

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM MANUAL INTERPROFISSIONAL
DE CUIDADOS AO PACIENTE CRÍTICO**

Martina Zucchetti

Porto Alegre

2019

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM MANUAL INTERPROFISSIONAL
DE CUIDADOS AO PACIENTE CRÍTICO**

Martina Zucchetti

Orientadora: Dra. Isis Marques Severo

Coorientadora: Dra. Karina Azzolin Oliveira

Porto Alegre

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Zucchetti, Martina
DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM MANUAL
INTERPROFISSIONAL DE CUIDADOS AO PACIENTE CRÍTICO /
Martina Zucchetti. -- 2019.
57 f.
Orientadora: Isis Marques Severo.

Coorientadora: Karina de Oliveira Azzolin.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência
Multiprofissional em Adulto Crítico, Porto Alegre,
BR-RS, 2019.

1. Cuidados Críticos. 2. Educação em Saúde. 3. Guia
Informativo . 4. Cuidado Transicional . I. Marques
Severo, Isis, orient. II. de Oliveira Azzolin,
Karina, coorient. III. Título.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 REVISÃO DE LITERATURA	7
2.1 CTI: DEFINIÇÕES, COMPOSIÇÃO DA EQUIPE E ATUAÇÃO INTERPROFISSIONAL	7
2.2 MANUAIS DE ORIENTAÇÃO PARA CUIDADOS EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO TRANSICIONAL	10
3 OBJETIVO	13
4 METODOLOGIA	14
4.1 TIPO DE ESTUDO	14
4.2 LOCAL DO ESTUDO	14
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	14
4.3.1 Amostra	15
4.3.2 Critérios de Inclusão	15
4.3.3 Critérios de Exclusão	15
4.4 DESENVOLVIMENTO DO MANUAL	15
4.4.1 Etapa 1: Elaboração do Manual	16
4.4.2 Etapa 2: Validação do Manual	17
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	18
5 RESULTADOS	20
5.1 DESENVOLVIMENTO E PRIMEIRA FASE DE VALIDAÇÃO: EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	20
5.2 SEGUNDA FASE DE VALIDAÇÃO: PACIENTES E/OU FAMILIARES	25
6 PRODUTO FINAL	28
7 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES	40
8 CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	41
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICES	46
APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Paciente e/ou familiar	47
APÊNDICE B: Questões norteadoras da roda de conversa na etapa de desenvolvimento com a equipe multiprofissional	48
APÊNDICE C: Questionário de validação para equipe multiprofissional	49

APÊNDICE D: Questionário de validação para pacientes e/ou familiares	52
ANEXOS	55
ANEXO A - Parecer Comitê de Ética e Pesquisa.....	56

1 INTRODUÇÃO

Paciente crítico é considerado aquele que se encontra em risco iminente de morte ou que apresente alguma disfunção orgânica importante, bem como em condição clínica frágil, decorrente de trauma ou de processos que requeiram cuidado imediato (BRASIL, 2011).

Os doentes críticos necessitam de tratamento intensivo e de alta complexidade, condição que demanda uma assistência ativa por parte de uma equipe multiprofissional, bem como de tecnologias avançadas nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) (KELLY et al, 2014; VAN SLUISVELD et al, 2017).

Desse modo, para que o cuidado dispensado ocorra de forma integral e que englobe todas as particularidades da condição de saúde do indivíduo, é fundamental que aconteça não só a articulação e a comunicação efetiva entre a equipe multidisciplinar, mas também o planejamento de ações e de estratégias de forma interprofissional para beneficiar o paciente durante o período de internação até a sua alta para unidades intermediárias de cuidado, visando a sua recuperação plena e minimizando possíveis reinternações (VOLLAM et al, 2018).

A alta da UTI ou do próprio hospital não é um evento único, caracterizado apenas pelo término da hospitalização ou pela troca de cenários, mas sim um processo complexo e que envolve a coordenação dos cuidados entre a equipe multidisciplinar, o paciente, a família e a comunidade, a fim de promover um cuidado transicional eficiente (COLEMAN et al, 2016).

O processo de alta requer intervenções iniciadas precocemente, com o objetivo de assegurar uma transferência segura com ênfase na continuidade dos cuidados, em especial em populações de alto risco, tais como idosos, pacientes críticos, pessoas com múltiplas comorbidades e que necessitam de cuidados de longa duração, casos recorrentemente vivenciados no âmbito de terapia intensiva (WEISS, YAKUSHEVA, BOBAY, 2011; BROWN et al, 2018).

Estudos apontam que, para essa população, o processo de alta poderá ser responsável por um número significativo de readmissões, as quais poderiam ser prevenidas com um seguimento pós-alta e também por meio de informações adequadas fornecidas na ocasião (KNIER et al, 2015; HARRISON et al, 2016).

Em estudo de coorte retrospectivo realizado em 105 UTIs de 46 hospitais dos Estados Unidos entre 2002 e 2010 foi verificado que dentre 263.082 internações, 6.3% tiveram uma ou mais readmissões na UTI, sendo que 68% foram para a mesma unidade que originalmente dispensou o paciente. Ainda, verificou-se que os pacientes readmitidos tiveram uma mortalidade pós-alta significativamente maior do que pacientes não readmitidos (21.3% vs. 3.6%), maior permanência em UTI (4.9 dias vs. 3.4 dias) e internações prolongadas (13.3 dias vs. 4.5 dias). Além disso, dentre as readmissões 34,2% ocorreram dentro de 48 horas (KRAMER, HIGGINS, ZIMMERMAN, 2015).

O preparo para a alta é definido como um processo delicado e multidimensional que requer uma avaliação processual e multiprofissional para a tomada de decisão. Com frequência, a percepção desse momento na perspectiva do paciente diverge da avaliação dos seus cuidadores formais e informais e, até mesmo, da percepção dos profissionais de saúde. Assim, a avaliação desse preparo tem sido descrita como uma intervenção eficaz para nortear o planejamento e contribuir com a prevenção de complicações, bem como promover o empoderamento e o engajamento do paciente e da família no autogerenciamento na fase de transição para um nível intermediário de assistência ou de alta hospitalar (GONÇALVES-BRADLEY et al, 2016).

Pesquisadores que se dedicam à compreensão do cuidado transicional têm avaliado a eficácia de uma série de intervenções em saúde que podem favorecer a adequada transferência de informações entre a equipe de saúde, pacientes e familiares engajados no processo de alta (OTTENBACHER et al, 2015;). Dentre essas intervenções encontra-se o adequado preparo para a alta, o qual tem demonstrado resultados promissores, como por exemplo, a redução das taxas de erros de medicação de administração domiciliar, minimização das re-hospitalizações evitáveis e redução de custos, além do aumento da satisfação do paciente e da família com esse momento (OTTENBACHER et al, 2015; KNIER et al, 2015).

Nesse sentido, estratégias facilitadoras devem ser implementadas no ambiente hospitalar, já que o preparo efetivo e coordenado do paciente para a alta tem sido identificado como um componente essencial deste momento e poderá prever o risco de readmissão, maiores complicações no domicílio e dificuldade

de enfrentamento das situações e condições vivenciadas pós-alta (HARRISON et al, 2016).

Diante deste contexto, o qual enfatiza a importância de um preparo e planejamento de alta adequados para minimizar possíveis eventos adversos, acredita-se que a elaboração, validação e posterior utilização de um manual de cuidado interprofissional de cunho educativo, voltado para pacientes e/ou seus familiares em terapia intensiva, torna-se uma estratégia não só factível, mas também essencial, visto que através desse material se almeja que o cuidado transicional ocorra de forma ainda mais efetiva, acurada e qualificada.

Nessa perspectiva, o trabalho tem a seguinte questão norteadora: Um manual de cuidados destinado ao paciente crítico e a sua família qualifica o processo e o entendimento da transição de cuidados em terapia intensiva?

A partir dessas constatações e diante da relevância do tema, justifica-se a construção deste produto, pois estratégias inovadoras são fundamentais para o aprimoramento do cuidado transicional. A utilização do manual auxiliaria no entendimento de pacientes e de seus familiares no que diz respeito ao processo de internação e alta do Centro de Terapia Intensiva (CTI). Além disso, não foram encontrados registros de manuais desenvolvidos na perspectiva interprofissional de cuidados ao paciente crítico validados na literatura e destinados a esse público.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura aborda questões consideradas importantes para fundamentar o desenvolvimento do trabalho e está organizada em duas seções. A primeira traz definições sobre a organização daUTI, de forma geral e a importância de uma atuação interprofissional nesse cenário; e, a segunda, versa sobre a utilização de recursos facilitadores como forma de qualificar o cuidado transicional.

2.1CTI: DEFINIÇÕES, COMPOSIÇÃO DA EQUIPE E ATUAÇÃO INTERPROFISSIONAL

De acordo com o Ministério da Saúde, conforme a Portaria nº 466 de 04 de junho de 1998, CTI pode ser descrito como um “conjunto de elementos [...] destinados ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados”; já, as UTIs são destinadas a casos específicos como uma UTI apenas pós-cirúrgica, neonatal, cardiológica, entre outras (BRASIL, 1998; BRASIL, 2005).

Com o objetivo de ampliar o acesso e qualificar a assistência em terapia intensiva, no ano de 2005 o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico (PNAPC) - Portaria nº 1.071. Esse texto, juntamente com a já citada Portaria nº 466 e a Resolução nº 7/2010 – que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de UTIs e dá outras providências, estabelecem padrões de qualidade e critérios de classificação de acordo com incorporação de tecnologias, especialização dos recursos humanos e área física disponível (BRASIL, 2010).

Além disso, existem outras portarias e resoluções da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), protocolos e normas regulamentadoras da Vigilância Sanitária com abrangência nacional, a serem seguidos por todos os hospitais, sejam públicos ou privados, civis ou militares (BRASIL, 2005; BRASIL, 2010; ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA, 2017).

A PNAPC indica que cada instituição hospitalar com unidades pertencentes ao Serviço de Tratamento Intensivo deve implementar comissões hospitalares de

organização e qualificação de atenção ao paciente crítico, elaborar e implementar um plano hospitalar de atenção a esses pacientes, oferecer condições técnicas e tecnológicas, infraestrutura física, recursos humanos e materiais adequados à prestação de serviços especializados. Assim como, é dever desses estabelecimentos de saúde desenvolver um trabalho em rede, com articulação com os sistemas locais e regionais de saúde, bem como respeitar as indicações da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2005).

De acordo com a Resolução nº 7/2010 (BRASIL, 2010) as UTIs podem ser classificadas de acordo com a faixa etária do público ao qual se destinam:

Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A): destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição.

Unidade de Terapia Intensiva Especializada: destinada à assistência a pacientes selecionados por tipo de doença ou intervenção, como cardiopatas, neurológicos, cirúrgicos, entre outras.

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-N): destinada à assistência a pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias.

Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P): destinada à assistência a pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo esse limite definidos de acordo com as rotinas da instituição.

Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Mista (UTIPm): destinada à assistência a pacientes recém-nascidos e pediátricos numa mesma ala, porém havendo separação física entre os ambientes de pediatria e neonatal.

A AMIB indica a necessidade de que cada hospital terciário ou secundário, com mais de 100 leitos, tenha sua própria UTI, bem como os hospitais especializados. O número mínimo de leitos não deve ser menor que 6% do total de leitos do hospital. (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA, 2010).

Em censo realizado pela AMIB em 2009, verificou-se a existência de 2.342 UTIs no Brasil e 25.367 leitos, a maioria na Região Sudeste. De acordo com dados do Ministério da Saúde, no ano de 2012 estavam disponíveis ao Sistema Único de Saúde (SUS) 17.940 leitos de UTI, dos quais 11.615 adultos, 2.270 pediátricos e 4.055 neonatais. Cabe destacar que a partir de 2011 e 2012, com investimentos da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, houve uma

preocupação em ampliarem-se leitos, especialmente em regiões metropolitanas, que concentram hospitais e serviços de maior complexidade (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA, 2010; BRASIL, 2013).

Em relação à equipe, a PNAPC estabelece que, independente da classificação, toda UTI deve contar, minimamente, com os seguintes profissionais: responsável técnico com título de especialista em terapia intensiva; médico diarista (1 médico: 10 leitos) especialista em terapia intensiva e com experiência mínima de quatro anos na área; médico plantonista (1 médico: 10 leitos) em cada turno, exclusivo da unidade; um enfermeiro coordenador; enfermeiro assistencial (1 enfermeiro: 10 leitos) em cada turno; técnico de enfermagem (1 técnico de enfermagem: 2 leitos) em cada turno e fisioterapeuta (1 fisioterapeuta: 10 leitos). Além desses, a equipe deve contar com fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, farmacêutico (sem definição do quantitativo/leitos) e também funcionário exclusivo para o serviço de limpeza (BRASIL, 2005).

O trabalho em UTI é complexo e intenso, portanto, a equipe multiprofissional deve estar preparada para atender pacientes com alterações que requerem conhecimento específico. Nesse cenário, a atuação da equipe que, idealmente, deve ocorrer não só de forma multiprofissional, mas também interprofissional, se constitui elemento essencial para produção de ações efetivas frente à complexidade do processo saúde-doença dos pacientes críticos (BROWN et al, 2018).

Durante a internação do paciente é imprescindível que essa equipe trabalhe de forma harmônica, coordenada e transversal, objetivando que o envolvimento interdisciplinar ocorra e proporcione o planejamento seguro de alta qualidade e, assim, garanta a continuidade dos cuidados. Dessa forma, apesar de cada profissional prestar a assistência de forma especializada, ou seja, voltada para as atribuições específicas da sua profissão, é fundamental que essas ações ocorram de forma simultânea, organizada e complementar umas às outras, tendo em vista a qualificação do atendimento, do relacionamento interprofissional e a comunicação efetiva, o que, possivelmente, influenciará para que a transição do cuidado ocorra de forma mais satisfatória (BROWN et al, 2018).

Com o trabalho em equipe, todos os envolvidos ampliam seus conhecimentos, aprimoram a assistência e contribuem para um cuidado acurado,

auxiliando na construção de vínculos profissionais e de cooperação, acarretando em um melhor manejo das situações vivenciadas em um ambiente tão complexo como o de terapia intensiva, refletindo positivamente na assistência ao paciente e a seus familiares (LOSS et al, 2017).

2.2 MANUAIS DE ORIENTAÇÃO PARA CUIDADOS EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO TRANSICIONAL

O termo transição do cuidado ou cuidado transicional, também abordado como sinônimo de transferência do cuidado, é mais abrangente que a simples transferência dos aspectos clínicos, devendo incluir fatores como experiências e necessidades do paciente. Seu principal objetivo é fornecer informações precisas sobre o cuidado de um paciente, tratamento, condição atual e mudanças recentes ou potenciais no seu estado de saúde não só para os profissionais de saúde, mas também fornecer orientações claras para os pacientes e seus familiares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

A singularidade das organizações hospitalares tem sido destacada pela assistência a indivíduos em situações de saúde cada vez mais críticas, que necessitam de respostas individuais e complexas e que atendam suas necessidades reais de saúde. Dessa forma, o trabalho em terapia intensiva demanda novas competências da equipe multidisciplinar, que se depara não só com mudanças tecnológicas nesse cenário, mas também com características biopsicossociais dos pacientes cada vez mais delicadas, o que provoca, muitas vezes, transformações no seu processo de trabalho e exige um plano assistencial mais detalhado, bem como a personalização do cuidado (COLEMAN et al, 2016).

Uma falha frequente nas transições do cuidado está relacionada a problemas no envolvimento e educação do paciente e sua família, já que, frequentemente, são excluídos do planejamento da alta ou suas singularidades não são consideradas e, como consequência, não aderem ao plano terapêutico, por falta de conhecimento ou habilidade para desempenhá-lo. Por vezes, há fornecimento de informações conflituosas dos diferentes profissionais e equipes pelos quais o paciente transita, resultando em instruções pouco claras sobre cuidados futuros (BURKE et al., 2014; STELFOX et al, 2017).

A internação em uma UTI e o processo de alta é um momento de mudanças no cotidiano dos pacientes e de seus familiares. Essas mudanças, por vezes, não são abordadas de modo eficaz durante a internação hospitalar, proporcionando fragmentação e descontinuidade dos cuidados pós-alta (COFFEY, MCCARTHY, 2015). As orientações fornecidas tanto na chegada na UTI, quanto na saída, muitas vezes, são realizadas de forma mecânica e apressada, sem considerar as condições e as necessidades de cada paciente e de quem os acompanha (GUERRERO, 2015).

A fim de melhorar o complexo processo que envolve a internação de um paciente no âmbito de terapia intensiva, estratégias de orientação multiprofissional servem como forma de qualificar o cuidado transicional e podem ser desenvolvidas verbalmente e/ou utilizando métodos alternativos, como manuais de orientação (SIQUEIRA, VILA, WEISS, 2018).

Os manuais informativos têm como objetivo auxiliar na orientação verbal dos profissionais aos pacientes e familiares, por meio da educação em saúde. Logo, esse recurso auxilia o trabalho da equipe no processo do tratamento, recuperação e autocuidado, e por meio desse material educativo há uma uniformidade da orientação e um melhor entendimento do indivíduo no processo saúde-doença e dos passos para sua recuperação (SIQUEIRA, VILA, WEISS, 2018).

Na elaboração de um manual informativo devem ser considerados os aspectos sociais e culturais da população alvo (ECHER, 2005). Assim, as ações educativas em saúde passam a ser definidas como um processo que objetiva capacitar indivíduos ou grupos para contribuir na melhoria das condições de vida e saúde da população devendo ainda estimular a reflexão crítica das causas dos seus problemas, bem como das ações necessárias para sua resolução (BURKE et al, 2014;STELFOX et al, 2017)

Processos de internação, alta e de transferência adequados podem melhorar a qualidade dos resultados assistenciais e influenciar a qualidade de vida dos pacientes, contribuindo para evitar reinternações hospitalares desnecessárias e reduzir custos dos cuidados de saúde. Assim, a equipe multiprofissional tem a responsabilidade de assegurar que os pacientes estejam não só em uma condição

clínica estável para receberem alta da UTI, mas também que estejam preparados e orientados para isso (DUSEK et al, 2015).

Portanto, é fundamental que ocorra a articulação e a comunicação entre profissionais, pacientes, familiares, cuidadores inseridos em UTI visando à continuidade do cuidado através de estratégias de transição bem sucedidas, podendo lançar mão de recursos alternativos para complementar a assistência prestada, por meio de manuais de orientação de cuidados em saúde como parte do plano terapêutico (DUSEK et al, 2015).

3 OBJETIVO

Desenvolver e validar um manual interprofissional de transferência de cuidados ao paciente adulto crítico.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de desenvolvimento com abordagem descritiva e quantitativa que trata da elaboração e validação de um manual de orientação para cuidados em saúde.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O trabalho foi desenvolvido no CTI de um hospital universitário geral, público e de alta complexidade, que atende cerca de 60 especialidades a uma clientela formada, prioritariamente, por usuários do SUS. A instituição hospitalar em questão é acreditada internacionalmente pela *Joint Commission International* (JCI), desde o ano de 2013, sendo um dos únicos centros de saúde a conquistar o selo de qualidade internacional na categoria de “Centro Médico Acadêmico” do país (THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010).

O CTI da referida instituição possui capacidade para quarenta leitos, que são distribuídos em áreas físicas distintas: UTI 1 (vinte e um leitos), UTI 2 (treze leitos) e a UTI de pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca com seis leitos. São atendidos pacientes neurológicos, em pós-operatório de cirurgias de grande porte, transplantados (pulmonar, hepático, rim-pâncreas e cardíaco), que necessitem de terapias de substituição renal à beira-leito, entre outros.

Para o desenvolvimento do trabalho as unidades pesquisadas foram as UTIs 1 e 2, por serem campos de prática da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - Programa Adulto Crítico.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo são pacientes e/ou familiares de pacientes internados nas UTIs 1 e 2 da instituição, no período de agosto a outubro de 2019, bem como os profissionais da equipe multiprofissional que atuam nesses cenários.

4.3.1 Amostra

A amostra não-probabilística e por conveniência foi constituída por profissionais da equipe multiprofissional (pelo menos um de cada profissão) e por pacientes e/ou familiares do CTI, considerando os critérios de inclusão e de exclusão do estudo. O quantitativo amostral referente aos pacientes e/ou familiares investigados foi de 30 participantes, definido a partir de estudo prévio (LOPES et al, 2017).

4.3.2 Critérios de Inclusão

Foram incluídos pacientes internados nas UTIs pesquisadas ou seus familiares responsáveis, que tivessem perspectiva de alta para unidades de internação nos próximos cinco dias e que concordassem em participar da pesquisa, mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Em relação aos profissionais envolvidos nesse processo, foram incluídos aqueles com experiência de trabalho nas UTIs em estudo de, no mínimo, 12 meses.

4.3.3 Critérios de Exclusão

Foram excluídos pacientes com déficit visual grave, analfabetos e sem familiar responsável, visto que, os pacientes e/ou familiares deveriam ler o conteúdo do manual. Em relação aos profissionais da equipe multiprofissional, foram excluídos os que estavam atuando em caráter temporário na unidade.

4.4 DESENVOLVIMENTO DO MANUAL

A estruturação para o desenvolvimento do trabalho ocorreu em duas etapas, sendo a primeira relativa à elaboração do manual e a segunda etapa a sua validação. A etapa de validação foi realizada pela equipe multiprofissional do CTI e

por pacientes e/ou seus familiares com a avaliação do manual quanto ao seu conteúdo, forma, estrutura e linguagem.

Para a construção do produto foi utilizado às recomendações descritas por Echer (ECHER, 2005), a qual descreve os passos fundamentais para o planejamento e execução de manuais de orientação para o cuidado em saúde.

4.4.1 Etapa 1: Elaboração do Manual

A primeira etapa consistiu na elaboração do manual e iniciou por meio de uma roda de conversa com o intuito de reunir pelo menos um representante de cada núcleo profissional que compõe a equipe do CTI, apresentar a proposta de elaboração de um manual informativo com abordagem interprofissional e suscitar discussões acerca dessa temática.

Na ocasião, os profissionais foram convidados a participar e então, contribuir com suas experiências profissionais, relatando o que consideravam relevante constar no manual, por meio de questões que nortearam a conversa (APÊNDICE B). Os tópicos considerados relevantes pelos profissionais foram formalizados por suas respostas no próprio documento que constavam as questões norteadoras e por meio de uma ata. A partir disso, elencaram-se os principais assuntos citados e com embasamento teórico, uma versão preliminar do manual foi elaborada.

Conforme Echer (2005) é imprescindível que as informações descritas nos manuais educativos sejam de fácil compressão, dessa forma, priorizou-se uma linguagem clara e acessível, visto que é direcionado aos familiares e aos pacientes internados no CTI e não para profissionais da área. Além disso, se utilizou ilustrações e imagens, a fim de facilitar o entendimento das orientações e tornar o manual mais atrativo. As ilustrações que compuseram o manual foram elaboradas por uma das colaboradoras deste trabalho.

A primeira versão do manual foi enviada para os profissionais por e-mail e as modificações necessárias foram realizadas até se chegar a versão apta para etapa 2, concluindo a etapa de elaboração e prosseguindo para a etapa de validação.

4.4.2 Etapa 2: Validação do Manual

A etapa 2 compreendeu a validação do produto e consistiu em duas fases distintas. Na primeira fase, a validação foi realizada pelos profissionais que compõe a equipe do CTI; e, na segunda, a validação foi realizada por pacientes ou seus familiares.

- Fase 1: Validação do produto por profissionais da equipe multiprofissional

O manual desenvolvido foi enviado individualmente por e-mail para cada membro da equipe, juntamente com um *link* que o direcionava para um formulário eletrônico com doze questões de múltipla escolha numeradas de um a quatro, sendo 1 a pior resposta possível e 4 a melhor resposta possível; e também, com espaços descritivos para justificativas das respostas e para comentários, caso o profissional julgasse necessário. As questões foram referentes ao conteúdo, a estrutura, ao formato e a apresentação geral do manual.

Para avaliar a taxa de concordância entre os profissionais da equipe e, posteriormente, validar o material, utilizou-se um índice de validade de conteúdo (IVC) que consiste em uma medida capaz de mensurar a proporção ou porcentagem de juízes - neste caso, profissionais com *expertise* em uma área específica - que estão em concordância sobre aspectos de um instrumento e de seus itens. Este método emprega uma escala tipo *Likert* com pontuação de um a quatro e avalia a relevância/representatividade do questionamento, sendo que as respostas representam, por exemplo, através do número "1" algo não relevante ou não representativo e através do número "4" um item muito relevante ou representativo(ALEXANDRE, COLUCI, 2011).

O escore do ICV é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por "3" ou "4" pelos especialistas, seguindo a seguinte fórmula: $IVC = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"}}{\text{número total de respostas}}$ (ALEXANDRE, COLUCI, 2011).

Ainda, foi estipulada a taxa de concordância aceitável entre os juízes, já que autores defendem que no processo de avaliação dos itens individualmente, deve-se considerar o número de juízes. No caso de seis ou mais, recomenda-se

uma taxa igual ou superior a 0,78, sendo esse valor considerado nesta etapa de validação do manual (POLIT, BECK, 2006; ALEXANDRE, COLUCI, 2011).

- Fase 2: Validação por pacientes e/ou familiares

Após a obtenção do IVC e da taxa de concordância aceitável entre os profissionais da equipe multiprofissional, prosseguiu-se para a fase 2 de validação em que o manual e um questionário para avaliação foi entregue aos pacientes ou familiares, respeitando os critérios de inclusão e de exclusão.

Nesta fase, o manual elaborado foi distribuído para os participantes, juntamente com um questionário composto por nove questões com o intuito de avaliar o material (APÊNDICE C). Foi utilizada uma escala tipo *Likert* de quatro pontos, elaborada pelos pesquisadores, para que os participantes avaliassem a compreensão do manual como um todo e para cada um de seus itens. O valor mínimo utilizado foi 1 (que contempla respostas como “não entendi nada”, “não são importantes” ou “não contribuirá em nada”) e o valor máximo foi 4 (que contempla respostas como “entendi perfeitamente”, “é extremamente fácil” ou “é muito adequado”).

Para que o manual fosse considerado compreensível e, assim, validado para os pacientes ou seus familiares, estipulou-se uma média de escore igual ou superior a três, ou seja, correspondente a “entendi quase tudo” (LOPES et al, 2017).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto seguiu as normas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) que dispõem sobre as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. Para a efetivação do estudo, o mesmo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) via Plataforma Brasil, sendo aprovado com o seguinte número de CAAE: 04447918.0.0000.5327 (ANEXO A).

Além disso, os pacientes e/ou familiares que aceitaram participar da etapa de validação do manual assinaram um TCLE em duas vias de igual teor,

elaborado pela pesquisadora para este fim. Neste termo, descrito o objetivo do trabalho, os possíveis riscos e os benefícios e foi firmado o compromisso de preservação do anonimato dos sujeitos envolvidos nesse processo.

A fim de que o anonimato dos pacientes e de seus familiares fosse garantido, os documentos foram codificados pela letra "P" seguida de números sequenciais (1,2,3...) conforme ordem de entrega do manual e questionário.

5 RESULTADOS

Os resultados do presente trabalho serão apresentados conforme as etapas de desenvolvimento do manual e as fases de validação. Inicialmente, será caracterizada a amostra referente à equipe multiprofissional e os resultados desta fase de validação correspondente; após, será apresentada a caracterização da amostra de pacientes e/ou familiares e os resultados correspondentes à segunda fase de validação. Por fim, o produto final desenvolvido será apresentado junto ao corpo deste trabalho.

5.1 DESENVOLVIMENTO E PRIMEIRA FASE DE VALIDAÇÃO: EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Para o desenvolvimento do produto, bem como para a realização da primeira fase de validação, participaram pelo menos um profissional de cada especialidade que compõe a equipe multiprofissional do CTI. Dessa forma, compuseram a equipe: dois médicos, dois fisioterapeutas, uma psicóloga, uma fonoaudióloga, uma farmacêutica, uma assistente social, uma enfermeira e uma nutricionista.

Dos 10 profissionais, um possui doutorado, sete possuem mestrado e dois possuem especialização. O tempo de atuação médio em terapia intensiva da equipe foi de 9,6 anos, sendo o profissional com maior tempo de atuação de 18 anos e o com menor tempo de cinco anos.

Todos os 10 profissionais da equipe multiprofissional participaram da roda de discussão proposta na fase inicial de elaboração do manual. Esse momento teve duração de 2 horas e ocorreu nas dependências da própria instituição. Durante essa atividade, os assuntos e conteúdos considerados fundamentais pela equipe multiprofissional foram divididos em sete tópicos principais (Quadro 1).

Quadro 1: Assuntos e conteúdos abordados no manual.

Tópicos abordados	Descrição/Conteúdo
Apresentação do manual	Explica por quem o manual foi desenvolvido e qual o seu objetivo principal. Ainda, apresenta um personagem – uma bomba de infusão em forma de ilustração – para servir como um “guia” durante a leitura do manual.
Conhecendo o cenário	<p>Objetivou introduzir ao paciente e/ou a seus familiares o que é um CTI e quais as práticas e rotinas que acontecem no local.</p> <p>Neste tópico foram abordados os seguintes assuntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● O que é o CTI? ● Recursos humanos e materiais, apresentando a equipe e equipamentos; ● Práticas e rotinas, destacando a importância da higienização das mãos, as diferentes pulseiras de identificação dos pacientes, a passagem de plantões, os rounds multiprofissionais, os horários de visitas e as informações médicas.
Transferência do cuidado	<p>Objetivou esclarecer a transferência de cuidados do paciente do CTI para as unidades de internação, abordando as seguintes questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● O que é essa transferência de cuidados? ● Como ocorre? ● O que são unidades de internação?
Informações e cuidados importantes para a alta do CTI	<p>Neste tópico foram abordados os seguintes conteúdos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sinais clínicos que merecem atenção: agitação ou sonolência anormais, diferenças significativas de pressão arterial e frequência cardíaca, sinais de esforço respiratório, diferença entre as pupilas, pele pálida, fria e pegajosa. ● Dispositivos: sondas, cateter de oxigênio, acessos vasculares. ● Alimentação: tipos de dieta, vias de administração, posicionamento adequado e manutenção de jejum. ● Cuidados na administração de medicamentos. ● Cuidados com a mobilização dos pacientes. ● Possíveis efeitos da internação: delirium, inchaço, dificuldade para falar e engolir, fraqueza,

	<p>dificuldade na mobilização e emagrecimento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados na aspiração de vias aéreas.
Personalização do cuidado	Espaço para registro de dúvidas do paciente e/ou seus familiares quanto a leitura do manual ou que possam surgir ao longo da internação no CTI e/ou unidade de internação.
Merecem atenção	Espaço para que os profissionais da equipe registrem com quais dispositivos o paciente está recebendo alta, caso possua alguma lesão por pressão, alergia ou colonizado por germe multirresistente.
Espaço descritivo	Espaço extra para registros da equipe assistencial.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Após a definição e o consenso dos profissionais sobre as temáticas abordadas, a primeira versão do manual foi desenvolvida e enviada, individualmente, por e-mail para cada membro da equipe participante do estudo, juntamente com o instrumento avaliativo contendo doze questões (APÊNDICE D).

Calculou-se o IVC das respostas de cada questão, obtendo valores de concordância de 0,9 a 1. Na Tabela 1, encontram-se as doze perguntas que os profissionais responderam e os IVCs correspondentes.

Tabela 1: Etapa de validação pela equipe multiprofissional.

Questões	ICV *
1. As orientações contidas no manual são relevantes?	1
2. A linguagem do manual é acessível ao público-alvo?	0,9
3. O conteúdo deste manual contribuirá para esclarecer dúvidas dos pacientes e familiares?	0,9
4. A quantidade de informações é adequada?	1
5. As informações favorecem a realização dos cuidados do paciente?	1
6. O manual é aplicável na prática de trabalho da equipe?	1
7. O tamanho e estilo da letra são adequados?	0,9

8. As ilustrações utilizadas no manual contribuem para o melhor entendimento por parte do leitor?	1
9. A forma de disposição e de organização das informações é adequada?	0,9
10. As informações são facilmente localizadas?	1
11. O título principal é coerente com a proposta do manual?	0,9
12. Os títulos e subtítulos internos são coerentes com a proposta do manual?	1

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Nota: *Para o manual ser considerado validado, cada questão deveria apresentar taxa de concordância $\geq 0,78$.

Conforme os valores apresentados na Tabela 1, todas as questões atingiram a taxa de concordância mínima estipulada e, dessa forma, o manual foi considerado validado. Ainda, como forma de corroborar esta etapa de validação, ao final do formulário avaliativo, havia a opção para assinalar se o manual estava “validado”, “validado com sugestões” ou “não validado”.

Dessa forma, seis profissionais consideraram o “manual validado” e quatro consideraram o manual “validado com sugestões”, descrevendo suas contribuições e propostas para melhoria. Assim, conforme suas observações para modificação, adequação ou exclusão do conteúdo de alguns itens para melhorar sua compreensão e clareza, apresenta-se no Quadro 2 as alterações realizadas em relação à primeira versão do manual, baseadas nas respostas dos profissionais no questionário de avaliação:

Quadro 2: Itens alterados ou excluídos conforme sugestão dos profissionais da equipe de saúde.

Itens analisados: 1ª versão	Avaliação dos profissionais	Itens analisados: versão final
Título: “Manual interprofissional de transição do cuidado em terapia intensiva”	Alterado	“Manual de cuidados ao paciente crítico”.

Tópico: “Práticas e rotinas do CTI”	Excluído	Informações referentes ao plano de cuidados.
Tópico: “Alimentação”	Alterado	Incluída imagem de posicionamento do paciente durante alimentação.
Tópico: “Administração de medicamentos”	Alterado	Onde constava a palavra “prescrição” alterado para “prescrição do paciente realizada pelo médico”.
Tópico: “Aspiração de vias aéreas”	Alterado	Enfatizado a importância de não utilizar a mesma sonda de aspiração para vias aéreas superiores e cânula de traqueostomia.
Tópico: “Possíveis efeitos da internação”	Alterado	Substituída imagem por outra que melhor representasse dificuldade de deglutir.
Informações em formato de texto contínuo	Alterado	Priorizado informações em itens, através de marcadores.
Palavra “box” em referência aos leitos dos pacientes	Alterado	“Leitos”.
Tópico: “Merece atenção”	Alterado	Inclusão de item “Presença de germe multirresistente”.
Tópico: “Merece atenção”	Alterado	Inclusão do item “Presença de válvula fonatória”.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A versão final revisada e reestruturada conforme as sugestões foi reenviada à equipe e todos os dez profissionais consideraram o produto validado.

5.2 SEGUNDA FASE DE VALIDAÇÃO: PACIENTES E/OU FAMILIARES

A versão final do manual foi entregue e avaliada por 30 participantes, sendo 17 pacientes e 13 familiares. Apenas, um sujeito foi excluído do estudo, por ser analfabeto e não ter familiar presente até a sua alta do CTI.

A mediana de permanência dos pacientes no CTI foi de 4,6 dias (máximo 16 dias e mínimo de dois dias). Em relação ao número de internações em CTI, independente de estar na condição de paciente ou de familiar, para 21 dos sujeitos era a primeira vez em contato com o âmbito de terapia intensiva.

Os participantes foram convidados a ler e a manusear o manual e, após, a responder um questionário com nove questões a respeito da estrutura, do conteúdo e do seu formato geral. O questionário ainda contou com espaços descritivos, para possíveis justificativas ou sugestões. Não foi estipulado tempo mínimo ou máximo para que os sujeitos realizassem esse processo de leitura e de avaliação, entretanto, uma das pesquisadoras ficou responsável por ir ao encontro desses sujeitos para verificar como estava o andamento desta etapa, até o término e devolução do questionário. Em alguns casos, os pacientes já haviam recebido alta do CTI e, dessa forma, o material foi devolvido na unidade de internação.

Conforme a metodologia estabelecida, as respostas de cada questão poderiam variar de 1 a 4 (sendo “1” a resposta mais negativa possível e “4” a resposta mais positiva) e, sendo assim, se considerou uma média aritmética simples igual ou superior a 3, ou seja, correspondente a “entendi quase tudo” para que o manual fosse “validado”, de acordo com estudos que desenvolveram trabalho semelhante (LOPES et al, 2017)

Dessa forma, somaram-se os valores assinalados pelos 30 sujeitos em cada uma das nove questões (1,2,3 ou 4) e, após, o somatório desses valores foi dividido pelo número total de questões, obtendo-se o escore médio entre todos valores (Tabela 2).

Tabela 2. Etapa de validação por pacientes e familiares.

Questões	Média aritmética de cada resposta*
1. As orientações contidas no manual são importantes?	3,7
2. A escrita do manual é fácil de entender?	4
3. O conteúdo deste manual ajudará a esclarecer suas dúvidas?	3,7
4. A quantidade de informações é adequada?	3,9
5. As informações vão ajudar no seu cuidado ou de seu familiar?	4
6. A leitura desse manual ajudou a diminuir suas dúvidas?	3,7
7. O tamanho e estilo da letra são adequados?	3,5
8. As gravuras utilizadas no manual ajudam a entender melhor o texto?	4
9. As informações são facilmente localizadas no manual	3,7
Total	3,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Nota: *Para o manual ser considerado validado, cada questão deveria apresentar uma média aritmética simples ≥ 3 pontos.

Cabe ressaltar que todos os participantes consideraram que a escrita das informações é de fácil entendimento, que esse material ajudará no seu próprio cuidado ou de familiar ao longo da internação e, posterior, alta do CTI e todos consideraram a utilização de ilustrações como um fator que auxiliou no entendimento das informações.

No questionário entregue aos participantes, algumas questões contavam com um espaço descritivo para sugestões de melhoria ou para qualquer

observação que o paciente ou familiar julgasse relevante acrescentar, a fim de qualificar o material fornecido. Neste espaço, os participantes descreveram que a implementação do manual auxiliaria na redução de dúvidas e do medo que estar no CTI representava.

Outras observações dizem respeito ao fato do paciente e de seu familiar sentirem-se incluídos no cuidado e no processo que engloba desde à admissão até a alta do CTI, por meio da entrega de um material específico e destinado a eles. Isso foi citado como fundamental para o engajamento no plano de cuidados, pois favorece o entendimento do que é estar e como ser cuidado, tanto no CTI, quanto na unidade de internação.

6 PRODUTO FINAL

O manual desenvolvido e validado, é intitulado de “Manual de cuidados ao paciente crítico”, possui doze páginas e conta com ilustrações ao longo do texto com o objetivo de tornar a leitura mais fluida, clara e interessante ao público-alvo. Ainda, com o intuito de manter o leitor mais atento às informações descritas, lançou-se mão de um personagem –uma bomba de infusão chamada “Bombito” – que interage com o leitor e destaca pontos importantes ao longo do texto.

Cabe ressaltar, que o manual está em conformação com os padrões, normas e orientações de formatação de texto e de configurações gerais de outros materiais desse mesmo formato produzidos pelo setor de Comunicação da instituição em que foi desenvolvido este trabalho.

A seguir, o produto final produzido será apresentado juntamente com o corpo do trabalho.

Educação
em Saúde
VOL. xxx



Manual de cuidados ao paciente crítico

Serviço de Terapia Intensiva Adulto
Residência Multiprofissional e Integrada em Saúde – Programa Adulto Crítico

Este manual contou com a colaboração de: Martina Zucchetti, Isis Marques Severo, Karina Oliveira Azzolin, Lurdes Busin, Carmen Lucia Silva Nectoux, Bibiana de Almeida Rubim Rovati, Daniele Martins Piekala, Daiandy da Silva, Edino Parolo, Iuri Christmann Wawrzeniak, Luana Cristina Berwig, Luciana Nabarro Soares, Michele Elisa Weschenfelder Hervé Rita Gigliola Gomes Prieb, Robledo Leal Condessa.

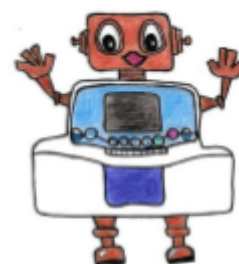
Sumário

Apresentação	5
Conhecendo o cenário	6
O que é o CTI?	6
Recursos humanos e materiais	7
Práticas e rotinas	8
Plano de cuidados	10
Transferência do cuidado	12
Informações e cuidados importantes para a alta do CTI	13
Sinais clínicos que merecem atenção	13
Dispositivos	14
Alimentação	15
Administração de medicamentos	16
Mobilizações	17
Possíveis efeitos da internação	19
Aspiração de vias aéreas	20
Personalização do cuidado	22
Merece atenção!	23
Espaço para registro da equipe de saúde	24

Apresentação

Este manual foi desenvolvido pelos profissionais que atuam no Centro de Tratamento Intensivo (CTI) adulto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

O objetivo principal deste manual é orientar pacientes e familiares da admissão até a alta do CTI para uma unidade de internação, por meio de uma abordagem clara e acessível.



Olá, sou o **"Bombito"**, a bomba de infusão, ajudo a equipe para que a administração de medicamentos ocorra de forma segura.

Além disso, estarei acompanhando você ao longo desse manual. Legal, não é?

Conhecendo o cenário

O que é o “Centro de Tratamento Intensivo”?

É o local do hospital que atende aos pacientes com necessidade de monitorização contínua avançada e de cuidados de alta complexidade.

Recursos humanos e materiais

Contamos com uma **equipe multiprofissional qualificada** que atende aos pacientes de forma **cuidadosa, segura e integral**, utilizando diversos equipamentos e tecnologias.



Muita gente, não é mesmo? Todos estão trabalhando com o mesmo objetivo: prestar a **melhor assistência** para os pacientes, familiares, cuidadores e amigos!

Contamos com:

- **Equipe assistencial:** profissionais que prestam o cuidado direto ao paciente.
- **Equipe de apoio:** profissionais do administrativo, da higienização e atendentes de nutrição.
- **Equipamentos:** monitores, bombas de infusão, ventiladores mecânicos, máquinas de hemodiálise, etc.



Práticas e rotinas do CTI



A importância de higienizar as mãos:

Higienizar as mãos com água e sabão ou com álcool ao entrar e ao sair do CTI é fundamental para a prevenção de infecções e para evitar a transmissão de microorganismos.

Pulseiras de identificação:

- **BRANCA** é colocada no paciente com nome completo e número do prontuário na admissão;
- **VERMELHA** sinaliza que o paciente possui alguma *alergia*;
- **AMARELA** sinaliza pacientes com *risco de quedas*.



Práticas e rotinas do CTI

PRÁTICAS	O QUE É?
Passagem de plantões	É a passagem de informações sobre o estado do paciente entre os turnos de trabalho.
Round Multiprofissional	Momento de discussão e de definição de um plano de cuidados com diversos profissionais e que ocorre à beira do leito do paciente. O objetivo é planejar as condutas e garantir a continuidade dos cuidados entre as equipes. O paciente e seus familiares podem contribuir com o plano.
Visita Social	<ul style="list-style-type: none">- Manhã: 11h às 12h.- Tarde: 16h30min às 17h (não ocorre nos finais de semana).- Noite: 20h às 21h.
Visita Estendida	Permanência estendida de um acompanhante de 2ª a 6ª feira. <ul style="list-style-type: none">- Manhã: 9h às 12h.- Tarde: 14h às 17h30min.
Informações médicas	Momento em que a equipe médica fornece informações sobre a condição do paciente. Ocorre, todos os dias, das 12h às 13h.

Transferência do cuidado: do CTI para a Unidade de Internação

Assim que o paciente apresenta condições de continuar seu tratamento fora do CTI, ele será transferido à unidade de internação.

O que é essa transferência?

Processo que envolve a coordenação dos cuidados entre a equipe multidisciplinar, o paciente e a família, a fim de promover uma transferência segura e de qualidade.

Como ocorre essa transferência?

A história e a condição de saúde do paciente serão compartilhadas pela equipe do CTI com a equipe das unidades de internação para garantir a continuidade dos cuidados.

O que é uma Unidade de Internação?

É constituída por quartos com leitos numerados. A unidade conta com equipe multiprofissional para prestar assistência ao paciente.

Informações e cuidados importantes para a alta do CTI

Sinais clínicos que merecem atenção

Alguns sinais clínicos podem indicar modificação no estado de saúde atual do paciente. Desse modo, caso seja percebida alguma diferença importante na condição "normal", avise à equipe de saúde.

AGITAÇÃO ANORMAL OU SONOLÊNCIA



RESPIRAÇÃO OFEGANTE OU CANSADA



RITMO DO CORAÇÃO ALTERADO



PRESSÃO ARTERIAL MUITO BAIXA OU ALTA



PELE PALIDA, FRIA E PEGAJOSA



DIFERENÇA ENTRE O TAMANHO DOS OLHOS



12

Dispositivos

Ao internar no CTI pode ser que o paciente precise de dispositivos invasivos (sondas, cateteres) para que se monitorize melhor ou para que se supra alguma necessidade (por exemplo, o uso de uma sonda para alimentação). Em alguns casos, o paciente poderá receber alta ainda utilizando esses recursos.



SONDA VESICAL: É a introdução de um cateter até a bexiga para auxiliar na eliminação da urina.



SONDA GASTRO/ENTERAL: É a introdução pelo nariz ou boca de uma sonda até o estômago ou intestino para garantir uma via de alimentação e/ou administração de medicamentos.



CATETER VENOSO CENTRAL: é inserido em uma grande veia. Serve para a infusão de medicamentos e coleta de sangue.



TRAQEOSTOMIA: garante a passagem de ar por um orifício na traqueia com a inserção de uma óbvula.



ÓCULO NASAL: cateter inserido no nariz para garantir suporte de oxigênio.



ACESSO VENOSO PERIFÉRICO: cateter inserido em uma veia menor e serve para a administração de medicamentos.

13

Alimentação

A alimentação adequada é parte do tratamento, sendo assim é fundamental consumir somente a dieta servida pelo hospital. As porções e os tipos de dieta são personalizadas conforme as necessidades de cada paciente.

Tipos de alimentação:

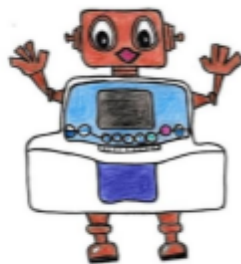
- **Por Sonda**

- **Sistema fechado:** a administração ocorre por uma bomba de infusão de forma contínua.
- **Sistema aberto:** ocorre em horários pré-estabelecidos.

- **Por Via Oral**

- **Dieta *normal*:** inclui todos os alimentos e todas as texturas conforme disponibilidade no hospital.
- **Dieta para *disfagia*:** indicada para pacientes com dificuldade de engolir e que apresentam risco de aspirar aos alimentos para os pulmões. Nesta dieta todos os líquidos são espessados e a consistência é indicada conforme a mastigação do paciente.

Atenção: Quando indicado *líquidos espessados*, não ofereça outros líquidos ou água sem a liberação da equipe.



14

Informações importantes:

- Alguns exames e procedimentos exigem que o paciente fique em jejum por determinados períodos;
- O acompanhamento de profissionais capacitados é importante para a progressão da dieta e alteração da consistência e de seu tipo. Sendo assim, não é permitido consumir alimentos trazidos de fora do hospital.

Fique atento ao posicionamento adequado do paciente durante a alimentação por via oral para evitar engasgos e outras complicações.



15

Administração de medicamentos

- É realizada, sobretudo, pela equipe de enfermagem conforme a prescrição médica;
- No hospital, serão administrados na maioria das vezes por via oral, venosa e/ou por sonda caso o paciente faça uso;



Imagens disponíveis em: <https://www.hcpa.edu.br/area-do-paciente-apresentacao/area-do-paciente-sua-saude/educacao-em-saude>

- É importante para a segurança do paciente que somente a equipe manuseie e administre os medicamentos;
- Podem existir medicamentos que o paciente use em casa, mas que não estão disponíveis no hospital. Assim, o farmacêutico irá validar os medicamentos próprios do paciente para que ele continue o tratamento durante a internação, caso seja necessária.

16

Mobilizações

Os procedimentos que envolvem a movimentação e a saída do paciente do leito requerem atenção e possuem alguns cuidados importantes para prevenir quedas:

- Observar o local e remover obstáculos;
- Regular a altura e travar as rodas da cama, observar a disposição do mobiliário, mover o suporte de soro, etc;
- Auxiliar a saída do paciente do leito;



Atenção:

- Certifique-se de que *não há contraindicações* para a mobilização ou saída do leito;
- Cuidado com movimentos bruscos ou muito rápidos, pois o paciente pode apresentar tonturas ou mal-estar.

17

- Evitar que o paciente fique longos períodos na mesma posição. Auxilie o paciente acamado a se movimentar de duas em duas horas;
- Utilizar travesseiros como apoio de braços e de pernas sob o leito ajuda a prevenir lesões por pressão;
- Lembrar que a movimentação no leito deve ser realizada, preferencialmente, por duas pessoas, caso o paciente não consiga ajudar nesse momento.



Ao retirar o paciente da poltrona ou da cama:

- Certifique-se de que ele tenha condições para isso;
- Peça auxílio aos profissionais da equipe sempre que necessário;
- É fundamental que os pés e os joelhos do paciente estejam bem posicionados e firmes;
- Posicione-se na frente do paciente para lhe oferecer apoio.



18

Possíveis efeitos da internação

Delirium: caracterizado por oscilações de sonolência e agitação, desorientação, confusão mental, insônia. O fato de o paciente estar fora de um ambiente conhecido, por exemplo, pode intensificar essa condição. Em pacientes idosos é mais comum.



Dificuldade para falar e deglutir: muitos pacientes necessitam colocar um tubo através da boca que, conectado a um ventilador, auxiliará na respiração. Por permanecer com esse tubo na "garganta" a alteração da voz e a dificuldade para deglutir podem ocorrer. Além disso, algumas doenças podem apresentar como sequelas essas alterações.



Inchaço: o termo utilizado é "edema" e se caracteriza pelo acúmulo de líquido no corpo. Ocorre por diversos motivos, mas podemos salientar a administração de muitos medicamentos, sendo uma condição comum entre os pacientes internados.

Fraqueza generalizada, dificuldade de mobilização e emagrecimento: a hospitalização prolongada está associada à fraqueza muscular e a perda de massa muscular devido à restrição ao leito.



19

Aspiração de vias aéreas

Mesmo após a alta pode ser necessário realizar a aspiração das vias aéreas, ou seja, das narinas, boca e/ou traqueostomia eventualmente.

A lavagem das mãos antes e após o procedimento é fundamental.

No hospital a sonda é conectada a um extensor e esse ao aspirador de parede. Em casa, será necessário contar com um aspirador elétrico.

Materiais: luvas de procedimento, soro fisiológico, gazes, fonte de aspiração, conector, água destilada, sonda.



Imagens disponíveis em: <https://www.hc3a.edu.br/area-do-paciente-apresentacao/area-do-paciente-sua-saude/educacao-em-saude>

Importante:

- Use uma nova sonda para cada aspiração;
- A sonda utilizada para aspiração de secreções do nariz e da boca não pode ser utilizada para aspirar a cânula de traqueostomia;
- A aspiração deverá ser realizada sempre que necessário;
- Fique atento para *engasgos frequentes, falta de ar, respiração barulhenta, esforço para respirar, pele muito pálida ou azulada*. Caso esteja em casa procure atendimento de saúde, se estiver internado no hospital comunique a equipe.



7 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

Como limitações deste estudo, acredita-se que a associação de uma abordagem qualitativa poderia ampliar os achados, trazendo uma melhor apresentação dos resultados.

Ainda, como fator limitador, relativo à fase de validação pela equipe multiprofissional, acredita-se que outros profissionais como técnicos de enfermagem e secretários, poderiam ter participado conjuntamente com o restante da equipe, já que se encontram em contato com os pacientes e seus familiares, seja diretamente durante a assistência prestada, ou através de informações e orientações sobre a logística do local.

Nesse sentido, caso este produto venha a ser implementado no CTI que serviu como local de estudo, sugere-se a realização da continuidade do trabalho, através de uma abordagem qualitativa, que verifique a aplicabilidade do material fornecido na prática assistencial, a satisfação dos usuários do serviço e as contribuições, bem como sugestões de melhoria por parte de outros profissionais que compõe a equipe e que não foram incluídos neste momento.

8 CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A complexidade da assistência ao paciente crítico no âmbito da terapia intensiva exige que a equipe garanta não só a condição clínica ideal para a alta, mas também que desenvolva estratégias e habilidades que permitam aos pacientes e aos seus familiares estarem orientados e melhor preparados para esse momento, tendo como recurso a utilização de manuais de orientação para a saúde.

Nesse contexto, a transição de cuidado entre a UTI e a unidade de internação é um evento multidimensional, minucioso e requer atenção. Portanto, é fundamental que ocorra a articulação e a comunicação efetiva entre todos os indivíduos envolvidos nesse processo.

Inicialmente, a elaboração desse trabalho teve como finalidade, sobretudo, auxiliar a equipe multiprofissional nas orientações de alta para pacientes internados no CTI. Entretanto, ao longo de seu desenvolvimento, foi possível perceber outras potencialidades e implicações positivas para a prática clínica e de trabalho. Percebeu-se maior integração e articulação da equipe, incentivada pela construção coletiva e interprofissional – condição de trabalho que, muitas vezes, é um desafio na prática assistencial.

Ainda, verificou-se a importância da inserção do paciente e de seus familiares no processo de cuidado e a potencialidade da inclusão de tecnologias leves-duras no CTI, proporcionando o compartilhamento de informações entre paciente/família e equipe, a corresponsabilização do cuidado por meio da cultura do *feedback* afim de minimizar dúvidas e ansios que a internação em terapia intensiva e posterior mudança de cenário para a enfermaria representa.

Portanto, o uso de estratégias como o desenvolvimento de um manual de cuidado destinado aos pacientes críticos elaborado e validado com base em um método científico estabelecido, pode contribuir para qualificar a transição do cuidado através da aproximação entre a equipe multiprofissional e os pacientes/famíliaes; apesar de desafiador, incentiva a atuação interprofissional da equipe proporcionando uma visão ampliada de cuidado, convidando os profissionais a pensarem para além de suas especialidades.

Além disso, apresenta potencial para aprimorar a comunicação no âmbito de terapia intensiva, no que diz respeito a internação e alta, tornando-se um instrumento facilitador na prática assistencial e uma forma de não só personalizar o atendimento prestado, mas também valorizar e demonstrar a importância da participação do paciente e da sua família no plano de cuidados e no seu próprio tratamento.

REFERÊNCIAS

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **O que é norma?** Disponível em: http://www.abnt.org.br/m2.asp?cod_pagina=963# Acesso em: 12 de agosto de 2018.

ALEXANDRE NMC, COLUCI MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (7): 3061-3068, 2011.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **Site Oficial:** Portarias e Resoluções. 2017. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/publicacoes/portarias-resolucoes/>>. Acesso em: 14 set. 2018.

_____. **Censo AMIB 2010.** Disponível em: <<http://www.amib.org.br/fileadmin/CensoAMIB2010.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 466, de 4 de junho de 1998.** Estabelece o Regulamento Técnico para o Funcionamento dos Serviços de Tratamento Intensivo e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 106-E, Brasília, DF, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.071, de 04 de julho de 2005. **Estabelece a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico.** Diário Oficial da União nº 130, Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2.338, de 3 de outubro de 2011. **Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgência.** Brasília, DF, 2011.

_____. Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. **Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.** Disponível em: <<http://www.amib.org.br/pdf/RDC-07-2010.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2018.

BROWN, K. N. et al. Transfers from intensive care unit to hospital ward: a multicentre textual analysis of physician progress notes. **Critical Care**, [s.l.], v. 22, n. 1, p.1-8, 28 jan. 2018.

BURKE, RE et al. Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. **J Hosp Med.** National Institutes of Health. Colorado ,USA, 2014.

COFFEY A, MCCARTHY GM. Older people's perception of their readiness for discharge and post discharge use of community support and services. **Int J Older People Nurs.**, 2015.

COLEMAN EA, PARRY C, CHALMERS S, MIN SJ. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. **Arch InteMed** [Internet]. 2016. Disponível em <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/>. Acesso em 25 set. 2018.

DUSEK B, PEARCE N, HARRIPAUL A, LLOYD M. Care transitions a systematic review of best practices. **J Nurs Care Qual.** 2015.

ECHER IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde.. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2005.

GONÇALVES-BRADLEY DC, LANNIN NA, CLEMSON LM, CAMERON ID, SHEPPERD S. Discharge planning from hospital to home. **Cochrane Database Syst Rev** [Internet], 2016. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000313.pub5/epdf>. Acesso em: 01 Out 2019.

GUERRERO KS, PULS SE, ANDREW DA. Transition of care and the impact on the environment of care. **J Nurs EducPract.** 2015.

HARRISON JD, GREYSEN RS, JACOLBIA R, NGUYEN A, AUERBACH AD. Not ready, not set...discharge: patient reported barriers to discharge readiness at an academic medical center. **J Hosp Med** [Internet]. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27079295>. Acesso em: 25 Set. 2018.

KELLY FE, FONG K, HIRSCH N, NOLAN JP. Intensive care medicine is 60 years old: the history and future of the intensive care unit. **Clin Med (Lond)**, 2014.

KNIER S, STICHLER JF, FERBER L, CATTERALL K. Patients' perceptions of the quality of discharge teaching and readiness for discharge. **Rehabil Nurs** [Internet], 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24962625>. Acesso em 26 Set. 2019.

KRAMER A, HIGGINS T, ZIMMERMAN J. Can this patient be safely discharged from the ICU? **Intensive Care Medicine**, v. 42, p. 580-582, 2015.

LOPES, JL et al. Construção e validação de um manual informativo sobre o banho no leito. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 6, p. 554-560, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Out. 2019

LOSS, SH et al. Chronic critical illness: are we saving patients or creating victims? **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo , v. 29, n. 1, p. 87-95, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2017000100087&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Out. 2018.

OTTENBACHER KJ, et al. Thirty-day hospital readmission following discharge from postacute rehabilitation in fee-for-service medicare patients. **JAMA** [Internet], 2015. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4085109/pdf/nihms568694.pdf>. Acesso em: 23 Set. 2019.

POLIT DF, BECK CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res Nurs Health**, 2006; 29:489-497.

SIQUEIRA TH, VILA VSC, WEISS ME. Cross-cultural adaptation of the instrument Readiness for Hospital Discharge Scale - Adult Form. **Rev Bras Enferm** [Internet], 2018.

STELFOX, HT et al. A multi-center prospective cohort study of patient transfers from the intensive care unit to the hospital ward. **Intensive Care Medicine**, França, v. 43, n. 10, p.1485-1494, ago. 2017.

THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Joint Commission Resources. Sample Pages. 2010. Disponível em: https://www.jointcommissioninternational.org/assets/1/14/HCTC10_Sample_Pages.pdf. Acesso em: 03 nov. 2019.

THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Joint Commission Resources. **Transitions of Care: The need for a more effective approach to continuing patient care**. Hot Topics in Health Care. 2012. Disponível em: https://www.jointcommission.org/assets/1/6/TOC_Hot_Topics.pdf. Acesso em: 03 out. 2019.

VAN SLUISVELD, N. et al. Barriers and facilitators to improve safety and efficiency of the ICU discharge process: a mixed methods study. **BMC Health Services Research**, Reino Unido, v. 17, n. 1, p.1-12, abr. 2017.

VOLLAM, S et al. Out-of-hours discharge from intensive care, in-hospital mortality and intensive care readmission rates: a systematic review and meta-analysis. **Intensive Care Med.**, 2018.

WEISS ME, YAKUSHEVA O, BOBAY KL. Quality and cost analysis of nurse staffing, discharge preparation, and post discharge utilization. **Health Serv Res** [Internet]. 2011. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3207188/pdf/hesr0046-1473.pdf>. Acesso em 01 Out. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care**. Geneva: World Health Organization, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Paciente e/ou familiar

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título do trabalho: "**MANUAL DE CUIDADOS AO PACIENTE CRÍTICO: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO.**"

Nº do projeto GPPG ou CAAE: 04447918.0.0000.5327.

Você ou o paciente pelo qual é responsável está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é elaborar e validar um manual multiprofissional de transferência de cuidados aos pacientes adultos internados em Centro de Tratamento Intensivo (CTI). Neste estudo serão convidados a participar pacientes e profissionais que estão diariamente no CTI. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS).

Se você aceitar participar da pesquisa receberá um manual informativo com orientações sobre cuidados ao paciente crítico que estejam internados no CTI desenvolvido pela equipe de profissionais atuantes neste cenário. Após ler e manusear o manual recebido, você será convidado a responder um questionário para avaliar o seu conteúdo. As respostas serão analisadas pela pesquisadora com o intuito de melhorar o material fornecido e após o validar para utilizá-lo no CTI, a fim de auxiliar no processo de alta dos pacientes e de qualificar a assistência prestada.

Em relação aos riscos da pesquisa, há um risco mínimo de desconforto e/ou constrangimento ao responder alguma pergunta na etapa de validação do questionário. Os possíveis benefícios são a qualificação da assistência prestada ao paciente pela equipe multiprofissional e o fornecimento de uma maior segurança e de uma melhor orientação a familiares e a pacientes que recebam alta do CTI a fim de reduzir a ocorrência de eventos adversos e de reinternações. Além disso, a participação contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, beneficiando futuramente equipes e outros pacientes.

A participação na pesquisa é totalmente voluntária. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você ou o paciente recebe na instituição. Não há nenhum tipo de pagamento ou custo pela sua participação na pesquisa.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Enf. Dra. Isis Severo e/ou com a Pesquisadora Enf. Martina Zucchetti (Fone: 3359-8599) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura do participante da pesquisa

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura Data:

APÊNDICE B: Questões norteadoras da roda de conversa na etapa de desenvolvimento com a equipe multiprofissional

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
PROGRAMA ADULTO CRÍTICO

**MANUAL DE CUIDADOS AO PACIENTE CRÍTICO:
ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO INTERPROFISSIONAL
-Sugestões de conteúdo e formato de apresentação -**

19/03/2019
14h30min às 16h00

• **Identificação:**

- A. **Nome:**
- B. **Idade:**
- C. **Profissão**
- D. **Formação:**
- E. **Tempo de atuação profissional:**
- F. **Tempo de atuação em terapia intensiva:**
- G. **Já participou da elaboração/validação de um manual multiprofissional? () SIM () NÃO.**
Se a resposta for “sim”, descreva brevemente em que situação e como foi a sua experiência.

• **Questões norteadoras:**

1. **Pensando na assistência multi e interprofissional, quais os assuntos são indispensáveis para a elaboração do manual multiprofissional de preparo para a alta do paciente em terapia intensiva?**

2. **Pensando especificamente em sua especialidade e em sua atuação, cite e descreva dois assuntos que devam ser abordados no manual multiprofissional de preparo para a alta do paciente que se encontra em um CTI.**

APÊNDICE C: Questionário de validação para equipe multiprofissional

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
PROGRAMA ADULTO CRÍTICO
Residente: Martina Zucchetti
Orientadoras: Dra. Isis M. Severo e Dra. Karina O. Azzolin

Trabalho de Conclusão de Residência
MANUAL INTERPROFISSIONAL DE TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS DO PACIENTE
CRÍTICO: Elaboração e validação

Prezados colegas,

Gostaríamos de aprimorar o MANUAL INTERPROFISSIONAL DE TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO DO PACIENTE CRÍTICO, bem como realizar os ajustes necessários para que seja considerado validado pela equipe multiprofissional do CTI. Para isso, as suas sugestões e contribuições são fundamentais e imprescindíveis.

Será realizada uma Validação por Consenso, sendo considerado um índice de 78% como nível mínimo para que o manual seja considerado validado pela equipe multiprofissional.

IDENTIFICAÇÃO:

NOME:

PROFISSÃO:

TITULAÇÃO:

TEMPO DE ATUAÇÃO EM TERAPIA INTENSIVA:

QUESTIONÁRIO:

Avaliação quanto ao conteúdo:

1. As orientações contidas neste manual:

- () 1 = não são importantes.
- () 2 = são pouco importantes
- () 3 = são muito importantes.
- () 4 = são

Caso assinale as opções 1 ou 2, é importante que você descreva o porquê.

2. A linguagem do manual é acessível para o público-alvo a qual será destinado?

- () 1 = não é acessível.
- () 2 = pouco acessível.
- () 3 = bastante acessível.
- () 4 = muito acessível.

Caso considere as opções 1 ou 2, descreva o que pode ser melhorado. Caso exista algum termo ou palavra que possa ser simplificada ou alterada para que ocorra um melhor entendimento, por favor, sugira.

3. Na sua opinião, o conteúdo deste manual contribuirá para esclarecer eventuais dúvidas dos pacientes e familiares?

- () 1 = não contribuirá.
- () 2 = contribuirá pouco.
- () 3 = contribuirá muito.
- () 4 = contribuirá expressivamente.

Caso assinale as opções 1 ou 2, por favor, descreva o que pode ser aprimorado.

4. A quantidade de informações:

- () 1 = inadequada.
- () 2 = pouco adequada.
- () 3 = adequada.
- () 4 = muito adequada.

Caso assinale as opções 1 ou 2, por favor, descreva o que pode ser aprimorado.

5. Você considera que as informações contidas no manual favorecem a realização dos cuidados de saúde do paciente?

- () 1 = não favorece.
- () 2 = favorece pouco.
- () 3 = favorece.
- () 4 = favorece muito.

Se possível, descreva o porquê de sua resposta.

6. Você considera que o manual é aplicável na prática de trabalho da equipe?

- () 1 = não aplicável.
- () 2 = pouco aplicável.
- () 3 = aplicável.
- () 4 = muito aplicável.

Se possível, descreva o porquê de sua resposta.

Avaliação quanto à estrutura:

7. O tamanho e estilo da letra:

****O estilo e o tamanho da fonte, bem como as cores utilizadas nesta versão do manual estão de acordo com as normas e as orientações do setor de Comunicação do HCPA.**

- () 1 = inadequados.
- () 2 = pouco adequados.
- () 3 = adequados.
- () 4 = muito adequados.

Caso assinale as opções 1 ou 2, por favor, descreva o que pode ser aprimorado:

8. A forma de disposição e de organização das informações:

- () 1 = inadequada.
- () 2 = pouco adequado.
- () 3 = adequado.
- () 4 = muito adequado.

Caso assinale as opções 1 ou 2, por favor, descreva o que pode ser aprimorado.

9. As ilustrações utilizadas no manual contribuem para o melhor entendimento por parte do leitor?

- 1 = não contribui.
- 2 = contribui pouco.
- 3 = contribui muito.
- 4 = contribui expressivamente.

10. As informações são facilmente localizadas no manual?

- 1 = nunca.
- 2 = poucas vezes.
- 3 = muitas vezes.
- 4 = sempre.

11. Você considera o título principal coerente com a proposta do manual?

- 1 = incoerente.
- 2 = parcialmente coerente.
- 3 = coerente.
- 4 = totalmente coerente.

Caso assinale as opções 1 ou 2, por favor, descreva o que pode ser alternado, bem como a sua sugestão de título.

12. Em relação aos títulos e subtítulos internos, você os considera coerentes com a proposta do manual?

- 1 = incoerentes.
- 2 = parcialmente coerentes.
- 3 = coerentes.
- 4 = totalmente coerentes.

Caso assinale as opções 1 ou 2, por favor, descreva o que pode ser alternado, bem como as suas sugestões de títulos e subtítulos.

Na sua opinião, de forma geral, esse manual pode ser considerado:

- VALIDADO
- VALIDADO COM SUGESTÕES
- NÃO VALIDADO

**Caso você não considere o manual validado nesta versão, é fundamental que descreva o que é necessário ser modificado para que ocorra a posterior validação.

Qualquer dúvida, entre em contato pelo e-mail mzucchetti@hcpa.edu.br ou pelo número (51) 992396525 (Martina).

*Agradecemos a sua colaboração.
Atenciosamente,
Enfa R2 Martina, Enfa Dra Ísis e Profa. Dra Karina.*

APÊNDICE D: Questionário de validação para pacientes e/ou familiares

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
 RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
 PROGRAMA ADULTO CRÍTICO
Residente: Martina Zucchetti
Orientadoras: Dr^a. Isis M. Severo e Prof^a. Karina O. Azzolin

Trabalho de Conclusão de Residência

Prezado participante,

Gostaríamos de melhorar o MANUAL DE CUIDADOS AO PACIENTE CRÍTICO e realizar os ajustes necessários para que atenda às necessidades e sane as eventuais dúvidas durante a internação, facilitando o entendimento dos pacientes e de seus familiares. Dessa forma, contamos com a sua colaboração e agradecemos a participação na pesquisa!

Código de identificação: _____

QUESTIONÁRIO:

- **Avaliação quanto ao conteúdo:**

1. As orientações contidas neste manual:

- () 1 = não são importantes.
 () 2 = são pouco importantes.
 () 3 = são muito importantes.
 () 4 = são extremamente importantes.

Caso assinale as opções 1 ou 2, é importante que você descreva o porquê:

2. A escrita do manual é fácil de entender?

- () 1 = não é fácil de entender.
 () 2 = às vezes é fácil outras vezes não é.
 () 3 = é muito fácil.
 () 4 = é extremamente fácil.

Caso considere as opções 1 ou 2, descreva o que pode ser melhorado. Caso exista algum termo ou palavra que possa ser alterada para que ocorra um melhor entendimento, por favor, sugira:

3. Na sua opinião, o conteúdo deste manual contribuirá para esclarecer suas dúvidas?

- () 1 = não contribuirá em nada.
- () 2 = contribuirá pouco.
- () 3 = contribuirá muito.
- () 4 = contribuirá expressivamente.

Se possível descreva o porquê de sua resposta:

4. A quantidade de informações:

- () 1 = não está adequada.
- () 2 = pouco adequada.
- () 3 = adequada.
- () 4 = muito adequada.

Caso assinale as opções 1 ou 2, por favor, descreva o que pode ser aprimorado:

5. Você considera que as informações contidas no manual vão ajudar no seu cuidado ou de seu familiar?

- () 1 = não vão ajudar.
- () 2 = vão ajudar pouco.
- () 3 = vão ajudar.
- () 4 = vão ajudar muito.

Se possível, descreva o porquê de sua resposta:

6. A leitura desse manual contribuiu para diminuir suas dúvidas?

- () 1 = não contribuiu.
- () 2 = contribuiu pouco.
- () 3 = contribuiu.
- () 4 = contribuiu muito.

- **Avaliação quanto à estrutura:**

7. O tamanho e estilo da letra:

- () 1 = inadequados.
- () 2 = pouco adequados.
- () 3 = adequados.
- () 4 = muito adequados.

8. As gravuras utilizadas no manual ajudam a entender melhor o texto?

- 1 = não ajuda.
- 2 = ajuda pouco.
- 3 = ajuda muito.
- 4 = ajuda expressivamente.

9. As informações são facilmente localizadas no manual?

- 1 = nunca.
- 2 = poucas vezes.
- 3 = muitas vezes.
- 4 = sempre.

ANEXOS

ANEXO A - Parecer Comitê de Ética e Pesquisa

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MANUAL DE PREPARO PARA ALTA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Pesquisador Responsável: ISIS MARQUES SEVERO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04447918.0.0000.5327

Submetido em: 11/12/2018

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Situação da Versão do Projeto: Aprovado

Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção:



PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1257547

+ DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- LISTA DE APRECIACÕES DO PROJETO

Apreciação	Pesquisador Responsável	Versão	Submissão	Modificação	Situação	Exclusiva do Centro Coord.	Ações
PO	ISIS MARQUES SEVERO	1	11/12/2018	26/12/2018	Aprovado	Não	