta.

Observação: o link fornecido aqui o levará a um arquivo Excel para download. (Se solicitado, ative a macro.) O arquivo foi projetado para gerar uma recomendação com base em suas respostas. Essa funcionalidade, no entanto, requer que você conclua a ferramenta digitalmente em vez de imprimi-la e concluir uma versão impressa.

Fluxo de Trabalho Recomendado



* O que se aplica como evidência para tomar decisões baseadas em evidências?

As decisões baseadas em evidências sobre a presença da família levam em consideração:

- Condições locais
- A "experiência vivida" e as necessidades expressas dos pacientes / residentes, familiares e colaboradores
- Experiência de autoridades locais, federais e outras, e
- As melhores evidências de pesquisas disponíveis.

Guia para discussão sobre a tomada de decisões sobre a presença da família

Perguntas para orientar, com base em evidências e dados,

a Tomada de decisão centrada na pessoa



Essas perguntas são fornecidas para orientar o diálogo organizacional e a coleta de dados com um amplo grupo de partes interessadas quando as políticas de presença familiar estão em revisão. Como uma primeira etapa no processo de tomada de decisão, as equipes são incentivadas a usar este guia de discussão para explorar essas questões e coletar os dados que serão necessários para completar a ferramenta de decisão, que incorpora um conjunto abreviado de perguntas.

<p>1. Análise baseada em evidências</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que evidências apoiam as restrições à presença do Parceiro de Cuidados para beneficiar os pacientes / residentes e / ou colaboradores? - Quanto forte é esse benefício provável nas condições atuais? - Existe alguma evidência de que restringir a presença do Parceiro de Cuidados pode resultar em danos evitáveis aos pacientes / residentes e / ou colaboradores? - Quanto grave é o risco de dano provável sob as condições atuais se a presença do parceiro de cuidados for restrita – considerando uma população específica? (Considere, por exemplo, morbidade e mortalidade, danos de respeito e dignidade, comunicação ou tomada de decisão comprometida, isolamento, segurança, sofrimento do paciente / residente, falta de capacidade de decisão, experiências de fim de vida, compreensão dos resultados do tratamento ou diagnóstico, etc. .) - As mudanças propostas são consistentes com as práticas e políticas organizacionais já em vigor para limitar o risco de transmissão de outros vírus altamente transmissíveis disseminados da mesma forma (por exemplo, por meio de gotículas respiratórias ou aerossóis) 	<p>2. Análise das condições locais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qual é o estado atual de disseminação da comunidade (por exemplo, % de testes positivos nos últimos 14 dias ou aumento no número de casos acima dos níveis aceitos)? - O departamento de saúde local determinou que houve um aumento repentino no número de infecções na comunidade local ou área geográfica? - Qual é a taxa atual de vacinação na comunidade? - O risco de disseminação dentro da instalação pode ser gerenciado de forma eficaz com medidas de prevenção e controle de infecção? - A política proposta está alinhada com as diretrizes estaduais e locais? Em caso negativo, existe uma oportunidade de influenciar essas diretrizes para que se alinhem com resultados baseados em evidências?
<p>3. Análise de recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qual a disponibilidade de equipamentos de proteção individual (EPI)? - Qual é a disponibilidade e acessibilidade dos testes rápidos? - Existem recursos materiais suficientes para apoiar medidas de segurança e controle de infecção baseadas em evidências? - Qual é a disponibilidade de equipe de enfermagem para ajudar a gerenciar e coordenar a presença da família? - Qual é a disponibilidade de pessoas não assistenciais, incluindo capelães, área de experiência de pacientes e qualidade e segurança, para ajudar a gerenciar a presença da família e atender visitantes não conformes? - Quais recursos serão necessários para comunicar adequadamente a mudança de política aos pacientes / famílias e à comunidade? 	<p>4. Análise de patrimônio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A restrição da presença do Parceiro de Cuidados beneficia ou sobrecarrega desproporcionalmente alguns pacientes / famílias mais do que outros? (Considere, por exemplo, o acesso à tecnologia, linguagem e fatores culturais, barreiras cognitivas, questões relacionadas à idade, questões relacionadas à saúde mental, complexidade das necessidades de saúde, etc.) - A restrição da presença do Parceiro de Cuidados beneficia ou sobrecarrega desproporcionalmente algumas funções / departamentos / locais da equipe mais do que outras? - Em caso afirmativo, como podemos diminuir as discrepâncias entre os benefícios e os encargos criados por essas mudanças de política? - Quais são os mecanismos de apoio disponíveis para diminuir a carga física e emocional dos enfermeiros durante a crise? - Envolvermos as partes interessadas que podem se beneficiar e /ou ser mais sobrecarregadas por essas mudanças de política neste processo de mudança considerando novas diretrizes?

Referências para o Guia de Presença da Família no COVID-19

- CDC Updated Healthcare Infection Prevention and Control Recommendations in Response to COVID-19 Vaccination (April 27, 2021): <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-after-vaccination.html>
- CDC Interim Infection Prevention and Control Recommendations to Prevent SARS-CoV-2 Spread in Nursing Homes (March 29, 2021): <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html>
- Updated CMS Nursing Home Guidance with Revised Visitation Recommendations (March 10, 2021): <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/cms-updates-nursing-home-guidance-revised-visitation-recommendations>
- World Health Organization – Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19 (January 7, 2021): https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2021.1
- World Health Organization – Infection Prevention and Control During Health Care When Coronavirus Disease is Suspected or Confirmed (June 29, 2020): <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC-2020.4>
- CMS Hospital Visitation – Phase II Visitation for Patients who are Covid-19 Negative (June 26, 2020): <https://www.cms.gov/files/document/covid-hospital-visitation-phase-ii-visitation-covid-negative-patients.pdf>
- State & Territorial Health Department Websites: <https://www.cdc.gov/publichealthgateway/healthdirectories/healthdepartments.html>

Resumo da base de evidências relacionadas à presença da família durante a pandemia de COVID-19



Reference	Findings
<p>Altarum. (October 2020). <i>Experiences of Nursing Home Residents During the Pandemic What we learned from residents about life under Covid-19 restrictions and what we can do about it.</i> https://altarum.org/sites/default/files/uploaded-publication-files/Nursing-Home-Resident-Survey_Altarum-Special-Report_FINAL.pdf</p>	<p>“A evidência mais ampla na literatura, bem como os resultados de nossa pesquisa detalhados neste relatório, sugerem que o isolamento social produziu um impacto emocional devastador em muitos pacientes/residentes - e que isso também se traduziu em declínio acelerado da saúde física e mental. ”</p>
<p>Hado, E., & Friss Feinberg, L. (2020). Amid the COVID-19 Pandemic, Meaningful Communication between Family Caregivers and Residents of Long-Term Care Facilities is Imperative. <i>Journal of aging & social policy</i>, 32(4-5), 410–415. https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1765684</p>	<p>Os idosos que residem em instituições de longa permanência são especialmente vulneráveis a doenças graves ou morte por COVID-19. Para conter a transmissão do vírus em instituições de longa permanência, as autoridades federais de saúde emitiram diretrizes rígidas de visitação, restringindo a maioria das visitas entre os residentes e todos os visitantes, incluindo familiares. Mesmo assim, muitos idosos dependem dos cuidados da família para obter apoio social e para manter sua saúde, bem-estar e segurança em instituições de longa permanência e, portanto, precisam permanecer conectados com suas famílias. O governo federal, os líderes estaduais e locais e as instituições de longa permanência devem tomar outras medidas para possibilitar o relacionamento entre os residentes de instituições de longa permanência e suas famílias durante a pandemia COVID-19.</p>
<p>Jones-Bonofiglio, K., Nortjé, N., Webster, L., & Garros, D. (2021). A Practical Approach to Hospital Visitation During a Pandemic: Responding With Compassion to Unjustified Restrictions. <i>American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses</i>, e1–e10. Advance online publication. https://doi.org/10.4037/aicc2021611</p>	<p>Nenhuma circunstância, mesmo uma emergência global de saúde pública, deve fazer com que os profissionais de saúde neguem suas obrigações éticas e compromisso humano com a compaixão. A falta de protocolos responsivos para visitas familiares, particularmente no final da vida, é uma lacuna importante nas recomendações atuais para triagem de pandemia e planejamento de contingência. Deve-se considerar uma abordagem gradual para a visitação hospitalar, usando um processo padronizado em camadas para responder às circunstâncias clínicas emergentes e às necessidades individuais dos pacientes, seguindo o princípio da proporcionalidade. Um plano de contingência, com base em dados epidemiológicos, é a melhor estratégia para reorientar a ética dos cuidados de saúde na prática agora e no futuro.</p>
<p>Oseroff, B. (June 18, 2020). Hospital Delirium and the Long Tail of COVID-19. <i>Harvard Medical Student Review</i>. https://www.hmsreview.org/covid/hospital-delirium</p>	<p>Hospitais e instalações de cuidados pós-agudos devem considerar como desenvolver novas estratégias para mitigar o impacto relacionado ao delírium de COVID-19 de uma forma que seja segura para profissionais de saúde, voluntários, famílias e pacientes.... Permitir que familiares e cuidadores limitados visitem seria uma etapa importante para reduzir o isolamento do paciente e controlar o delírium. No entanto, o equipamento de proteção individual necessário pode limitar a qualidade</p>

Family as defined by the patient/resident. Family members may include relatives and non-relatives

	das interações pessoais e provavelmente contribuirá para o comprometimento sensorial e desorientação dos pacientes ... [V] A visita virtual deve ser apenas um substituto temporário.
Reinhard, S., Drenkard, K., Choula, R., & Curtis, A. (July 2020). Alone and Confused: The Effects of Visitor Restrictions on Older Patients and Families. <i>AARP Blogs</i> . https://blog.aarp.org/thinking-policy/alone-and-confused-the-effects-of-visitor-restrictions-on-older-patients-and-families .	“Estar no hospital pode trazer à tona sintomas comportamentais e psiquiátricos de demência, como medo e ansiedade, para pacientes mais idosos com deficiência cognitiva e levar à agitação em um dia normal ... Durante a pandemia, esses problemas são exacerbados, especialmente quando um cuidador familiar está ausente.”
Research, Analysis, and Evaluation Branch (Ministry of Health). (September 2020). <i>Impacts on Quadruple-Aim Metrics of Hospital Visitor Restriction During COVID-19</i> . https://esnetwork.ca/wp-content/uploads/2020/10/Evidence-Synthesis-BN-Quadruple-Aim-Metrics-of-Hospital-Visitor-Restrictions-16-OCT-2020.pdf .	Nenhuma evidência científica foi identificada sobre as taxas de transmissão atribuíveis aos visitantes. Há evidências científicas limitadas sobre os benefícios ou danos dos visitantes para pacientes COVID-19 em hospitais, mas as experiências jurisdicionais refletem as políticas de visitantes permissíveis com medidas de saúde pública de acompanhamento e modalidades alternativas de comunicação.
Research, Analysis, and Evaluation Branch (Ministry of Health). (September 2020). <i>Impacts on Quadruple-Aim Metrics of Long-term Care Facility Visitors Restrictions</i> . https://esnetwork.ca/wp-content/uploads/2020/10/BN_Quadruple-Aim-Metrics-of-LTC-Visitor-Restrictions_26-OCT-2020_v.1.pdf .	No geral, as evidências científicas que ligam a presença de visitantes e cuidadores em LTCFs às taxas de infecção de COVID-19 em LTCFs são limitadas.
Verbeek, H., Gerritsen, D. L., Backhaus, R., de Boer, B. S., Koopmans, R., & Hamers, J. (2020). Allowing Visitors Back in the Nursing Home During the COVID-19 Crisis: A Dutch National Study Into First Experiences and Impact on Well-Being. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> , 21(7), 900–904. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.020	Esses resultados indicam o valor da visitação familiar em lares de idosos e o impacto positivo das visitas. Com base nesses resultados, o governo holandês decidiu permitir que todos os lares de idosos na Holanda abram suas casas com cautela usando as diretrizes.
Valley, T. S., Schutz, A., Nagle, M. T., Miles, L. J., Lipman, K., Ketcham, S. W., Kent, M., Hibbard, C. E., Harlan, E. A., & Hauschildt, K. (2020). Changes to Visitation Policies and Communication Practices in Michigan ICUs during the COVID-19 Pandemic. <i>American journal of respiratory and critical care medicine</i> , 202(6), 883–885. https://doi.org/10.1164/rccm.202005-1706LE	A visitação restrita pode inadvertidamente exacerbar disparidades preexistentes.
Voo, T. C., Senguttuvan, M., & Tam, C. C. (2020). Family Presence for Patients and Separated Relatives During COVID-19: Physical, Virtual, and Surrogate. <i>Journal of bioethical inquiry</i> , 1–6. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s11673-020-10009-8	Este artigo examinará questões éticas com três modos de "presença familiar" ou "estar lá" ou "com" um membro da família separado durante a atual pandemia de COVID-19: físico, virtual e substituto. Visitas físicas, estadias ou cuidados de familiares em instalações de isolamento são geralmente proibidos, desencorajados ou limitados a circunstâncias excepcionais. A presença virtual para pacientes isolados é freqüentemente recomendada e usada para permitir a comunicação. Quando as visitas são proibidas, os colaboradores da linha de frente às vezes agem como família substituta para os pacientes, como fazer vigílias à beira do leito para pacientes mais graves. Com base nas lições de surtos anteriores, como a epidemia de SARS de 2002-2003 e a recente epidemia de Ebola na África Ocidental,

Family as defined by the patient/resident. Family members may include relatives and non-relatives

	consideramos a gestão ética desses modos de presença familiar e defendemos a promoção da presença física sob algumas condições.
--	---



Evidências em apoio à presença do cuidador familiar

Bélangier, L., Desmartis, M., & Coulombe, M. (2018). Barriers and Facilitators to Family Participation in the Care of Their Hospitalized Loved Ones. *Patient Experience Journal*, 5(1), 56-65.

Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD012449. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>

Davidson, J. E., Savidan, K. A., Barker, N., Ekno, M., Warmuth, D., & Degen-De Cort, A. (2014). Using Evidence to Overcome Obstacles to Family Presence. *Critical Care Nursing Quarterly*, 37(4), 407-421.

Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Wunsch, H., Wickline, M. A., Nunnally, M. E., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C. L., Hartog, C. S., Coombs, M., Gerritsen, R. T., Hopkins, R. O., Franck, L. S., Skrobik, Y., Kon, A. A., ... Curtis, J. R. (2017). Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Critical care medicine*, 45(1), 103–128. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>

Dokken, D.L., Kaufman, J., Johnson, B.J. et al. (2015). Changing hospital visiting policies: from families as “visitors” to families as partners. *J Clinical Outcomes Management*, 22(1), 29-36.

Family presence: visitation in the adult ICU. (2012). *Critical care nurse*, 32(4), 76–78.

Fumagalli, S., Boncinelli, L., Lo Nostro, A., Valoti, P., Baldereschi, G., Di Bari, M., Ungar, A., Baldasseroni, S., Geppetti, P., Masotti, G., Pini, R., & Marchionni, N. (2006). Reduced cardiocirculatory complications with unrestricted visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. *Circulation*, 113(7), 946–952. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.572537>

Jabre, P., Belpomme, V., Azoulay, E., Jacob, L., Bertrand, L., Lapostolle, F., Tazarourte, K., Bouilleau, G., Pinaud, V., Broche, C., Normand, D., Baubet, T., Ricard-Hibon, A., Istria, J., Beltramini, A., Alheritiere, A., Assez, N., Nace, L., Vivien, B., Turi, L., ... Adnet, F. (2013). Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *The New England journal of medicine*, 368(11), 1008–1018. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1203366>

Jacob, M., Horton, C., Rance-Ashley, S., Field, T., Patterson, R., Johnson, C., Saunders, H., Shelton, T., Miller, J., & Frobos, C. (2016). Needs of Patients' Family Members in an Intensive Care Unit With Continuous Visitation. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 25(2), 118–125. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016258>

Meyers, T. A., Eichhorn, D. J., Guzzetta, C. E., Clark, A. P., Klein, J. D., Taliaferro, E., & Calvin, A. (2000). Family presence during invasive procedures and resuscitation. *The American journal of nursing*, 100(2), 32–43.

Parsapour, K., Kon, A. A., Dharmar, M., McCarthy, A. K., Yang, H. H., Smith, A. C., Carpenter, J., Sadorra, C. K., Farbstein, A. D., Hojman, N. M., Wold, G. L., & Marcin, J. P. (2011). Connecting hospitalized patients with their families: case series and commentary. *International journal of telemedicine and applications*, 2011, 804254. <https://doi.org/10.1155/2011/804254>

Family as defined by the patient/resident. Family members may include relatives and non-relatives

Shulkin, David et al. "Eliminating visiting hour restrictions in hospitals." *Journal for healthcare quality: official publication of the National Association for Healthcare Quality* vol. 36,6 (2014): 54-7. doi:10.1111/jhq.12035



Fontes

- [Person-Centered Guidelines for Preserving Family Presence in Challenging Times](#)
- [Sample Care Partner Program Brochure \(Hospital\)](#)
- [Sample Care Partner Agreement & Safe Visiting Practices \(Long-Term Care\)](#)
- [Sample Care Partner Education on Safe Visiting Protocols](#)

CONTRIBUIDORES

Convener



Connie Barden, MSN, RN, CCRN-K, FAAN
Chief Clinical Officer
[American Association of Critical-Care Nurses](#)



Robyn Begley, DNP RN NEA-BC FAAN
Chief Executive Officer
[American Organization for Nursing Leadership](#)



Kathleen C. Buckwalter, PhD, RN, FAAN
Reynolds Center of Geriatric Nursing Excellence
University of Oklahoma Health Sciences Center



Rita B. Choula, MA
Director, Caregiving, AARP Public Policy Institute
[AARP](#)



Sarah Delgado, MSN RN ACNP
Clinical Practice Specialist, Strategic Advocacy
[American Association of Critical-Care Nurses](#)

Jeff Doucette, DNP, RN, NEA-BC, FACHE, FAAN
Senior Vice President & Chief Nursing Officer
[Thomas Jefferson University Hospitals](#)



Susan Frampton, PhD
President
[Planetree International](#)



Terry Fulmer, PhD, RN, FAAN
President
[The John A. Hartford Foundation](#)



Sara Guastello
Senior Vice President, Person-Centered Care Standards
[Planetree International](#)



Holly Harmon, RN, MBA, LNHA, FACHCA
Vice President Quality, Regulatory & Clinical Services
[AHCA/NCAL](#)



Helen Haskell, MA
[Mothers Against Medical Error](#)
[Consumers Advancing Patient Safety](#)



Lisa Keitel
[Minnesota Alliance for Patient Safety](#)



Cherie Lytle, MHA, CPXP
Patient Experience Manager
[Children's Hospital & Medical Center](#)



Ellen V. Makar, DNP, RN-BC, NPD-BC, CENP
Vice President, Patient Safety & Care Improvement
[Griffin Health Services](#)



Gabriella Malagon-Maldonado, PhD, DNP, RN, NEA-BC
Vice President of Patient Care Services and CNO
[Sharp Chula Vista Medical Center](#)

Funder



Patricia McGaffigan, RN, MS, CPPS
VP, Safety; President, CBPPS
[Institute for Healthcare Improvement](#)



Phebe McKay, RN, BSN, MBA, FACHE
Chief Nursing Officer
[Merit Health Wesley](#)



Gloria J. McNeal, PhD, MSN, ACNS-BC, FAAN
Associate Vice President Community Affairs in Health
[National University](#)



Marcia Nelson, MD, MMM, FAAFP, FAAPL
Chief Medical Officer
[Enloe Medical Center](#)



Christine Pabico, PhD, RN, NE-BC, FAAN
Director, Pathway to Excellence Programs
[American Nurses Credentialing Center, Pathway to Excellence Program](#)



Jennifer Pettis, MS, RN, CNE, WCC
Acting Director, Programs
[Nurses Improving Care for Healthsystem Elders \(NICHE\)](#)
NYU Rory Meyers College of Nursing

Tim Porter-O'Grady, DM, EDD, APRN, FAAN, FACCWS
Senior Partner, Health Systems, TPOG Associates
Clinical Professor, SON, Emory University, Atlanta GA.
Board, American Nurses Foundation

Sharon Quinlan, RN, MSN, MBA, NEA-BC
System VP Ambulatory Nursing & Professional Practice
Advocate Aurora Health



Michael Radosta, MA, MS, RN, NEA-BC, FACHE
Chief Nursing & Quality Officer
[Gracie Square Hospital](#) - Member of NewYork-Presbyterian Hospital Network



Valeria Ramdin, PhD
Assistant Clinical Professor
[Northeastern University Bouvé College of Health Science](#)



Northeastern

Marilyn Rantz, RN, PhD, FAAN
Curators' Professor Emerita
Sinclair School of Nursing
[University of Missouri](#)

Karen Reifenshtein, PhD, RN
Senior Associate Dean for Student Affairs & Diversity
[Oregon Health & Science University School of Nursing](#)



Susan C. Reinhard, RN, PhD, FAAN
Senior Vice President and Director
[AARP Public Policy Institute](#)
Chief Strategist, Center for Champion Nursing in America and Family Caregiver Initiatives



Connie Rowe, RN, MHA, FACHE
Chief Nursing Officer
[Enloe Medical Center](#)

Family as defined by the patient/resident. Family members may include relatives and non-relatives

CONJUNTO DE FERRAMENTAS PARA POLÍTICA DE PRESEÇA FAMILIAR

Cynda Hylton Rushton, PhD RN FAAN
Anne & George Bunting Professor of Clinical Ethics, Nursing
& Pediatrics
Berman Institute of Bioethics & School of Nursing
[Johns Hopkins University](https://www.jhu.edu/)



Matthew Schlueter, PhD, RN
Chief Nursing Officer
[Harris Health System](https://www.harrishealthsystem.com/)

Barbara M. Soule, RN, MPA, CIC, FAPIC, FSHEA
Infection Prevention Consultant



Lauraine Spano-Szekely, DNP, MBA, BSN, RN, NEA-BC
Vice President Nursing Operations
[The Mount Sinai Hospital](https://www.mountsinai.org/)

Lisa J. Sundean, PhD, MHA, RN
Assistant Professor
College of Nursing and Health Sciences
University of Massachusetts Boston



Carol Wahl, DNP, RN, MBA, NEA-BC, FACHE, FPCC
Assistant Professor
[University of Nebraska Medical Center College of Nursing](https://www.unmc.edu/)

Dael Waxman, MD
Medical Director, Patient-Centered Programming, Atrium
Health Mercy Hospital
[Atrium Health](https://www.atriumhealth.org/)

Eric K. Wei, MD, MBA
Vice President and Chief Quality Officer
[NYC Health + Hospitals](https://www.nyc.gov/)



Rhonda Williams, RN, MSN, MBA
Vice President, Engagement Strategies
[Planetree International](https://www.planetree.org/)



Sheri Winsper, RN, MSN, MSHA
Senior Vice President, Quality Measurement
[National Quality Forum](https://www.nationalqualityforum.org/)

LOCAIS PILOTOS



We would like to acknowledge the following sites for pilot testing a prototype ver

Children's Health Queensland
Hospital and Health Service



ISMETT Istituto di Ricovero
e Cura a Carattere
Scientifico

UPMC LIFE
CHANGING
MEDICINE

Lenox Hill Hospital
Northwell Health



Northern Westchester Hospital
Northwell Health

Phelps Hospital
Northwell Health

Webco Nursing
Skilled Nursing Care & Residential Care

Cedars-Sinai

CHI Health Good Samaritan

Children's Health Queensland Hospital and Health Service

Elmhurst Hospital

Jare Hospital - Member of NewYork-Presbyterian Hospital Network

Hennepin Healthcare

ISMETT UPMC Italy

Johns Hopkins Medicine

Lenox Hill Hospital, Northwell Health

Long Island Jewish Medical Center, Northwell Health

Merit Health Wesley

North Shore University Hospital, Northwell Health

Northern Westchester Hospital, Northwell Health

NYC Health + Hospitals/Coler

Phelps Hospital, Northwell Health

South Shore University Hospital, Northwell Health

Webco Nursing

CHI Health
Good Samaritan

Healthy Driven
Edward-Elmhurst
HEALTH
Elmhurst Hospital

Hennepin
Healthcare

Long Island Jewish
Medical Center
Northwell Health

North Shore
University Hospital
Northwell Health

NYC
HEALTH+
HOSPITALS

Coler

South Shore
University Hospital
Northwell Health

Family as defined by the patient/resident. Family members may include relatives and non-relatives

APOIADO POR*



* Esses endossos têm como objetivo indicar o apoio ao esforço e a recomendação do kit de ferramentas como um recurso útil para as equipes de saúde. Um endosso não implica o uso do kit de ferramentas como um requisito para os programas de acreditação / certificação baseados em padrões listados aqui

Family as defined by the patient/resident. Family members may include relatives and non-relatives