



VALIDAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA PARA FAMILIARES DE PACIENTES EM UTI

Resumo: Criar e validar uma cartilha educativa com orientações para auxiliar os familiares antes das visitas realizadas na UTI de um hospital escola. Estudo qualitativo com abordagem análise de conteúdo, realizado com profissionais de UTI. Para validação foi utilizado o método Delphi, utilizando especialistas da área. Para avaliação das respostas foi utilizado o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Foi utilizado ainda o Índice de Validade do Conteúdo. Observa-se entre os especialistas grau de concordância total acima de 70% e apenas 3% de discordância, o que reforça que a cartilha ajudará no processo de comunicação e relação da equipe, familiares e pacientes, achado corroborado pelo IVC global da Cartilha que foi de 0,96. A cartilha se apresenta como uma metodologia de fácil aplicação e baixo custo, possibilitando uma melhor comunicação entre os familiares e profissionais da UTI.

Descritores: Educação em Saúde, Humanização da Assistência, Unidades de Terapia Intensiva.

Validation of an educational booklet for family members of ICU patients

Abstract: To create and validate an educational booklet with guidelines to help family members before visits to the ICU of a teaching hospital. Qualitative study with a content analysis approach, carried out with ICU professionals. For validation, the Delphi method was used, using specialists in the area. To evaluate the responses, the Collective Subject Discourse (DCS) method was used. The Content Validity Index was also used. A degree of total agreement above 70% and only 3% of disagreement was observed among specialists, which reinforces that the booklet will help in the process of communication and relationship between the team, family members and patients, a finding corroborated by the global CVI of the Booklet which was 0.96. The booklet presents itself as an easy-to-apply and low-cost methodology, enabling better communication between family members and ICU professionals.

Descriptors: Health Education, Humanization of Care, Intensive Care Units.

Validación de una cartilla educativa para familiares de pacientes de UCI

Resumen: Crear y validar una cartilla educativa con lineamientos para ayudar a los familiares antes de las visitas a la UTI de un hospital escuela. Estudio cualitativo con enfoque de análisis de contenido, realizado con profesionales de UCI. Para la validación se utilizó el método Delphi, utilizando especialistas en el área. Para evaluar las respuestas se utilizó el método del Discurso del Sujeto Colectivo (DCS). También se utilizó el Índice de Validez de Contenido. Se observó un grado de acuerdo total superior al 70% y solo un 3% de desacuerdo entre los especialistas, lo que refuerza que la cartilla ayudará en el proceso de comunicación y relación entre el equipo, familiares y pacientes, hallazgo corroborado por el global CVI del cuadernillo que fue de 0,96. La cartilla se presenta como una metodología de fácil aplicación y bajo costo, posibilitando una mejor comunicación entre los familiares y los profesionales de la UTI.

Descritores: Educación en Salud, Humanización de la Asistencia, Unidades de Cuidados Intensivos.

Ana Caroline Alves da Silva

Pós-graduada pelo Programa Uniprofissional em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva do Instituto de Medicina Integral Prof.º Fernando Figueira (IMIP).

E-mail: a.carolinealvesdasilva@gmail.com

Sandra Regina Silva de Moura

Mestre em Avaliação em Saúde pelo IMIP.

E-mail: mourasrs@gmail.com

Elisson Bezerra de Lima

Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Pernambuco (UPE).

E-mail: elisson4@hotmail.com

Michele Alves de Oliveira

Especialista em Terapia Intensiva.

E-mail: micheleupe@hotmail.com

Felipe Jhonanta Ferreira da Costa

Mestre em Inovações Tecnológicas Educacionais - UFRN.

E-mail: felipejfc@gmail.com

Heloise Agnes Gomes Batista da Silva

Pós-graduada pelo Programa Uniprofissional em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva do Instituto de Medicina Integral Prof.º Fernando Figueira (IMIP).

E-mail: heloiseagbs@gmail.com

Submissão: 01/10/2023

Aprovação: 30/11/2023

Publicação: 27/12/2023



Como citar este artigo:

Silva ACA, Moura SRS, Lima EB, Oliveira MA, Costa FJF, Silva HAGB. Validação de cartilha educativa para familiares de pacientes em UTI. São Paulo: Rev Recien. 2023; 13(41):916-925. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2023.13.41.916-925>

Introdução

A primeira concepção de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) se deu por volta de 1850, durante a guerra da Criméia, quando Florence Nightingale, enfermeira, propôs agrupar pacientes, considerados mais graves, mais próximo ao posto da enfermagem e prestar assistência mais rápida e de melhor qualidade, o que reduziu a mortalidade dos soldados de 40% para 2%¹⁻³.

No início do século XX, nos Estados Unidos, foram criadas enfermarias para assistência de pacientes em pós-operatório de cirurgias de grande porte, com objetivo de prestar cuidados de forma contínua, obtendo bons resultados na evolução clínica dos pacientes e na sobrevida. Por volta de 1950, com a epidemia da poliomielite acometendo a Europa e os Estados Unidos, foram desenvolvidos novos equipamentos hospitalares, entre eles, os protótipos do que conhecemos hoje como ventiladores mecânicos, os “pulmões de aço”. Tais tecnologias impulsionaram, assim, o surgimento das primeiras denominadas UTI’s, antes conhecidas como enfermarias de cuidados respiratórios^{1,3,4}.

O primeiro contato brasileiro com um protótipo de UTI foi no Instituto de Ortopedia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1955, com a aquisição dos primeiros pulmões de aço, objetivando tratar os casos complexos de poliomielite, que se multiplicavam na população na época³.

No Brasil, a primeira UTI, nos moldes da concepção atual, surgiria em 1967. Desde então o incremento de novas tecnologias e o surgimento de novas unidades, que concentram recursos de alta complexidade, mudaram a curva de mortalidade de muitas patologias^{1,4}.

A UTI é descrita como setor fechado, complexo, com pacientes graves ou com risco de instabilidade clínica, que devem ser monitorados hemodinamicamente de forma contínua, com assistência ventilatória - quando indicado - com disponibilidade de recursos humanos especializados, como equipe de enfermagem e médica em tempo integral e multiprofissional de suporte, tais como nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas^{1,5,6}.

Essas unidades possuem dois pilares clínicos fundamentais: identificar os pacientes com potencial para recuperação - sejam eles clínicos ou cirúrgicos - e recuperar sua saúde, ou identificar aqueles cuja irreversibilidade do quadro clínico já esteja clara e oferecer uma assistência tranquila, digna e livre de danos e sofrimento⁶.

Pacientes com condições clínicas instáveis ou graves, idealmente, devem ser tratados em UTI, tendo sido apontado por um estudo que, quando o paciente é internado nessas unidades, assim que tem indicação, possui 37% de mortalidade; enquanto aquelas que, quando ultrapassam 24 horas de tempo de espera por leito nessas unidades, chegam a ter 67% de mortalidade^{3,7}.

O Brasil passa por mudanças importantes no perfil epidemiológico da sua população, como aumento da longevidade, em que estimativas apontam que a população idosa irá quadruplicar nos próximos 50 anos, melhoria das condições de saúde e acesso aos serviços, aumento da obesidade, eventos cardiovasculares, violências e outras situações que aumentam a procura por leitos de terapia intensiva e instigam ainda mais a complexidade que é gerenciar tais leitos^{3,8,9}.

A complexidade dessas unidades se justifica pois,

para seu funcionamento, é necessária alta densidade tecnológica, medicamentos em grandes quantidades, insumos e equipamentos médicos hospitalares, provenientes de grandes indústrias, além de mão-de-obra especializada e em grande quantidade, necessitando de conexões entre diversos setores sociais, que consomem cerca de 70% dos gastos públicos e privados em saúde¹².

Devido a não compreensão do funcionamento, ausência dos acompanhantes, grande número de procedimentos invasivos e a imagem negativa destes setores, tornou-se comum os familiares de pacientes graves sofrerem de ansiedade ao se deparar com seu ente querido neste ambiente considerado estranho e hostil^{11,12}.

Outros sentimentos comuns relatados nos acompanhantes são a angústia e o sofrimento psíquico, que promove questionamentos em relação a necessidade do cuidado prestado aos seus entes queridos e se o mesmo está sendo realizado com qualidade. Aponta-se como proposta para redução destes problemas o diálogo e acolhimento, sendo o profissional de saúde, o maior promotor dessas atitudes, tornando o tratamento mais confiável e tranquilo para todos os envolvidos¹³.

Nesta perspectiva a política de humanização propõe o acolhimento como ponto importante e significativo no processo de assistência ao usuário. Acolher significa reconhecer o que o outro traz como demanda e através da escuta é possível realizar um processo de interação e assegurar que familiar e paciente tenham suas dúvidas e dificuldades solucionadas¹⁴.

Devido as altas demandas de trabalho, inúmeros questionamentos dos acompanhantes e a falta de

interesse dos profissionais de saúde, o processo de comunicação por vezes deixa de ser eficaz e torna as visitas dos familiares menos proveitosas, mais angustiantes e dolorosas¹⁵.

Assim, devido a necessidade de comunicação objetiva e efetiva, formas de educação em saúde devem ser implementadas buscando esclarecer as dúvidas dos familiares e acompanhantes, tendo o enfermeiro papel fundamental em todo o processo de comunicação e acolhimento¹⁶.

Os métodos educacionais, direcionados para acompanhantes e pacientes, precisam ser práticos e baratos, visando alta efetividade e aplicabilidade. São exemplos: cartazes, folders, cartilhas, planilhas, fluxogramas e ações educativas em grupo. Assim, os materiais educativos impressos possuem essas características e são de fácil manipulação, não necessitam de ambiente específico para serem utilizados e de profissional habilitado como facilitador do conhecimento^{17,18}.

Dentre os impressos, as cartilhas educativas são recursos que viabilizam o processo de educação em saúde através da utilização de linguagem objetiva, clara e de fácil entendimento. Podem ser elaboradas com imagens que facilitem o processo de compreensão dos familiares e tornem mais fácil a forma de comunicação entre a equipe e o público alvo¹⁹.

Em estudo que retrata a importância e praticidade da utilização de tecnologias educacionais, pois elas apresentam relevância no processo de compreensão dos usuários das unidades de saúde, podendo o impresso ser utilizado e consultado em momentos de dúvidas o que facilita também o processo de comunicação entre os profissionais e o

público em questão²⁰.

Desta forma, este estudo tem como objetivo a construção e validação de uma cartilha educativa por profissionais de enfermagem especializados, através do método Delphi, que servirá como instrumento para orientação dos familiares antes das visitas realizadas aos pacientes internos nas UTI.

Material e Método

Trata-se de um estudo com abordagem análise de conteúdo, realizado com profissionais das UTI de um hospital escola, sendo elas: UTI Clínica, UTI Transplante e UTI Cirúrgica. Teve início após aprovação no Comitê de ética e pesquisa com número de CAAE 04936818.3.0000.5201, em consonância com os princípios da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Como primeira etapa foi realizada a criação, pelos pesquisadores, de uma cartilha educativa e ilustrativa voltada para os pacientes e acompanhantes, baseada nas principais dúvidas que a população apresenta durante as visitas e nas experiências profissionais. Essa cartilha foi preenchida com informações referentes aos procedimentos, equipamentos e rotinas.

Na segunda etapa, foi utilizado o método de avaliação Delphi, onde um grupo de especialistas avaliou a cartilha para realizar a sua validação e identificar a necessidade de possíveis alterações em sua estrutura.²¹ O grupo de profissionais foram escolhidos a partir de critérios de elegibilidade ao qual deveriam ser especialistas em terapia intensiva, pós-graduados ou que tivessem experiência em UTI há pelos menos 5 anos. Como critério de inclusão foi utilizado ter no mínimo 1 ano de trabalho em UTI da instituição, não estar de férias, licença médica ou

gestacional, ou afastado por outros afins.

O estudo foi realizado com um total de 12 profissionais onde apenas 11 responderam à pesquisa, pois um dos participantes esqueceu de preencher o questionário. A abordagem dos participantes se deu através de correio eletrônico ou de forma presencial, explicando os objetivos do estudo e o instrumento de avaliação, onde os mesmos deram seus pareceres levando em consideração os seguintes pontos: aplicabilidade, linguagem, ilustrações e conteúdo.

Foi aplicado um questionário com escalas de Likert, com valores de 1 a 5, onde 1 significa concordo totalmente e 5 discordo totalmente e uma questão aberta¹². Com um total de 7 questões que avaliavam o tipo de linguagem utilizada, favorecimento ao processo de ensino – aprendizagem, a resposta as dúvidas frequentes, conteúdo apresentado, avaliação das ilustrações e sua aplicabilidade.

O método utilizado para avaliação das respostas dos questionários foi o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) onde é realizada a junção de todas as falas dos participantes obtendo ideia central com expressões chaves que tornam o discurso semelhante e complemento.

Para validação foi utilizado o Índice de Validade do Conteúdo - IVC²³. O IVC mede a proporção dos especialistas em concordância com o instrumento, de forma global e individualizada por cada aspecto da cartilha. O cálculo é realizado através da soma das respostas positivas (concordo e concordo parcialmente) e dividido pelo total de especialistas²⁴.

Como método de avaliação global do instrumento, o cálculo utilizado deu-se pela soma dos IVCs de cada item dividido pelo total de itens. A fim de estipular o valor do IVC Global aceitável, foi

estabelecido pelos pesquisadores o valor recomendado de no mínimo 0,90²⁴, valor acima do recomendado pela literatura, pois alguns autores sugerem uma concordância mínima de 0,80¹⁵ para verificar a validade de novos instrumentos e garantir sua qualidade.

A partir das respostas obtidas através do preenchimento do instrumento de coleta e análise, foi possível avaliar se a cartilha era factível e com isso identificar possíveis alterações a serem realizadas no impresso para tornar a mesma melhor aplicável ao público alvo do estudo.

Resultados e Discussão

Item 1 - A adoção dessa cartilha pode facilitar a comunicação com os familiares dos pacientes?

Segundo a amostra, 82% concordam com essa afirmativa e um total de 18% dos pesquisados concorda parcialmente. Justifica-se este número expressivos de pessoas que através da seguinte fala:

S1 – *“Pode ser um meio facilitador da comunicação desde que o familiar consiga entender as informações que constam nela, mas se ele precisar que o profissional da UTI explique o que está sendo abordado no material, ela não consegue atingir o objetivo. A cartilha está bem elaborada e com informações pertinentes, mas pensando no nível de conhecimento e estudo dos acompanhantes, não vejo como a linguagem técnica utilizada possibilitará a compreensão da UTI sem a participação de um profissional para traduzir o conteúdo da cartilha”.*

Avaliando a fala, apesar do percentual positivo de participantes que acreditam que a comunicação com os familiares pode ser facilitada através deste instrumento, percebe-se que há necessidade de melhorar a linguagem utilizada na escrita da cartilha para torná-la mais compreensível para o público. Alteração viável de ser realizada, porém conseguir sanar todas as dúvidas do público é algo difícil, pois

deve ser levado em consideração o nível de escolaridade dos familiares e sua compreensão em relação ao conteúdo da cartilha.

Item 2 - Adoção dessa cartilha é uma metodologia de educação em saúde de fácil utilização.

Coincidentemente, 82% da amostra concorda com essa afirmativa e 18% concordam parcialmente. Um dos pesquisados achou importante salientar a utilização de mais ilustrações na cartilha, favorecendo o público analfabeto. Sugestão possível de ser identificada através da seguinte fala:

S4 – *“Tentar adequar a realidade dos que não sabem ler colocando mais ilustrações”*

As ilustrações são ponto importante a ser abordado e que devem ser valorizadas, visto que representam mais da metade do conteúdo do instrumento, porém o ambiente de UTI é diversificado em materiais, procedimentos e aporte tecnológico e por isso é pouco viável conseguir representar com fidedignidade todo o seu aporte de materiais e procedimentos.

Item 3 - Os temas abordados na cartilha são suficientes para sanar as dúvidas mais frequentes dos familiares dos pacientes.

Dos participantes, 45% concordam com a afirmativa, 45% concordam parcialmente e 9% discordam. A discordância em relação ao conteúdo da cartilha é possível sendo evidenciada pelos discursos abaixo.

S1 – *“Os acompanhantes sempre indagam o horário de visita, quando e como podem obter informações do quadro do paciente (deixar claro que não serão dadas informações pelo telefone), porque o paciente está inchado (edema), quando o paciente sai da UTI. Existem dúvidas com relação a equipe que dá assistência ao paciente (os profissionais que a compõe, explicar e enfatizar que eles estão 24 horas na UTI) e qual a sua função. Os familiares também indagam sobre as máscaras de venturi e VNI, pois elas em alguns momentos passam medo aos familiares por*

ser algo novo e que o paciente não fazia uso. Penso que essas dúvidas poderiam ser sanadas na cartilha por meio de apresentação da informação de forma sucinta e linguagem clara (sempre pensando em quem será o receptor da informação)”

S2 – *“A cartilha ajuda bastante os familiares no entendimento do paciente na UTI. Tira muitas dúvidas, mas completaria de acordo da mudança do quadro e repassando também as alterações para família.”*

S4 – *“Cada UTI tem sua especificidade, cada instituição tem regras, normas e rotinas. Especificar melhor: o que pode levar para o paciente? Como a visita deve se portar? em caso de doenças podem ir?”*

Assim alguns pontos poderiam ser considerados para possível inclusão na cartilha: horário das visitas na UTI e o que é permitido levar de item pessoal do paciente. A cartilha tem o objetivo de auxiliar na comunicação com os pacientes e seus familiares, porém se torna fatigante abordar vários assuntos e por isso alguns temas devem ser abordados de forma restrita, visto que tornaria o instrumento extenso e de baixa efetividade para o que é proposto.

Item 4 - Pensando no público alvo, essa cartilha tem linguagem clara e objetiva.

Analisando as respostas dessa afirmativa, 64% dos entrevistados concordam que a cartilha tem uma boa linguagem, 27% concordam parcialmente e 9% discordam dessa afirmação.

No trecho a seguir é possível identificar as melhorias propostas para a cartilha:

S1 - *“A linguagem visual e escrita da cartilha poderia ser melhor trabalhada. A cartilha deveria ser um meio pelo qual o acompanhante obtém informação e a entende sem a participação do profissional de saúde. Um guia que sempre estará com ele e lhe deixará mais próximo do ambiente novo. Por exemplo: A apresentação das informações do monitor para um leigo e com baixo nível de conhecimento não sana a dúvida sobre o que é no monitor a frequência cardíaca, respiratória, pressão e o que seria normal ou não. A linguagem escrita está cheia de termos técnicos e transmissão da informação fica comprometida. A cartilha não parece ter pensado no público alvo.”*

Ponderando a fala do S1, ressalta-se que o nível de compreensão e escolaridade dos familiares é baixo e por isso alguns termos ou palavras encontradas na cartilha podem ser de difícil compreensão para o público, tornando assim a observação extremamente relevante.

A cartilha educativa visa facilitar a comunicação entre equipe, família e paciente. Mas é de conhecimento dos pesquisadores que dúvidas possam existir devido à complexidade dos pacientes e suas necessidades, o que fortalece a afirmação da cartilha como um caminho para melhorar a relação equipe – pacientes – acompanhantes¹⁷.

É importante ressaltar que a cartilha não visa diminuir o papel do profissional de saúde e sua importância no processo esclarecimento de dúvidas. O instrumento serve como um apoio para melhorar a experiência do internamento e auxiliar nas dúvidas dos familiares²⁷⁻²⁹.

Item 5 - Essa cartilha é um instrumento aplicável para as UTIs Adulto.

Neste item 100% dos participantes concordam com essa afirmativa, sem trazer nenhum tipo de questionamento, o que permite compreender que o impresso é facilmente utilizável e de fácil aplicabilidade no ambiente hospitalar e em específico na terapia intensiva²⁵.

A cartilha é um método claro, objetivo e de baixo custo que favorece o processo de educação em saúde em diversos ambientes, entre eles o ambiente hospitalar. Nesta pesquisa o objetivo do instrumento foi fornecer um conhecimento prévio do ambiente de terapia intensiva e seus aparelhos²⁹.

Desta forma, a cartilha funciona como um primeiro contato, um ponto de acesso de informações

a respeito do ambiente até então desconhecido e promove um melhor aproveitamento do tempo de visita. Assim, quanto a aplicabilidade do instrumento, na visão dos especialistas, a cartilha cumpre seu objetivo²⁶.

Item 6 - As ilustrações da cartilha são suficientes para demonstrar com fidelidade o ambiente da UTI.

Dos participantes, 64% concordam que a cartilha considera o aporte tecnológico utilizado no ambiente e 36% concordam parcialmente. Observa-se que o grupo acredita que a cartilha precisa de mais ilustrações valorizando a linguagem não-verbal, afirmação realizada analisando as seguintes falas retiradas dos questionários:

S4 - *“Mais figuras, mais exemplos, mais informações”*

S1 - *“As ilustrações são adequadas para começar a introduzir o acompanhante na uti e isso não é ruim. Pois demonstrar com fidelidade esse ambiente altamente tecnológico iria requerer mais imagens, melhor nível gráfico e que não seria necessária no momento. Vejo essa cartilha como o primeiro meio para obter informação sobre um ambiente totalmente novo e que transmite medo para o acompanhante”*

Devido aos processos que acontecem dentro da UTI e de seu aporte tecnológico, se torna dificultoso conseguir sanar todas as dúvidas sobre os procedimentos e as tecnologias envolvidos dentro da terapia intensiva. Estudo mostra que a efetividade e objetivo da cartilha é alcançado a partir da qualidade de ilustrações e linguagem que é utilizada na construção do instrumento¹⁹.

Se faz necessário então que ocorra uma seleção dos pontos mais importantes geradores de dúvidas dentro deste ambiente. Destaca-se dessa forma que é preciso também realizar estudo com o público alvo para identificar se os objetivos serão atingidos com o instrumento.

Analisando a aplicabilidade e efetividade do uso da cartilha é possível identificar que o instrumento teve boa aceitação, fato que pode ser observado pelas falas dos especialistas apresentadas ao longo do trabalho bem como também na Tabela 1.

Tabela 1. Respostas dos especialistas entrevistados.

Item	Concordo	Concordo parcialmente	Indiferente	Discordo parcialmente	Discordo
1	82%	18%	0	0	0
2	100%	0	0	0	0
3	45%	45%	0	9%	0
4	64%	27%	0	9%	0
5	100%	0	0	0	0
6	64%	36%	0	0	0
73%	Média de Concordância das Afirmações				
24%	Média de Concordância Parcial das Afirmações				
3%	Média de Discordância das Afirmações				

Globalmente observa-se entre os especialistas um grau de concordância total acima de 70% e apenas 3% de discordância, o que reforça que a cartilha ajudará no processo de comunicação e relação da equipe, familiares e pacientes.

O material educativo de boa qualidade consegue alcançar seu objetivo e mudar a realidade do público assistido. Consegue ainda auxiliar no processo de compreensão por parte do familiar em relação a gravidade do paciente, minimizar as angústias e o medo que os relacionados ao internamento na UTI. Uma pesquisa realizada para validar uma cartilha para gestantes corrobora com essas afirmações³⁰.

Além disso, foi solicitado que os pesquisados identificassem pontos positivos e negativos da cartilha e fizessem considerações através de comentários e sugestões. Assim foram apontados como potencialidades a possibilidade de o instrumento ser o meio inicial de acolhida e orientação dos familiares dos pacientes internados na UTI, sendo então um facilitador da comunicação entre equipe/família.

Destaca-se também a clareza da cartilha nos seguintes aspectos: conteúdo, cor, fonte, textos e figuras que trazem fidedignidade ao ambiente da UTI. Ainda foi apontado a objetividade e qualidade do material. Sendo possível tais afirmações realizando análise das respostas no seguinte trecho:

S10 - *“Ótima iniciativa para esclarecimento de tantas dúvidas que os acompanhantes tem diante do setor (UTI)”*.

Dos pontos negativos, poucos comentários foram realizados, corroborado pelo IVC global. Logo que, o IVC global da Cartilha (Tabela 2) foi de 0,96, valor acima do esperado 0,90 e do que recomenda a literatura 0,80.

Um estudo aborda que um IVC global entre 0,9 e

1,0 representa que o instrumento teve boa aceitação pelo público em questão e seu conteúdo contempla as necessidades ao que é proposto. O que é confirmado através do valor do IVC dessa pesquisa que foi de 0,96²⁸.

Nos comentários e sugestões feitos pelos enfermeiros, pontos significativos foram colocados, como:

S2 - *“A cartilha deve ser apresentada pelo enfermeiro antes das visitas dos familiares, orientar sobre a vestimenta dos pacientes quando eles são admitidos nas UTIs e a não permissão em uso de celular pelos pacientes.”*

Foi proposto também a introdução de orientações para pacientes em pós-cirúrgico, pois isso minimizaria a angústia desses pacientes dentro da unidade.

Outras sugestões devem ser salientadas, como o abandono e descaso da família em relação aos pacientes internados nas instituições de saúde. É possível identificar essa problemática a partir do seguinte trecho:

S10 - *“Acrescentar na cartilha que o doente é responsabilidade dos profissionais do setor e dos familiares, sendo assim o telefone para contato deve ser obrigatório assim como a visita dos doentes, quem sabe assim diminui o abandono e ajuda nas decisões de condutas com rapidez e eficácia. Ex: TQT, alta para enfermaria etc”*.

Desta forma se tornaria relevante o acompanhamento quanto a condição social e familiar de alguns pacientes, que pode ser prejudicada devido ao seu tempo longo de internamento. Os pacientes internados em UTI, dependendo da patologia, idade, gravidade e outros fatores, possuem alta probabilidade de se tornarem doentes crônicos, característica ressaltada em uma pesquisa realizada com idosos em ambiente hospitalar. Assim o

acolhimento e orientação dos familiares podem ser boas propostas para redução dessas taxas³¹.

Conclusão

Fica claro que a cartilha é uma metodologia de fácil aplicação e baixo custo, que poderá amenizar possíveis dúvidas dos familiares de pacientes internados em UTI. Possui, segundo os especialistas entrevistados, boa aplicabilidade para o público proposto, com linguagem acessível e ilustrações que favorecem o aprendizado dos envolvidos.

Este tipo de instrumento se mostra uma ótima ferramenta para otimizar a comunicação e o processo de acolhimento dos usuários deste esse serviço especializado e coberto por uma cultura negativista, auxiliando assim, principalmente a equipe de enfermagem, que está em constante contato com a família dos pacientes.

Após o processo de validação com os especialistas, os pesquisadores recomendam que ocorra a aplicação da cartilha ao público alvo, avaliando a sua aceitação por parte dos, tornando o material melhor de ser explorado e assim alcançado o objetivo ao qual é proposto.

Referências

1. Dias AT, Matta PO, Nunes WA. Severity indexes in an adult intensive care unit: clinical evaluation and nursing work. *Rev Bras Terap Int.* 2006; 18(3):276-81.
2. Rapsang AG, Shyam DC. Scoring systems in the intensive care unit: A compendium. *Indian Jour of Crit Care Med.* 2014; 18(4):220-8.
3. Novaretti MCZ, Quitério LM, Santos EV. Gestão em unidades de terapia intensiva brasileiras: estudo bibliométrico dos últimos 10 anos. *Rev Adm Hospitalar Inovação Saúde.* 2015; 12(4):16-33.
4. 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 Jour of the Royal College of Physicians of London.* 2014; 14(4):376-9.
5. Brasil. Resolução no 7, de 24 de fevereiro de 2010. *Diário Oficial da União.* 2010; 1-12.
6. Timóteo PAD, Moura FAP, Viana FCV, Souza JH, Herculano MAS, Sousa SCC. Evaluation of Predictive Indexes of Mortality of Patients Admitted in the Unit of Intensive Therapy. *Jour. of Med. and Health Promotion.* 2018; 3(1):935-45.
7. Cardoso LTQ, Grion CMC, Matsuo T, Anami EHT, Kauss IAM, Seko L, et al. Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study. *Critical Care.* 2011; 15(1).
8. Assis LGR, Neto CSN, Santos GS, Santos AW, Silva CHS, Barros JF, et al. Avaliação da mortalidade de uma UTI de Sergipe segundo escore fisiológico agudo simplificado (SAPS 3). *Journal of Epidemiology and Infection Control.* 2019; (3):1-224.
9. Alves CJ, Franco GPP, Nakata CT, Costa GLG, Costa GLG, Genaro MS, et al. Avaliação de índices prognósticos para pacientes idosos admitidos em unidades de terapia intensiva. *Rev Bras Terapia Intensiva.* 2009; 21(1):1-8.
10. Junior JMS, Malbouisson LMS, Nuevo HL, Barbosa LGT, Marubayashi LY, Teixeira IC, et al. Aplicabilidade do escore fisiológico agudo simplificado (SAPS 3) em hospitais brasileiros. *Rev Bras Anestesiologia.* 2010; 60(1):20-31.
11. Ferreira PD, Mendes TN. Família em UTI: importância do suporte psicológico diante da iminência de morte. *Rev SBPH.* 16(1):88-112.
12. Oliveira CN, Nunes EDCA. Cuidando da família na UTI: desafio de enfermeiros na práxis interpessoal do acolhimento. *Texto Contexto Enferm.* 2014; 23(4):954-63.
13. Maestri E, Nascimento ERP, Bertencello KCG, Martins JJ. Avaliação das estratégias de acolhimento na unidade de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(1):75-81.
14. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização.* Brasília, DF: 2013. 1ª reimpressão.
15. Carmo AFS, Dias NLFB, Dias PHC, Mendes RNC, Moura LA. The care and communication: interaction between nurses and families of users in an adult intensive care unit. *Rev Pesq Cuid Fundam*

Online. 2012; 4(3):2730-43.

16. Áfio ACE, Balbino AC, Alves MDS, Carvalho LV, Santos MCL, Oliveira NR. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. Rev Rene. 2014; 15(1):158-65.

17. Varela AIS, Rosa LM, Radünz V, Salum NC, Souza AIJ. Cartilha educativa para pacientes em cuidados paliativos e seus familiares: estratégias de construção. Rev Enferm UFPE online. 2017; 11(Supl. 7):2955-62.

18. Vieira RHG, Erdmann AL, Andrade SR. Vacinação contra influenza: construção de um instrumento educativo para maior adesão dos profissionais de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2013; 22(3):603-9.

19. Castro ANP, Lima Junior EM. Desenvolvimento e validação de cartilha para pacientes vítimas de queimaduras. Rev Bras Queimaduras. 2014; 13(2):103-13.

20. Benevides JL, Coutinho JFV, Pascoal LC, Joventino ES, Martins MC, Gubert FA et al. Construção e validação de tecnologia educativa sobre cuidados com úlcera venosa. Rev Esc Enferm USP. 2016; 50(2):309-16.

21. Massaroli A, Martini JG, Lino MM, Spenassato D, Massaroli R. Método Delphi como referencial metodológico para a pesquisa em enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2017; 26(4):e1110017.

22. Lucian R. Repensando o uso da escala Likert: tradição ou escolha técnica? Revista Brasileira de pesquisas de marketing PMKT. 2016; 9(1):12-28.

23. Lefreve F, Lefreve AMC. Discurso do Sujeito Coletivo: Representações sociais e intervenções

comunicativas. Texto Contexto Enferm. 2014; 23(2):502-7.

24. Alexandre NMC.; Coluc MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(7):3061-3068.

25. Nascimento MHM, Teixeira E. Tecnologia educacional para mediar o acolhimento de "famílias cangurus" em unidade neonatal. Rev Bras Enferm. 2018; 71(suppl3):1370-7.

26. Santos ES, Gastaldi AB, Garanhani ML, Montezeli JH. Acolhimento e processo educativo em saúde a familiares de pacientes internados em UTI adulto. Cienc Cuid Saude. 2016; 15(4):639-46.

27. Leite, et al. Construção e validação de instrumento de validação de conteúdo educativo em saúde. Rev Bras Enferm. 2018; 71(suppl4):1732-8.

28. Gonçalves, et al. Construção e validação de cartilha educativa para promoção de alimentação saudável entre pacientes diabéticos. Rev Bras Promoc Saúde. 2019; 32:7781.

29. Ximenes, et al. Construção e validação de conteúdo de cartilha educativa para prevenção de quedas em hospital. Acta Paul Enferm. 2019; 32(4):433-41.

30. Oliveira SC, Lopes MVO, Fernandes AFC. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. Rev Latino Am Enferm. 2014; 22(4):611-20.

31. Ribeiro GDC, Barros DC. O abandono de idosos em unidade hospitalar: um estudo sobre realidade no hospital São João Batista em Viçosa, MG. SIMPAC. 2014.; 6(1):411-8.