



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**  
**“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”**  
**FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

**Tereza Raquel Schorr Calixto**

**Construção de manual para visitantes de pacientes  
internados em terapia intensiva adulto: revisão integrativa  
e validação de conteúdo**

Dissertação apresentada à Banca de Defesa do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Cursos de Mestrado Profissional e Doutorado Profissional do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, para obtenção do título de Mestre (a) em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertoncetto Fontes  
Coorientadora: Profa. Dra. Ana Silvia Sartori Barraviera Seabra Ferreira

**Botucatu**

**2022**

**Tereza Raquel Schorr Calixto**

**Construção de manual para visitantes de pacientes internados em  
terapia intensiva adulto: revisão integrativa e validação de  
conteúdo**

Dissertação apresentada à Banca de Defesa do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Cursos de Mestrado e Doutorado Profissional do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, para obtenção do título de Mestre (a) em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertoncetto Fontes

Coorientadora: Profa. Dra. Ana Silvia Sartori Barraviera Seabra Ferreira

Botucatu

2022

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Calixto, Tereza Raquel Schorr.

Construção de manual para visitantes de pacientes internados em terapia intensiva adulto : revisão integrativa e validação de conteúdo / Tereza Raquel Schorr Calixto. - Botucatu, 2021

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu  
Orientador: Cassiana Mendes Bertencello Fontes  
Coorientador: Ana Silvia Sartori Barraviera Seabra Ferreira  
Capes: 40400000

1. Unidade de terapia intensiva de adulto. 2. Humanização na saúde. 3. Acolhimento. 4. Visitas a pacientes. 5. Manuais, guias, etc.

Palavras-chave: Acolhimento; Famílias; Humanização; Pandemia; Unidade de terapia intensiva.

**Tereza Raquel Schorr Calixto**

**Construção de manual para visitantes de pacientes internados em terapia  
intensiva adulto: revisão integrativa e validação de conteúdo**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Cursos de Mestrado e Doutorado Profissional do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof(a). Dr(a) Cassiana Mendes Bertoncello Fontes

Coorientadora: Prof(a).Dr(a). Ana Silvia Sartori Barraviera Seabra Ferreira

Comissão examinadora

---

Prof(a). Dr(a) Cassiana Mendes Bertoncello Fontes

Universidade: Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

---

Prof(a). Dr(a) Maria Helena Borgato

Universidade: Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

---

Prof(a). Dr(a) Cristiane Cardoso de Paula

Universidade: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS/Brasil)

Botucatu, 21 de dezembro de 2022.

Dedico esse trabalho para a família de cada paciente que não escolhe estar internado em um leito de hospital; para cada família surpreendida por um diagnóstico de câncer, AVC, infarto, acidente automobilístico e outras adversidades da vida. Para cada família que ao se deparar com situações semelhantes, chega assustada na porta de uma UTI, sem saber o que a espera, com medos, incertezas, ansiedade, e que possa rever seu ente querido, compreendendo que muitas vezes ele possa estar inconsciente, conectado a diversos equipamentos e dispositivos para a manutenção de seu estado vital. Espero que o produto desse trabalho contribua para amenizar esses momentos de vulnerabilidade.

## **AGRADECIMENTOS**

“Até aqui o Senhor nos ajudou.” I Samuel 7.12

Começo agradecendo a Deus, pelo dom da vida, pelo seu cuidado de pai, por me proporcionar a cada novo dia alegria, paz, tranquilidade e força necessária para vencer cada desafio e dificuldade.

Agradeço a minha mãe Teresinha Schorr que é meu tesouro e preciosidade, que cuida de mim incansavelmente, a você meu eterno amor e dedicação.

Agradeço a minha orientadora Cassiana Mendes Bertoncello Fontes que conheci há alguns anos e me encantei por seu jeito meigo, doce e determinada, quem me acolheu e me ajudou no desenvolvimento desse trabalho.

A minha co-orientadora Ana Silva Sartori Barraviera Seabra Ferreira por toda atenção, carinho e dedicação na elaboração do manual.

Agradeço à aluna Ana Flávia Bozolan do Curso de Graduação de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP pela colaboração na construção do Manual por meio de incentivo de bolsa de Iniciação Científica do PIBITI-CNPq – Edital 2021-2022.

Agradeço aos amigos que são verdadeira cura para a alma e especialmente agradeço a uma amiga que é como uma irmã, mãe e chefe também, a Vanessa Cecília de Azevedo Michelin quem me ensinou a ser enfermeira, desde minha graduação como preceptora até ao meu primeiro emprego, acreditando em mim quando eu já não conseguia. Se não fosse por ela e seu incentivo, eu não teria chegado até aqui.

Sou eternamente grata a cada uma dessas pessoas que foram e continuam sendo verdadeiros anjos em minha vida.

Só tenho que agradecer a Deus por me permitir ter a honra de ter cruzado com cada pessoa incrivelmente maravilhosa durante a brevidade da vida, e ter aprendido a me tornar uma pessoa melhor, a cada dia. Que continue sendo assim!

“Quando toca alguém, nunca toque só um corpo. Quer dizer, não esqueça que toca uma pessoa e que neste corpo está toda a memória de sua existência. E, mais profundamente ainda, quanto toca um corpo, lembre-se de que toca um Sopro, que este Sopro é o sopro de uma pessoa com seus entraves e dificuldades e, também, é o grande Sopro do universo. Assim, quando toca um corpo, lembre-se de que toca um Templo.”

**Jean-Yves Leloup**

## **Apresentação**

Eu diria que, mais do que eu ter escolhido a área da saúde, foi a enfermagem que me escolheu, aos 17 anos, quando havia acabado de concluir o ensino médio.

Sou graduada em enfermagem pela Faculdade de Medicina de Marília, em 2010; de 2011 a 2012 concluí a Especialização em Enfermagem em Cardiologia pelo Instituto de ensino capacitação e Pós-graduação – INDEP; de 2018 a 2019 cursei a Especialização em Humanidades e Humanização, na Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Desde 2014 exerço a função de enfermeira assistencial na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital das Clínicas de Marília. Nesse ambiente crítico um dos aspectos que me sensibilizam é presenciar o sofrimento de familiares dos pacientes internados e em estado crítico. Nesse contexto a vida e a morte andam juntas.

Considerando as restrições de visitas familiares, o pouco tempo que estes passam ali ao lado dos pacientes, e bem como as incertezas em relação a melhora clínica, surgiu a ideia de criar um manual de acolhimento aos familiares.

Assim, ingressei no Mestrado Profissional com a intenção de realizar e promover a melhoria do acolhimento aos familiares dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Primeiramente elaborei um projeto de aplicabilidade com os profissionais da equipe de saúde da UTI. Em março de 2020 iniciei as atividades acadêmicas do curso de Mestrado Profissional, porém, com o advento da pandemia, tornou-se difícil e morosa a aprovação do projeto pelos coordenadores da instituição devido às vulnerabilidades da equipe nesse momento.

Resolvi juntamente com a orientadora realizar um estudo de revisão integrativa que pudesse subsidiar o conteúdo do tão sonhado manual e em seguida realizar a sua validação com enfermeiros de terapia intensiva. A Política Nacional de Humanização é o nosso referencial teórico e acreditamos que essa construção de conhecimento corroborará para o cuidado humanizado do paciente crítico e fará diferença aos familiares e pacientes o acolhimento humanizado e baseado em evidências científicas.

## Resumo

CALIXTO, T. R. S. **Construção de manual para visitantes de pacientes internados em terapia intensiva adulto: revisão integrativa e validação de conteúdo.** 2022. 105f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2021.

**Introdução:** A UTI é uma unidade que oferece suporte tecnológico aos pacientes em estado grave por uma equipe multiprofissional especializada. Constitui-se em ambiente complexo, invasivo, com inúmeras situações e eventos emergenciais estressantes, para o paciente, família e equipe de saúde. A individualidade do paciente no planejamento da assistência pelos profissionais que atuam pode reduzir essa hostilidade. A humanização do cuidado pode ser alcançada com o cuidado centrado no paciente e na família, através do acolhimento das necessidades dos familiares do paciente crítico, que permite reduzir os sentimentos de angústia, medo e estresse. Assim é fundamental a utilização de estratégias de acolhimento para proporcionar melhoria da qualidade da assistência. A finalidade desse estudo foi construir um manual para os familiares e visitantes de pacientes internados em UTI. O referencial teórico utilizado foi o conteúdo da Política Nacional de Humanização do Brasil. Para a sua consecução foram propostos uma revisão integrativa de literatura para identificar as evidências científicas sobre o assunto, a construção do produto e a validação do seu conteúdo por enfermeiros especialistas em terapia intensiva.

**Objetivos:** o objetivo geral foi construir um manual para os familiares e visitantes de pacientes internados em UTI de um hospital público de ensino; os objetivos específicos foram elaborar revisão integrativa de literatura para identificar as evidências científicas sobre o tema e validar o conteúdo do manual por enfermeiros especialistas em terapia intensiva. **Métodos:** o estudo foi aprovado pelo comitê de ética local, com parecer consubstanciado número 4.190.568. A elaboração do produto constituiu-se em três etapas: uma revisão integrativa de literatura; construção do manual e validação de conteúdo por especialistas. A revisão integrativa foi realizada em seis fases: identificação do tema e elaboração das perguntas norteadoras pela estratégia PICO; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos artigos identificados; categorização e definição das informações do conteúdo dos textos dos artigos; análise crítica dos conteúdos de acordo com respostas às perguntas norteadoras da revisão; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento. Para a busca de artigos para a revisão integrativa foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde em português, e em inglês os do *Medical Subject Headings*. Equações booleanas foram formuladas e inseridas nas bases de dados e nas plataformas on-line no período de janeiro de 2016 a junho de 2020, SCOPUS; PUBMED; EMBASE; Web of Science; CINHAL; Biblioteca Regional de Medicina que incluíram a LILACS, MEDLINE, BDNF e Scielo. Os artigos foram incluídos e excluídos de acordo com critérios e os conteúdos definidos pelas perguntas: “Como estão descritos na literatura branca (artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais) roteiros, protocolos, guias e ou quaisquer materiais educativos de acolhimento humanizado aos familiares que visitam seus entes na UTI Adulto?” e “Como se configura o acolhimento humanizado de familiares nas visitas aos pacientes internados em UTI Adulto com a pandemia da COVID 19?” As evidências científicas ofereceram

subsídios para a construção do manual, e para o seu formato foi utilizado o software Adobe InDesign versão 16.3.2; as imagens foram copiadas do banco gratuito *Freepik*. Um painel de 16 enfermeiros especialistas em terapia intensiva foi composto, denominados de juízes, para a validação do conteúdo do manual. Os critérios de Fehring foram utilizados na composição do painel e a pontuação mínima de cinco pontos dos respectivos currículos lattes. Os juízes responderam a um questionário elaborado em formato *Lime Survey* e enviado por email pessoal e ou institucional. O questionário foi composto por 33 itens na primeira rodada e seis itens na segunda rodada, com valores para serem assinalados em escala tipo Likert. A concordância de no mínimo 80% para todos os itens foi considerada a partir da realização das rodadas de envio do material aos juízes. **Resultados:** identificaram-se na busca da literatura 1372 títulos de artigos nas bases nacionais e internacionais, e após os critérios de inclusão, exclusão e identificadas as respostas às duas perguntas norteadoras, foram incluídos 11 documentos na revisão. As evidências científicas demonstradas na síntese de conhecimento foram especificadas no manual. O manual foi enviado para a primeira rodada de validação de conteúdo pelos juízes, e obteve-se concordância mínima de 84,62% e máxima de 100% para a maioria dos itens, com exceção do item linguagem, que obteve 69,23% de concordância. O manual foi reformulado e enviado aos juízes para a segunda rodada e após o retorno, foi constatada uma concordância de 100% para a maioria das questões e 94,12% para a questão sobre o título do manual. A versão final do manual pode ser acessada pelo link: [https://drive.google.com/file/d/1DDI6kKKbIFTgAQAK49Jw\\_KAmmdl4Bvd8/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1DDI6kKKbIFTgAQAK49Jw_KAmmdl4Bvd8/view?usp=sharing). **Conclusão:** o manual elaborado em formato digital foi construído baseado nas evidências científicas demonstradas pela síntese de conhecimento da revisão integrativa de literatura; a validação do conteúdo pelos juízes foi obtida em duas rodadas com concordância maior que 80% em todo os itens avaliados. A aplicabilidade do manual possibilita o acolhimento humanizado aos visitantes; proporciona condições para orientações presenciais e virtuais pela equipe de saúde; colabora para a capacitação da equipe de saúde; e contribui com potencial de replicabilidade para ser utilizado em outras instituições.

**Palavras-chave:** Humanização; Acolhimento; Famílias; Unidade de Terapia Intensiva; Pandemia; Covid-19.

## Abstract

CALIXTO, T.R.S. **Construction of a manual for visitors of patients admitted to adult intensive care: integrative review and content validation.** 2022. 105f. Dissertation (Professional Master's Degree in Nursing) - Faculty of Medicine of Botucatu, São Paulo State University, Botucatu, 2021.

**Introduction:** The ICU is a unit that offers technological support to critically ill patients by a specialized multidisciplinary team. It is a complex, invasive environment, with numerous stressful situations and emergency events for the patient, family, and health team. The individuality of the patient in the planning of care by the professionals who work can reduce this hostility. The humanization of care can be achieved with care centered on the patient and the family, by welcoming the needs of the critically ill patient's family members, which reduces feelings of anguish, fear and stress. Thus, it is essential to use reception strategies to improve the quality of care. The purpose of this study was to build a manual for family members and visitors of ICU patients. The theoretical framework used was the content of the National Humanization Policy in Brazil. For its achievement, an integrative literature review was proposed to identify the scientific evidence on the subject, the construction of the product and the validation of its content by nurses specialized in intensive care. **Objectives:** the general objective was to build a manual for family members and visitors of patients admitted to the ICU of a public teaching hospital; the specific objectives were to develop an integrative literature review to identify scientific evidence on the topic and validate the content of the manual by nurses specializing in intensive care. **Methods:** the study was approved by the local ethics committee, with opinion number 4,190,568. The elaboration of the product consisted of three stages: an integrative literature review; construction of the manual and content validation by experts. The integrative review was carried out in six phases: identification of the theme and elaboration of guiding questions by the PICo strategy; establishment of inclusion and exclusion criteria for the selection of identified articles; categorization and definition of information in the content of the articles' texts; critical analysis of the content according to the answers to the guiding questions of the review; interpretation of results and synthesis of knowledge. To search for articles for the integrative review, the Descriptors in Health Sciences in Portuguese were used, and in English, those from the Medical Subject Headings. Boolean equations were formulated and entered databases and online platforms from January 2016 to June 2020, SCOPUS; PUBMED; BASE; Web of Science; CINHALL; Regional Library of Medicine that included LILACS, MEDLINE, BDEF and Scielo. The articles were included and excluded according to criteria and the content defined by the questions: "How are scripts, protocols, guides and/or any educational materials of humanized reception for family members described in white literature (scientific articles published in national and international journals). visit their loved ones in the Adult ICU?" and "How is the humanized reception of family members configured in visits to patients hospitalized in Adult ICUs with the COVID 19 pandemic?" Scientific evidence provided subsidies for the construction of the manual, and the Adobe InDesign software version 16.3.2 was used for its format; the images were copied from the free bank Freepik. A panel of 16 nurses specialized in intensive care was composed, called judges, to validate the content of the manual. Fehring's criteria were used in the composition of the panel and the minimum score of five points from the respective

curriculum lattes. The judges answered a questionnaire prepared in Lime Survey format and sent by personal and/or institutional email. The questionnaire consisted of 33 items in the first round and six items in the second round, with values to be marked on a Likert-type scale. The agreement of at least 80% for all items was considered from the completion of the rounds of sending the material to the judges. **Results:** the literature search identified 1372 article titles in national and international databases, and after the inclusion and exclusion criteria were identified and the answers to the two guiding questions were identified, 11 documents were included in the review. The scientific evidence demonstrated in the knowledge synthesis was specified in the manual. The manual was sent to the first round of content validation by the judges, and a minimum agreement of 84.62% and a maximum of 100% was obtained for most items, with the exception of the language item, which obtained 69.23% of agreement. The manual was reformulated and sent to the judges for the second round and after the return, a 100% agreement was found for most questions and 94.12% for the question about the title of the manual. The final version of the manual can be accessed via the link: [https://drive.google.com/file/d/1DDI6kKKbIFTgAQAK49Jw\\_KAmmdl4Bvd8/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1DDI6kKKbIFTgAQAK49Jw_KAmmdl4Bvd8/view?usp=sharing). **Conclusion:** the manual prepared in digital format was built based on scientific evidence demonstrated by the synthesis of knowledge of the integrative literature review; the content validation by the judges was obtained in two rounds with agreement greater than 80% in all the items evaluated. The applicability of the manual enables a humanized reception to visitors; provides conditions for face-to-face and virtual guidance by the health team; collaborates for the training of the health team; and contributes with replicability potential to be used in other institutions.

**Keywords:** Humanization; Reception; Families; Intensive Care Unit; Pandemic; Covid-19.

## Lista de ilustrações

|   |    |
|---|----|
| <b>Quadro 1</b> - Estratégias PICO para formulação da primeira pergunta norteadora da revisão integrativa. Botucatu -SP. Brasil, 2021 .....   | 30 |
| <b>Quadro 2</b> - Estratégias PICO para formulação da segunda pergunta norteadora da revisão integrativa. Botucatu -SP. Brasil, 2021 .....  | 30 |
| <b>Quadro 3</b> - Classificação dos níveis de evidência de acordo com o tipo e definição de estudo científico, segundo autor <sup>39</sup> . Botucatu-SP, Brasil, 2020 .....                  | 32 |
| <b>Quadro 4</b> - Sistema de pontuação do modelo de validação de Fehring. Botucatu, SP. Brasil, 2020 .....  | 37 |
| <b>Quadro 5</b> - Quadro de Juízes Especialistas. Botucatu, SP. Brasil, 2021 .....  | 37 |
| <b>Quadro 6</b> - Itens de cada aspecto acessado pelos especialistas na primeira rodada. Botucatu, SP. Brasil, 2021 .....   | 40 |
| <b>Quadro 7</b> - Itens de cada aspecto acessado pelos especialistas na segunda rodada. Botucatu, SP. Brasil, 2021 .....  | 41 |
| <b>Figura 1</b> - Fluxograma das etapas da revisão integrativa. Botucatu-SP, Brasil 2020 .....  | 44 |
| <b>Quadro 8</b> - Caracterização dos artigos inclusos na revisão integrativa. Botucatu-SP, Brasil, 2020 .....   | 45 |
| <b>Quadro 9</b> - Identificação das evidências científicas dos 11 artigos inclusos na revisão integrativa e seus respectivos conteúdos relacionados no manual. Botucatu,SP. Brasil 2021 ..... | 50 |
| <b>Quadro 10</b> - Sugestões dos juízes especialistas na primeira rodada de avaliação de conteúdo do manual. Botucatu- SP. Brasil, 2021 .....   | 56 |
| <b>Quadro 11</b> - Sugestões dos juízes especialistas na segunda rodada de avaliação de conteúdo do manual. Botucatu, SP. Brasil, 2021 .....  | 60 |
| <b>Quadro 12</b> - Sugestões da banca de qualificação incorporadas no Manual. Botucatu,SP. Brasil 2021 .....  | 61 |

## Lista de tabelas

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabela 1</b> - Resultados da primeira rodada dos juízes. Botucatu, SP. Brasil,<br>2021 ..... | 53 |
| <b>Tabela 2</b> - Resultados da segunda rodada dos juízes. Botucatu, SP. Brasil,<br>2021 .....  | 60 |

## Lista de abreviaturas e siglas

- ANIARTI - Associação Nacional de Enfermeiros de Área Crítica
- BDEF - Base de Dados Bibliográficas Especializada na área de Enfermagem
- BIREME - Biblioteca Regional de Medicina
- CINHAL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*
- CNS - Conselho Nacional de Saúde
- CONSORT - *Statement: update guidelines for reporting parallel group randomised trials*
- COREQ - *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*
- COVID-19 - *Coronavirus Disease 2019 em inglês e Doença por Coronavírus – 2019 em português*
- DeCS - Descritores em Ciências da Saúde
- ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
- ECMO - Oxigenação por membrana extracorpórea
- FMB - Faculdade de Medicina de Botucatu
- HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
- IVC - Índice de Validade de Conteúdo
- LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MESH - *Medical Subject Headings*
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- OVA - Objeto Virtual de Aprendizagem
- PDF - *Portable Document Format*, ou seja, Formato de Documento Portátil
- PICO - *P* se refere à Paciente/Problema/Sujeito, *I* de Intervenção, *C* de Controle/Comparação e *O* de *Outcomes*/desfecho
- PNH - Política Nacional de Humanização
- PNHAH - Programa Nacional da Humanização da Assistência Hospitalar
- PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*
- PROADI-SUS - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
- SAM - *Suitability Assessment of Materials*
- SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*
- SIAARTI - Sociedade Italiana de Anestesia e Analgesia Reanimação e Terapia Intensiva

SICP - Sociedade Italiana dos Cuidados Paliativos

SIMEU - Sociedade Italiana de Medicina de Emergência e Urgência

STROBE - *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

UTI A - Unidade de Terapia Intensiva Adulto

## Sumário

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>16</b> |
| <b>1.1 Política pública de acolhimento do Sistema Único de Saúde (SUS)</b> .....                | <b>20</b> |
| <b>1.2 Direitos dos usuários da saúde e visita aberta</b> .....                                 | <b>21</b> |
| <b>1.3 A pandemia da COVID-19 e as unidades de terapia intensiva</b> .....                      | <b>22</b> |
| <b>1.4 A visita em UTI COVID-19</b> .....   | <b>23</b> |
| <b>1.5 Justificativa do estudo</b> .....  | <b>25</b> |
| <b>2 OBJETIVOS</b> .....  | <b>27</b> |
| <b>2.1 Objetivo geral</b> .....   | <b>27</b> |
| <b>2.1 Objetivos específicos</b> .....  | <b>27</b> |
| <b>3 MÉTODOS</b> .....  | <b>28</b> |
| <b>3.1 Método 1: revisão integrativa da literatura</b> .....                                    | <b>28</b> |
| <b>3.2 Construção do produto: o manual</b> .....  | <b>33</b> |
| <b>3.3 Validação do manual</b> .....  | <b>35</b> |
| <b>3.3.1 CONSTITUIÇÃO DO PAINEL DE JUÍZES</b> .....   | <b>36</b> |
| <b>3.3.2 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS PARA VALIDAÇÃO DO<br/>MANUAL PELOS JUÍZES</b> .....    | <b>39</b> |
| <b>3.3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS</b> .....                               | <b>41</b> |
| <b>4 RESULTADOS</b> .....   | <b>43</b> |
| <b>4.1 Revisão integrativa de literatura</b> .....  | <b>43</b> |
| <b>4.2 Evidências científicas dos artigos inclusos na revisão integrativa</b> .....             | <b>50</b> |
| <b>4.3 Produto construído: “Humaniza UTI: Manual de Acolhimento aos<br/>Visitantes</b> .....    | <b>52</b> |
| <b>4.4 Resultados da validação de conteúdo pelos juízes</b> .....                               | <b>53</b> |
| <b>5 DISCUSSÃO</b> .....  | <b>65</b> |
| <b>5.1 Discussão da revisão integrativa</b> .....   | <b>65</b> |
| <b>5.2 Discussão sobre a validação de conteúdo pelos juízes</b> .....                           | <b>75</b> |
| <b>5.3 Discussão do produto: “Humaniza UTI: Manual de Acolhimento aos<br/>Visitantes”</b> ..... | <b>77</b> |
| <b>6 CONCLUSÃO</b> .....  | <b>79</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | <b>81</b> |
| <b>ANEXO</b> .....  | <b>88</b> |
| <b>APÊNDICES</b> .....  | <b>90</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O surgimento da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) deu-se no início do século XX por meio da criação das “salas de recuperação”, que recebiam pacientes em pós-operatório de neurocirurgia no Hospital Johns Hopkins nos Estados Unidos da América.<sup>1</sup>

A UTI é caracterizada como uma unidade complexa diferenciada das outras unidades de internação hospitalar, devido a necessidade do suporte tecnológico aos pacientes que encontram-se em estado grave e/ou com instabilidade hemodinâmica e/ou risco de vida. É considerado um ambiente agressivo e invasivo por requerer atendimento às situações emergenciais, vigilância constante por profissionais especializados, e permeado por eventos e situações estressantes para o paciente e a família. O ambiente da terapia intensiva pode ser considerado menos hostil se os profissionais vislumbrarem a individualidade das necessidades de cada ser humano internado e a integralidade do cuidado.<sup>2-5</sup>

A UTI também pode ser caracterizada por um ambiente tenso e estressante, o qual exige constante atenção e agilidade da equipe intensivista. Enfermeiros que atuam nesse ambiente podem vivenciar situações que favorecem o surgimento de vulnerabilidades, como o constante confronto com a morte, dilemas éticos, impotência, bem como dificuldade em se estabelecer limites com familiares.<sup>9</sup>

Aliado a isso, a UTI também apresenta características que influenciam nos sentimentos e na esperança das pessoas envolvidas, seja profissional, paciente e ou familiar. É uma unidade onde é necessário planejar e criar canais de comunicação entre todos os envolvidos, além do foco principal que é a normalização do desequilíbrio hemodinâmico dos pacientes internados. Assim, os familiares devem ser acolhidos de forma humanizada e esse processo deve ser planejado para aliviar a angústia e outros sentimentos.<sup>6</sup>

O impacto do adoecimento e internação hospitalar em terapia intensiva provocam impacto emocional no paciente e na sua família, devido ao estado grave ou potencialmente grave. Nesse processo, o papel do familiar presente diariamente nas visitas contribui para que o paciente se adapte ao tratamento, mas a família também necessita de atenção pela equipe de saúde.<sup>10</sup>

A estrutura física e tecnológica da UTI gera um ambiente hostil aos pacientes e seus familiares, que ao adentrarem nesse ambiente podem se deparar

com equipamentos como bombas de infusão, tubos, máscaras, ventiladores mecânicos, monitores. O acolhimento pela equipe de saúde e as orientações aos familiares proporcionam compreensão da realidade necessária para restabelecer o equilíbrio hemodinâmico do paciente, com escuta ativa dos medos e angústias nesse momento de estresse.<sup>11</sup>

Esse ambiente se tornaria menos hostil se os profissionais da equipe de saúde percebessem a singularidade de cada ser humano. Nesse aspecto existe um desafio para a equipe de saúde: aliar os recursos tecnológicos aos valores humanitários e considerar a constante interação com a tecnicidade do cuidado. Deve haver um envolvimento dos profissionais com os pacientes e seus familiares, dosando-se de forma equilibrada as necessidades emocionais e o uso das tecnologias.<sup>2</sup>

A assistência humanizada em terapia intensiva pode ser realizada para paciente/família/profissionais, com a busca de interação, comunicação efetiva e o diálogo. Quem cuida e quem é cuidado podem desenvolver nesse processo de humanização: capacidades e habilidades como a sensibilidade e ouvir o outro, o uso de linguagem clara, diminuir dúvidas e ansiedade.<sup>7</sup>

Famíliares e pacientes experimentam a vulnerabilidade de uma internação em terapia intensiva, como momentos de sofrimento e tristeza. É necessário que exista empatia por parte dos profissionais que ali atuam. Um estudo constatou algumas alterações emocionais desencadeadas por pais de crianças internadas em terapia intensiva, identificando sentimentos de ansiedade em relação ao prognóstico da criança, fazendo-se necessário fornecer informações adequadas a esses familiares.<sup>8</sup>

Os sentimentos que os familiares podem apresentar nesse processo podem ser: medo, tristeza, desespero, angústia, solidão, impacto, nervosismo. Também podem ocorrer interferências na vida pessoal e profissional dos familiares, com necessidade de reorganização na dinâmica familiar para que ocorra a visita na UTI. Para a humanização do acolhimento aos familiares visitantes em terapia intensiva é essencial a devida orientação pela equipe de saúde quanto aos aspectos estruturais, tecnológicos e psicológicos que esse contexto exige.<sup>3,7,10</sup>

O familiar durante o momento da visita na UTI, pode ter que lidar com medo e dor em relação ao diagnóstico do paciente e depara-se com um ambiente frio e angustiante. Esses fatores podem resultar em um desequilíbrio do sistema

familiar relacionado a falta do contato com o paciente, problema financeiro, medo da morte, falta de informações adequadas, visitas restritas, dentre outros.<sup>3</sup>

Muitas vezes, internar em UTI significa estar entre a vida e a morte, com possibilidade de uma ida sem volta, local onde se vai para morrer. Os familiares, na maioria das vezes, apresentam-se “perdidos” por não conhecerem a rotina da UTI e não possuem esclarecimentos necessários ao entendimento desse contexto complexo.

Dúvidas e falta de esclarecimentos dos familiares pode levar a fenômenos de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático.<sup>12</sup>

A satisfação da família pode estar relacionada com alguns aspectos de apoio aos familiares, como estar próximo do paciente, receber informações adequadas, oportunidade de expressar seus sentimentos e de obter respostas às suas dúvidas. Essas intervenções da equipe corroboram para amenizar o sofrimento da família.<sup>2</sup>

Evidências científicas indicam benefícios da visita no ambiente crítico da terapia intensiva como proporcionar melhora da saúde emocional dos pacientes e oportunidades de relatar informações importantes para a equipe de saúde, o que contribui para o cuidado individualizado.<sup>10</sup>

A prática de um acolhimento efetivo poderá permitir a criação de uma relação estreita entre os profissionais, pacientes e familiares, o que transforma o cuidado centrado na doença para o cuidado integral ao ser humano e família.

Os familiares precisam sentir segurança, e para que isto ocorra, é necessário que a equipe intervenha e disponibilize informações à família e assim contribuam para o bem-estar do paciente.<sup>10</sup>

Os horários de visita em terapia intensiva são fixados de acordo com a rotina de cada instituição, sem considerar as necessidades individuais de cada pessoa hospitalizada. E muitas vezes é necessário por parte dos familiares algumas adaptações e reajustes na dinâmica familiar.<sup>4,10</sup>

A hospitalização na UTI, que frequentemente ocorre de forma abrupta, contribui para que a família tenha pouco tempo para a realização de ajustes nos horários e na sua rotina diária, o que gera uma situação estressante e talvez uma sensação de desamparo por parte dos familiares.

O momento da visita hospitalar na UTI é muito esperado pelos familiares e merece atenção como política pública hospitalar. Estudos tem focado o

desenvolvimento de estratégias de humanização com integração dos familiares como parte do processo terapêutico.<sup>3</sup>

O projeto UTI Visitas é uma parceria do Ministério da Saúde com o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) a ser desenvolvido em 40 hospitais de todas as regiões do Brasil. A proposta visa substituir a visita familiar restrita para possibilitar acolhimento de até dois familiares com permanência de doze horas consecutivas na terapia intensiva.<sup>13</sup>

A contribuição dessa mudança é promover a redução de sintomas de ansiedade e depressão nos pacientes internados e promover a satisfação e saúde mental dos familiares. É baseado no conceito de que a permanência familiar ao lado do paciente pode beneficiá-lo e promove a humanização do cuidado focado no paciente e família.<sup>13</sup>

Nas terapias intensivas pediátrica e neonatal se reconhece a importância da presença familiar em tempo integral, implementada desde a regulamentação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990.<sup>14</sup>

A predominância atual em relação às visitas em UTIs são as rotinas restritivas de horários e número de pessoas que podem entrar. Identifica-se que apenas 2,6% das UTIs brasileiras possuem políticas de visita aberta. No entanto, a tendência é que exista uma mudança de paradigma para a ampliação dos horários de visita, como política pública para implementação em terapia intensiva.<sup>4</sup>

Uma das características de um ambiente humanizado em UTI é o cuidado não só aos pacientes, mas também para com os familiares e que possuem necessidades específicas. Estratégias voltadas para o atendimento dos familiares favorecem maior satisfação destes e proporcionam maior qualidade da assistência.

O enfermeiro como educador e responsável pelo planejamento da assistência de enfermagem nas terapias intensivas é o profissional da equipe de saúde que possui preparo ético, moral e com conhecimento científico para assumir o acolhimento como forma de cuidar e de gerenciar o processo de trabalho da sua equipe.

Destaca-se que nem sempre o enfermeiro intensivista possui tempo e disponibilidade para realizar ações, como esclarecer, orientar e acolher os familiares, porém essa atividade deve ser planejada e tornar-se protocolo institucional. Além de fazer parte dos conteúdos de capacitação e treinamento continuado em serviço.

Um estudo quantitativo realizado na UTI do Hospital Universitário da

Universidade de São Paulo de setembro de 2011 a janeiro de 2012 sobre a implantação de visita de enfermagem na UTI para atender as principais necessidades verbalizadas pelas famílias, constatou que todos os familiares desejavam receber informações nas visitas de forma verbal e impressa sobre o estado clínico e alta dos pacientes além de receber comunicação regular com a equipe de saúde. Observou-se redução do estresse dos familiares quando essas medidas foram implementadas.<sup>15</sup>

No Brasil em 2003 foi implementada a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar<sup>16</sup> e muitas intervenções têm sido realizadas para que resultados benéficos sejam alcançados no processo de cuidar, na comunicação e relacionamento paciente/família/equipe de saúde hospitalar. Assim descreve-se a seguir sobre esse conteúdo.

### **1.1 Política pública de acolhimento do Sistema Único de Saúde (SUS)**

O Programa Nacional da Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) do Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 2001 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de humanizar a assistência prestada aos pacientes dos hospitais públicos. Em 2003 foi transformado em uma Política Nacional de Humanização, Humaniza-SUS.<sup>17</sup>

O acolhimento na PNH garante aos cidadãos que sejam ouvidos com atenção e acolhidos e proporciona acesso adequado a todas as unidades da rede pública de saúde, esclarece dúvidas e ameniza medos e anseios. Para se resgatar o cuidado humanístico na saúde, o ato de acolher torna-se um caminho para os profissionais.<sup>16</sup>

Acolher implica em escutar, tentar compreender o que o indivíduo diz, criar uma interação necessária entre os envolvidos no processo. Com o cuidado focado no paciente e na sua família, o tratamento pode ser adequado e se aproxima assim de melhores resultados e satisfação. A prática do acolhimento necessita ser constante como um cuidado relevante na UTI.<sup>16</sup>

O Acolhimento pode ser compreendido no sentido do ético, da estética e da política. Em relação ao ético refere-se a proporcionar organização do processo de trabalho e seus efeitos no cotidiano de vida local dos usuários; relacionar o compromisso com o reconhecimento do outro, em acolhê-lo em suas diferenças,

dores, alegrias, modos de viver, de sentir. Do ponto de vista estético se estabelece em relação às estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver da humanidade. No contexto da política se refere à uma ação de aproximação, de “estar com” e “estar perto de” como se fosse uma atitude de inclusão.<sup>16</sup>

O princípio norteador do acolhimento, a indissociabilidade, representa a associação permanente entre os modos como as pessoas vivem, trabalham, sentem, amam e são saudáveis.<sup>18</sup>

Dessa maneira torna-se indispensável que durante a hospitalização em UTI os pacientes devam ser tratados do ponto de vista orgânico, mas que a integralidade do ser humano permeie todos os aspectos e necessidades de cuidado, como as relacionadas ao psico-emocional e social, e com a participação e interação da família nesse processo.

## **1.2 Direitos dos usuários da saúde e visita aberta**

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, em 17 de junho de 2009, havendo seis princípios de cidadania que proporcionam ao cidadão o conhecimento de seus direitos e deveres ao procurar atendimento de saúde, público ou privado.<sup>19</sup>

Portaria nº 1.820 do Ministério da Saúde, de 13 de agosto de 2009 dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, como: acesso organizado aos sistemas de saúde a todo cidadão; tratamento adequado e efetivo; atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; atendimento que respeite a pessoa, valores e direitos; responsabilidade por parte do cidadão para que seu tratamento seja adequado; e comprometimento por parte dos gestores de saúde para que sejam cumpridos os princípios anteriores.<sup>19</sup>

A resolução nº 553, de 09 de agosto de 2017, aprovou a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde: a primeira diretriz trata sobre o direito e garantia ao acesso aos serviços de promoção, prevenção, tratamento e a recuperação da saúde; a segunda garante o direito de ser acolhida ao chegar ao serviço, de acordo com as prioridades que a Lei garante e atendimento adequado com qualidade; a terceira diretriz do direito ao atendimento humanizado e acolhedor, por profissionais qualificados, livre de qualquer tipo de discriminação,

garantindo-lhe em consultas, procedimentos e internações o direito a acompanhante, de acordo com situações previstas em lei, e em caso de comprometimento da autonomia da pessoa, e as devidas orientações para os acompanhantes.<sup>20</sup>

A visita diária de familiares aos usuários hospitalizados deve possuir no mínimo duas horas e deve ser aberta em todas as unidades de internação, com exceção de situações técnicas vigentes, assim como é direito receber visita religiosa de qualquer credo.<sup>20</sup>

A visita aberta é uma proposta da Política Nacional de Humanização (PNH) com o objetivo de ampliar o acesso de visitantes em unidades de internação para garantir o vínculo entre paciente e sua rede social; tem como principal objetivo gerar confiança e segurança e possibilitar o favorecimento à reabilitação e eficácia do tratamento.<sup>21</sup>

A implementação da Visita Aberta e Direito a Acompanhante da PNH tem mostrado a devida pertinência em vários hospitais, e que pode chegar a até 10 horas de visita para todos os pacientes. Esse aspecto implica na necessidade de intensificar o trabalho em equipe, redimensionamento de espaços físicos e novas estratégias de comunicação com visitantes.<sup>21</sup>

Um grande impacto recentemente instalou-se mundialmente nos contextos da assistência à saúde em todos os níveis de atenção e de complexidade de cuidado com a pandemia da COVID-19. Especificamente para as Unidades de Terapia Intensiva desafios e grandes consequências em todos os aspectos foram identificados, principalmente no que se refere à visita aos pacientes. Descreve-se a seguir aspectos desse impacto.

### **1.3 A pandemia da COVID-19 e as unidades de terapia intensiva**

Em janeiro de 2020, iniciou-se a pandemia pelo novo coronavírus que em pouco tempo causou a contaminação de milhões de pessoas e de mortes, oficializada pela Organização Mundial de Saúde em 11 de março de 2020. Devido a rapidez da transmissão e disseminação viral, o elevado número de casos gerou um aumento de internações hospitalares em unidades de tratamento clínico e de terapia intensiva, utilização de UTI e aumento de mortes. No Brasil, o estado de São Paulo foi o mais afetado, tendo sido decretado estado de calamidade pública em 20 de março.<sup>22</sup>

São medidas estabelecidas para controle do COVID-19: o diagnóstico precoce por meio de exames em massa; investigação do histórico dos contatos e deslocamento dos que foram infectados e isolamento dos casos confirmados; disponibilidade de equipamentos e materiais para prevenção como máscaras; distribuição de leitos hospitalares; kits de exames disponíveis; comunicação adequada para que ocorra a conscientização da população; ampla divulgação dos casos; distanciamento social, eventos públicos e reuniões proibidos; atividades suspensas em igrejas, escolas e universidades.<sup>23</sup>

Para os países preparados estimou-se uma taxa de mortalidade de cerca de 0,5% a 0,9%. Os países que possuíam sistemas de saúde sobrecarregados, a taxa de mortalidade foi de cerca de 3% a 5%. É possível haver redução do número de casos e de mortes para os países que agem rapidamente, pois cerca de 20% dos casos precisam de hospitalização, 5% precisam de cuidados em UTI e cerca de 2,5% necessitam de cuidados muito intensivos como ventilação mecânica e ECMO (Oxigenação por membrana extracorpórea).<sup>23</sup>

A falta da capacidade do sistema de saúde em suprir a necessidade de leitos de UTI ou enfermaria para pacientes com COVID-19 está relacionada com a mortalidade local, já que esta perda da capacidade, denominada colapso, antecede como por exemplo a ausência de ventiladores mecânicos para suporte respiratório. Esse índice de colapso pode ser calculado a partir da razão entre número de casos e número disponível de leitos.<sup>23</sup>

De acordo com dados da Vigilância Epidemiológica, atualizado em 07 de setembro de 2021, o total de casos confirmados no Brasil foi de 20.913.578, chegando a 584.171 óbitos, com uma taxa de letalidade de 2,79% e uma mortalidade de 100.000 (hab) de 277,9819, sendo o total de 222.727.736 de casos confirmados no mundo.<sup>24</sup>

#### **1.4 A visita em UTI COVID-19**

As UTIs das instituições públicas e particulares durante a pandemia da COVID-19 adotaram restrições às visitas familiares.

Dessa maneira passou-se a considerar uma nova proposta de visita familiar dentro da UTI, a tele visita. Essa modalidade constitui-se como visita remota e permite conectar os pacientes internados na UTI aos seus familiares, por meio de

aplicativos por equipamentos móveis como celular, *tablet* e *notebook*.

O Conselho Federal de Medicina reconheceu o *WhatsApp* como uma ferramenta de comunicação, de acordo com o parecer nº 14/2017 sobre o seu uso: “o *WhatsApp* e plataformas similares podem ser usados para comunicação entre médicos e seus pacientes, bem como entre médicos e médicos em caráter privativo para enviar dados ou tirar dúvidas com colegas com a ressalva de que todas as informações passadas têm absoluto caráter confidencial. Manter pacientes com seus próprios aparelhos telefônicos durante a internação pode não ser uma opção viável em muitos casos, principalmente em ambiente caótico e movimentado. Assim, o uso do aplicativo *WhatsApp* pode viabilizar visitas a pacientes em ambiente hospitalar ou intensivo.”<sup>22</sup>

Assim, vão se incorporando ideias de como lidar da melhor maneira possível com a situação mundial, com foco em medidas de prevenção e planejamento.

As tentativas de continuidade do acolhimento aos familiares nos ambientes de UTI são implementadas para amenizar o estresse, a angústia e sentimentos negativos que esse tipo de internação hospitalar pode gerar nas famílias com seus entes internados devido ao comprometimento da COVID-19.<sup>22</sup>

Diante do cenário da pandemia com a proibição de acesso à UTI destinada ao tratamento do paciente crítico acometido pela COVID-19 e complicações, autores<sup>25</sup> relataram a experiência da equipe do Hospital Manoel Victorino na Bahia, para diminuir o sofrimento que o isolamento acarreta entre pacientes internados em UTI e seus familiares. A iniciativa foi a realização de visitas por meio de vídeos e registros fotográficos, a partir de 17 de março de 2020.

O material registrado nesses momentos foi produzido pelas psicólogas da unidade e era encaminhado aos familiares. O uso desse material foi restrito às suas famílias e não pôde ser transferido a terceiros conforme acordado com as famílias no termo de consentimento assinado.<sup>25</sup>

Um projeto denominado “Coração” foi criado por equipes de serviço social, terapia ocupacional e psicologia que atuam no Centro de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Fortaleza, desde o início da pandemia. Essa iniciativa aproximou pacientes e familiares por meio da internet, com objetivo de proporcionar visita virtual aos pacientes internados, com manutenção da segurança de todos quanto às recomendações sanitárias assim como a diminuição da angústia de familiares em

relação a proibição de visitas presenciais.<sup>26</sup>

Nesse mesmo projeto posteriormente a ação de visita virtual foi ampliada para realizações de videochamadas. Observaram-se nos relatos de entrevistas com pacientes melhora no quadro geral e sentimento de gratidão e tranquilidade. O projeto também realizou videochamadas duas vezes na semana entre os pacientes acordados e conscientes internados na UTI, e os boletins médicos eram transmitidos por ligação telefônica.<sup>26</sup>

Foi desenvolvido um projeto de humanização em um hospital municipal de Contagem, onde a visita virtual foi implantada com o objetivo de manter o vínculo e apoio psicológico ao paciente enquanto estivesse internado, diminuindo assim as angústias e proporcionando conforto aos familiares, durante a pandemia.<sup>27</sup>

Diante das restrições às visitas hospitalares nesse período pandêmico, as equipes multidisciplinares dos hospitais Marcelino Champagnat e o Universitário Cajuru, receberam mensagens por meio de vídeo ou áudio dos familiares e encaminhados aos pacientes promovendo dessa forma momentos de contato com os familiares e alento durante esse período de distanciamento. As mensagens também são proporcionadas aos pacientes desacordados, considerando estudos que apontam que mesmo nessa situação eles podem ouvir.<sup>28</sup>

Foi publicada uma Lei de 2 de setembro de 2021 de nº 14.198, que trata das videochamadas entre os pacientes internados em serviços de saúde que estão impossibilitados de receber visitas, e seus familiares, com exigência de confidencialidade dos dados e das imagens geradas durante a videochamada.<sup>29</sup>

## **1.5 Justificativa do estudo**

O paciente em estado grave que necessita ser internado na UTI, passa por um momento de estresse, porque esse ambiente, muitas vezes, aparenta ser hostil, possui tecnologias e equipamentos específicos e contribui com o afastamento dos familiares.

O acolhimento faz parte da PNH, cujo papel é: garantir a escuta com atenção; promover acesso adequado a todas as unidades da rede pública de saúde; sanar dúvidas; amenizar o desconhecimento; apoiar o enfrentamento referente ao ambiente e a hospitalização. A intenção é respeitar os direitos dos pacientes.<sup>2</sup>

Desta forma, é fundamental utilizar estratégias que possam minimizar

sentimentos e sofrimentos dos familiares de pacientes internados em UTI, com a incorporação de acolhimento efetivo, o que permite a criação de uma relação estreita entre o profissional de saúde e de quem precisa de cuidados, desfocando a doença como principal fenômeno a ser tratado.<sup>2</sup>

Neste sentido, acrescenta-se que no contexto atual da pandemia também é primordial um adequado acolhimento aos familiares de pacientes internados em UTI. Configura-se um momento de fragilidade e de necessidade de investir na humanização do cuidado e no processo de acolhimento aos familiares.

Assim, a finalidade desse estudo foi construir um manual eletrônico destinado aos visitantes e familiares de pacientes internados em UTI, e que possa colaborar com o acolhimento relacionado à humanização hospitalar como prática no processo de cuidar, focado não apenas no paciente, mas também em sua família.

Para a consecução do estudo foi proposta a realização de uma revisão integrativa de literatura, que possibilitou a identificação das evidências científicas na literatura para compor o conteúdo do manual.

Posteriormente à construção do manual, foi realizada a validação de seu conteúdo por enfermeiros especialistas em UTI.

O manual finalizado possui possibilidades de ser utilizado pelo público em geral, por meio de um link disponibilizado, além do formato em pdf, que poderá ser impresso também assim como utilizá-lo em replicabilidade em outras instituições hospitalares de saúde e unidades de terapia intensiva.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Construir um manual para os familiares e visitantes de pacientes internados em UTI de um hospital público de ensino.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Elaborar uma revisão integrativa de literatura para identificar evidências científicas sobre o acolhimento aos familiares e visitantes de pacientes internados em UTI;
- Validar o conteúdo do manual por enfermeiros especialistas em Unidade de Terapia Intensiva.

### 3 MÉTODOS

O presente estudo possui delineamento metodológico. Esse tipo de estudo visa a investigação de métodos para a coleta e organização de dados, através do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa.<sup>30</sup>

O projeto foi aprovado pelo Parecer Consubstanciado de 04 de agosto de 2020 número 4.190.568, do comitê de ética em pesquisa FMB/UNESP (Anexo 1).

O referencial teórico utilizado foi o de Echer<sup>31</sup> que sugere as etapas para o processo de construção de materiais educativos: submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa; levantamento bibliográfico; elaboração do material educativo; validação do material por especialistas no assunto.

#### 3.1 Método 1: revisão integrativa da literatura

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica em bases de dados e plataformas on-line nacionais e internacionais que hospedam periódicos de artigos científicos. O período de busca deu-se de no período de janeiro de 2016 a junho de 2020.

A combinação de descritores empregada, de acordo com os Descritores das Ciências da Saúde (DeCS) foram: (Humanização da assistência OR Humanização da Assistência Hospitalar OR Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar OR Humanización de la Atención OR Humanization of Assistance) AND (Unidades de Terapia Intensiva OR Unidade de terapia intensiva de adulto OR UTI OR Unidades de Cuidados Intensivos OR Intensive Care Units) AND (Relações profissional-família OR Relaciones Profesional- Familia OR Professional-Family Relations) AND (Pandemia OR Pandemias OR Pandemics) AND (Infecções por Coronavirus OR Covid-19 OR Infecciones por Coronavirus OR Coronavirus Infections).

Foram realizadas buscas nas bases e plataformas on line: SCOPUS; PUBMED; EMBASE; WEB OF SCIENCE; CINHAL; Biblioteca BIREME (LILACS, MEDLINE, BDEF, SCIELO), PUBMED; EMBASE.

No Pubmed foi utilizado como estratégia de busca descritores controlados combinados com operadores booleanos do Medical Subject Headings (MeSH):

(Humanization of Assistance) AND (Intensive Care Units OR Care Unit, Intensive OR Care Units, Intensive OR Intensive Care Unit OR Unit, Intensive Care OR Units, Intensive Care) AND (Professional-Family Relations OR Professional Family Relations OR Professional-Family Relation OR Relation, Professional-Family OR Relations, Professional-Family OR Professional Family Relationship OR Family Relationship, Professional OR Family Relationships, Professional OR Professional Family Relationships OR Relationship, Professional Family OR Relationships, Professional Family) AND (Pandemics OR Pandemic) AND (Coronavirus Infections OR Coronavirus Infection OR Infection, Coronavirus OR Infections, Coronavirus OR Covid-19); porém o termo Humanização não consta no MeSH, então quando cruzamos os termos (Intensive Care Units OR Care Unit, Intensive OR Care Units, Intensive OR Intensive Care Unit OR Unit, Intensive Care OR Units, Intensive Care) AND (Pandemics OR Pandemic) AND (Coronavirus Infections OR Coronavirus Infection OR Infection, Coronavirus OR Infections, Coronavirus OR Covid-19).

Os critérios de exclusão dos artigos foram: duplicidade nas bases, não disponíveis na íntegra e aqueles que não responderam à questão norteadora da revisão.

A revisão integrativa é um método que proporciona a síntese do conhecimento e proporciona aplicar os resultados obtidos, a partir da inclusão de estudos, e que indiquem evidências científicas que possam nortear a prática e identificar o “estado da arte do tema”. É considerada como ampla abordagem metodológica das revisões. Também podem ser combinados dados da literatura teórica e empírica, podendo proporcionar uma ampla amostra, gerando um panorama consistente de conceitos complexos, de teorias ou problemas de saúde que são relevantes para a enfermagem.<sup>32,33</sup>

A revisão integrativa contribui para a identificação, análise e síntese de resultados de estudos e proporciona uma repercussão benéfica na qualidade de cuidados prestados aos pacientes e no pensamento crítico do profissional, fatores necessários à prática diária.<sup>33</sup>

O processo da elaboração da revisão integrativa ocorreu em seis fases.

A 1ª fase correspondeu à identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa ou pergunta norteadora: a determinação da problemática e da hipótese de estudo, que originará a definição dos descritores para buscar nas bases, plataformas on-line e bibliotecas virtuais nacionais e internacionais os estudos a

serem identificados e posteriormente incluídos.

A definição das perguntas norteadoras da revisão foi elaborada a partir da estratégia com acrônimo PICO, baseada nos critérios do *Joanna Briggs Institute* (JBI), onde se lê: o “P” referente a população de interesse, “I” o fenômeno de interesse e “Co” relacionado ao contexto, demonstrado no quadro 1.<sup>34</sup>

**Quadro 1** - Estratégias PICO para formulação da primeira pergunta norteadora da revisão integrativa. Botucatu -SP. Brasil, 2021

|    |                        |  |
|----|------------------------|--|
| P  | População de interesse | Familiares e visitantes de pacientes internados em UTI                         |
| I  | Fenômeno de interesse  | Identificação de material educativo sobre acolhimento humanizado de visitantes |
| Co | Contexto               | Unidade de Terapia Intensiva Adulto geral                                      |

\*Fonte: Disponível em: <https://jbi-global-wiki.refined.site/>

**Quadro 2** - Estratégias PICO para formulação da segunda pergunta norteadora da revisão integrativa. Botucatu-SP. Brasil, 2021

|    |                        |  |
|----|------------------------|--|
| P  | População de interesse | Familiares e visitantes de pacientes internados em UTI         |
| I  | Fenômeno de interesse  | Descrição de acolhimento humanizado de familiares e visitantes |
| Co | Contexto               | Unidade de Terapia Intensiva Adulto COVID-19                   |

\*Fonte: Disponível em: <https://jbi-global-wiki.refined.site/>

Assim, estabeleceram-se, de acordo com as estratégias PICOs, as duas perguntas norteadoras:

Pergunta 1= “Como estão descritos na literatura branca (artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais) roteiros, protocolos, guias e ou quaisquer materiais educativos de acolhimento humanizado aos familiares que visitam seus entes na UTI Adulto?”

Pergunta 2= “Como se configura o acolhimento humanizado de familiares

nas visitas aos pacientes internados em UTI Adulto com a pandemia da COVID 19?”

A 2ª fase da revisão integrativa consistiu em se estabelecer os critérios para a seleção dos artigos identificados na busca da literatura.

Foi realizada busca em junho de 2020, no período de janeiro de 2016 a junho de 2020. Uma atualização dessa busca foi realizada em outubro de 2021.

Para a busca nas bases de dados nacionais e internacionais, plataformas on-line e bibliotecas virtuais da saúde, utilizaram-se os descritores e sinônimos controlados do Dicionário das Especialidades das Ciências da Saúde (DECS) em português e do *Medical Subject Headings* (MESH), em inglês, combinados aos operadores booleanos *And* e *Or*.

Foram equacionados os conjuntos de descritores em inglês, português e espanhol e inseridos nas plataformas/bases SCOPUS; PUBMED; EMBASE; WEB OF SCIENCE; CINHAL; Biblioteca Regional de Medicina (LILACS, MEDLINE, BDEF, SCIELO).

Na 3ª fase foi realizada a categorização e definição das informações a serem extraídas. Para a inclusão dos artigos foram analisados, extraídos e sintetizados os dados referentes aos objetivos, metodologia, resultados e as principais conclusões de cada um deles.<sup>33</sup>

Na 4ª fase foram avaliados os estudos que atenderam aos critérios de inclusão. Foi realizada a análise crítica dos estudos inclusos, de maneira detalhada e identificadas respostas às perguntas norteadoras e além de identificar resultados diferentes ou conflitantes.<sup>33</sup>

Foram utilizados os instrumentos: *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para pontuar estudos quantitativos; o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) para pontuar estudos qualitativos; o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) para relatórios de revisões sistemáticas e meta-análises e *Statement: update guidelines for reporting parallel group randomised trials* (CONSORT) para ensaios randomizados.

A iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* (Strobe - Aprimorando a Apresentação de Resultados de Estudos Observacionais em Epidemiologia) foi desenvolvida com o objetivo de melhorar a qualidade da descrição dos estudos observacionais para assim facilitar a leitura crítica dessas publicações pelos editores e revisores, tratando sobre princípios que

devem nortear os estudos observacionais, com uma lista de verificação de 22 itens.<sup>35</sup>

O COREQ trata sobre critérios consolidados para relatórios de pesquisa qualitativa; seus critérios incluem uma lista de verificação de 32 itens, que podem auxiliar pesquisadores a relatar aspectos importantes da pesquisa, métodos, contexto, resultados, análises e interpretações.<sup>36</sup>

O instrumento PRISMA tem o objetivo de melhorar os relatórios de revisões sistemáticas, incluindo 32 itens de verificação.<sup>37</sup>

O instrumento CONSORT é usado em todo o mundo para melhorar os ensaios clínicos randomizados, incluindo a verificação de 25 itens.<sup>38</sup>

Foi utilizado para classificar o nível de evidência dos artigos inclusos o estudo de Melnyk; Fineout-Overhol<sup>39</sup>, que descreve o desenho, a definição e o nível de evidência dos tipos de estudos científicos, demonstrado no Quadro 3.

**Quadro 3** - Classificação dos níveis de evidência de acordo com o tipo e definição de estudo científico, segundo autor<sup>39</sup>. Botucatu-SP, Brasil, 2020

Continua

| <b>Tipo de evidência</b>                 | <b>Nível de evidência</b> | <b>Descrição</b>  |
|--|---------------------------|---|
| Revisão sistemática ou metanálises       | I                         | Uma síntese de evidências de todos os ensaios clínicos randomizados e controlados relevantes  |
| Estudos randomizados e ensaio controlado | II                        | Um experimento em que os sujeitos são randomizados a um grupo de tratamento ou grupo de controle  |
| Ensaio controlado sem randomização       | III                       | Um experimento em que os assuntos não são aleatórios atribuído a um grupo de tratamento ou grupo de controle  |
| Caso-controle ou estudo de coorte        | IV                        | Estudo de caso-controle: uma comparação de sujeitos com uma condição (caso) com aqueles que não têm a condição (controle) para determinar as características que pode prever a condição.<br>Estudo de coorte: uma observação de um grupo (s) (coorte [s]) para determinar o desenvolvimento de um (s) resultado (s) como uma doença |

| <b>Tipo de evidência</b>                                   | <b>Nível de evidência</b> | <b>Descrição</b>  |
|--|---------------------------|---|
| Revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos | V                         | Uma síntese de evidências de estudos qualitativos ou descritivos para responder a uma questão clínica   |
| Estudo qualitativo ou descritivo                           | VI                        | Estudo qualitativo: reúne dados sobre o comportamento humano para entender por que e como as decisões são tomadas.<br>Estudo descritivo: fornece informações básicas sobre o que, onde e quando de um tópico de interesse |
| Opinião ou consenso  | VII                       | Opinião oficial de comitê de especialistas  |

Fonte: Melnyk; Fineout-Overhol, 2005

Na 5ª fase, a interpretação dos resultados compreendeu a discussão dos dados identificados e que apresentou, respostas às perguntas norteadoras e esse processo permitiu identificar as lacunas do conhecimento sobre o tema.<sup>33,40</sup>

A identificação de evidências científicas contribuiu para compor o material educativo, que foi o produto do projeto de mestrado profissional.

Na 6ª fase, apresentação da revisão integrativa ou síntese do conhecimento. O conteúdo dos artigos que foram inclusos e que apresentaram respostas às perguntas norteadoras foram analisados e apresentados em forma de quadro com a síntese do conhecimento.

### **3.2 Construção do produto: o manual**

Manuais de orientação tem o objetivo de subsidiar orientações verbais de profissionais da saúde aos pacientes e famílias, para reforçar ou realizar a educação em saúde.<sup>41</sup>

Para a construção do manual do presente estudo, primeiramente o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa. Após a aprovação, foi iniciada a revisão integrativa de literatura para a identificação das evidências científicas.

O conteúdo foi inserido com linguagem acessível para o público a que se

destina, independentemente do seu grau de instrução. A finalidade do manual é proporcionar orientações sobre a visita hospitalar pelos familiares ao paciente internado na UTI.

Foi necessário realizar a seleção de informações importantes, para que o material pudesse ser atrativo, objetivo e não muito extenso. Dessa maneira proporcionar orientação significativa do tema escolhido.

Para a etapa de qualificação do manual, a literatura recomenda a validação do conteúdo por profissionais especialistas.<sup>41</sup>

Materiais educativos são veículos através dos quais se comunicam informações que podem ser escrita, audiovisual, demonstrativos e digitais, e cada um com características distintas. Essas características que devem ser levadas em consideração em um material educativo, incluem: conteúdo, linguagem, organização, layout, tipografia, ilustrações, aprendizagem e motivação.<sup>42</sup>

De acordo com as recomendações metodológicas de Echer<sup>31</sup>, a etapa de elaboração do material educativo cumpriu as etapas sugeridas. O manual foi desenvolvido utilizando o software Adobe InDesign versão 16.3.2.

As imagens foram retiradas do banco de imagem gratuito *Freepik*. O desenvolvimento iniciou-se com a escolha da imagem de fundo a ser utilizada no manual, contendo cores neutras para que a leitura acontecesse de forma tranquila. A fonte e tamanho sem serifa no manual foram escolhidas para facilitar a leitura do mesmo.

Os textos foram elaborados e inseridos pelas autoras no formato e inseridos no software de editoração por meio de ferramenta copia e cola.

Os conteúdos e temas que foram inseridos no material educativo originaram-se dos resultados obtidos com as evidências científicas advindas das leituras dos artigos científicos incluídos na revisão integrativa de literatura.

Para a integração e construção do manual, a equipe de estudo composta pela discente, orientadora, co-orientadora, profissional estatístico e aluna de iniciação científica, realizaram cerca de dez reuniões via *google Meet* para a montagem do arcabouço do material eletrônico.

De acordo com os conteúdos inseridos foi criada a primeira versão e enviada para os juízes, enfermeiros especialistas, para a etapa de validação de conteúdo.

Com a devolução da opinião dos especialistas, denominada de primeira

rodada, a equipe do estudo realizou outras reuniões via *Google Meet* para adaptação às sugestões dos juízes e essa nova versão foi elaborada e enviada novamente para avaliação. Finalmente a segunda versão foi finalizada pois obteve a concordância esperada estatisticamente.

### 3.3 Validação do manual

Estudos de validação são essenciais para que se possa aproximar os fenômenos observados na prática clínica.<sup>43</sup> A validação é um fator que determina a escolha e/ou aplicação de um instrumento de medida, sendo mensurada pela extensão em que o dado representa o conceito que o instrumento se propõe a medir.<sup>44</sup>

Para a obtenção de validades de medidas psicométricas apresentam-se a validade de construto, de critério e de conteúdo.<sup>45,46</sup>

A validade de conteúdo inicia-se com a associação entre conceitos abstratos com os indicadores mensuráveis; a extensão de que cada item da medida comprova o fenômeno de interesse e a dimensão de cada item que se propõe a investigar.<sup>47</sup>

A análise dos juízes especialistas na área temática do conteúdo para optar se ele está correto e adequado ao que se propôs o material educativo.<sup>48</sup>

Pesquisadores têm descrito a validade de conteúdo como um processo de julgamento composto pelo desenvolvimento do instrumento e a avaliação desse instrumento por meio de análise por especialistas.<sup>49</sup>

Durante o desenvolvimento do instrumento, a literatura apresenta controvérsias a respeito do número e a qualificação dos juízes, sendo recomendado um mínimo de três e um máximo de 20 juízes, levando-se em conta a formação, qualificação e disponibilidade dos profissionais. Sobre a seleção, deve-se considerar a experiência e qualificação dos membros, incluindo: ter experiência clínica, publicações sobre o tema, e ter conhecimento sobre construção de questionários e escalas.<sup>49</sup>

O Índice de Validade de Conteúdo (IVC)<sup>49</sup> é um método que é muito utilizado na área da saúde, medindo a porcentagem dos juízes que concordam sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens, permitindo analisar

inicialmente cada item e posteriormente o instrumento como um todo.

O IVC emprega uma escala tipo Likert, que pode possuir uma pontuação de um a cinco para avaliar a relevância ou representatividade, de acordo com a resposta: 1 = não possui relevância, 2 = o item precisa de grande revisão para ser representativo; 3 = o item necessita de uma pequena revisão, 4 = o item apresenta-se relevante ou representativo; 5 = o item é muito relevante ou muito representativo.<sup>49</sup>

Apesar da indicação referencial de pequena revisão com a pontuação de número 3, todas as sugestões e comentários apresentados pelos juízes nas duas rodadas de avaliação, foram aceitos e incorporados ao material educativo.

O escore do índice foi calculado pela soma da concordância entre os que foram marcados por “3”, “4” ou “5” pelos especialistas. Os itens que receberem pontuação de “1” ou “2” devem ser ou revisados ou eliminados, pois o IVC é definido como “a proporção de itens que recebe uma pontuação de “3”, “4” ou “5” pelos juízes.” Estudos trazem que a taxa de concordância aceitável não seja inferior a 0,78, sendo sugerido por alguns autores 0,80.<sup>49</sup>

### 3.3.1 CONSTITUIÇÃO DO PAINEL DE JUÍZES

Foram incluídos no painel de juízes os enfermeiros especialistas em terapia intensiva, e que após consulta pelas pesquisadoras em seus respectivos currículos na Plataforma Lattes, pontuaram no mínimo de cinco pontos de acordo com os critérios do quadro abaixo (Quadro 4).<sup>48</sup>

Os juízes foram contatados por e-mail e/ou contato telefônico, e os que concordaram, receberam os documentos éticos, as instruções e formulários de resposta assim como o material educativo que foi avaliado.<sup>48</sup>

**Quadro 4** - Sistema de pontuação do modelo de validação de Fehring. Botucatu, SP. Brasil, 2020

| <b>Crítérios</b>   | <b>Pontos</b> |
|--|---------------|
| Mestre em enfermagem   | 4             |
| Mestre em Enfermagem - dissertação com conteúdo relevante na área    | 1             |
| Pesquisa (com publicações) na área                                   | 2             |
| Artigo publicado na área em periódico de referência                  | 2             |
| Doutorado na área  | 2             |
| Prática clínica de pelo menos 1 ano de duração na área               | 1             |
| Certificado de especialização na área com comprovada prática clínica | 2             |

Fonte: Sistema de pontuação de especialistas no modelo de validação de Fehring (1994)

Foram excluídos os juízes que foram convidados e que não retornaram o questionário preenchido no prazo de 30 dias. Foram eleitos 16 juízes especialistas na área que compuseram o painel, conforme o quadro abaixo. Esses juízes que compuseram o painel foram contatados via e-mail e consultados se poderiam participar da pesquisa mediante o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

**Quadro 5** - Quadro de Juízes Especialistas. Botucatu, SP. Brasil, 2021

Continua

| <b>Nome</b>   | <b>Crítérios</b>       | <b>Pontos</b> | <b>Total de Pontos</b> |
|---------------|------------------------|---------------|------------------------|
| <b>Juíz 1</b> | Doutorado              | 7             | 14                     |
|               | Especialização         | 2             |                        |
|               | Prática clínica        | 1             |                        |
|               | Pesquisa na área       | 2             |                        |
|               | Artigo na área         | 2             |                        |
| <b>Juíz 2</b> | Doutorado fora da área | 7             | 8                      |
|               | Prática clínica        | 1             |                        |
| <b>Juíz 3</b> | Doutorado              | 7             | 14                     |
|               | Especialização         | 2             |                        |
|               | Prática clínica        | 1             |                        |
|               | Pesquisa na área       | 2             |                        |
|               | Artigo na área         | 2             |                        |
| <b>Juíz 4</b> | Mestrado               | 4             | 11                     |
|               | Especialização         | 2             |                        |
|               | Prática clínica        | 1             |                        |
|               | Pesquisa na área       | 2             |                        |
|               | Artigo na área         | 2             |                        |

Continuação

| <b>Nome</b>    | <b>Crítérios</b> | <b>Pontos</b> | <b>Total de Pontos</b> |
|----------------|------------------|---------------|------------------------|
| <b>Juíz 5</b>  | Pós-Doutorado    | 7             | 14                     |
|                | Especialização   | 2             |                        |
|                | Prática clínica  | 1             |                        |
|                | Pesquisa na área | 2             |                        |
|                | Artigo na área   | 2             |                        |
| <b>Juíz 6</b>  | Doutorado        | 7             | 14                     |
|                | Especialização   | 2             |                        |
|                | Prática clínica  | 1             |                        |
|                | Pesquisa na área | 2             |                        |
|                | Artigo na área   | 2             |                        |
| <b>Juíz 7</b>  | Especialização   | 2             | 7                      |
|                | Prática clínica  | 1             |                        |
|                | Pesquisa na área | 2             |                        |
|                | Artigo na área   | 2             |                        |
| <b>Juíz 8</b>  | Doutorado        | 7             | 10                     |
|                | Especialização   | 2             |                        |
|                | Prática clínica  | 1             |                        |
| <b>Juíz 9</b>  | Doutorado        | 7             | 14                     |
|                | Especialização   | 2             |                        |
|                | Prática clínica  | 1             |                        |
|                | Pesquisa na área | 2             |                        |
|                | Artigo na área   | 2             |                        |
| <b>Juíz 10</b> | Doutorado        | 7             | 12                     |
|                | Prática clínica  | 1             |                        |
|                | Pesquisa na área | 2             |                        |
|                | Artigo na área   | 2             |                        |
| <b>Juíz 11</b> | Mestrado         | 5             | 10                     |
|                | Especialização   | 0             |                        |
|                | Prática clínica  | 1             |                        |
|                | Pesquisa na área | 2             |                        |
|                | Artigo na área   | 2             |                        |
| <b>Juíz 12</b> | Mestrado         | 5             | 10                     |
|                | Prática clínica  | 1             |                        |
|                | Pesquisa na área | 2             |                        |
|                | Artigo na área   | 2             |                        |
| <b>Juíz 13</b> | Mestrado         | 5             | 10                     |
|                | Prática clínica  | 1             |                        |
|                | Pesquisa na área | 2             |                        |
|                | Artigo na área   | 2             |                        |
| <b>Juíz 14</b> | Mestrado         | 5             | 12                     |
|                | Especialização   | 2             |                        |
|                | Prática clínica  | 1             |                        |
|                | Pesquisa na área | 2             |                        |
|                | Artigo na área   | 2             |                        |

Conclusão

| Nome    | Critérios        | Pontos | Total de Pontos |
|---------|------------------|--------|-----------------|
| Juíz 15 | Doutorado        | 7      | 14              |
|         | Especialização   | 2      |                 |
|         | Prática clínica  | 1      |                 |
|         | Pesquisa na área | 2      |                 |
|         | Artigo na área   | 2      |                 |
| Juíz 16 | Especialização   | 2      | 8               |
|         | Mestrado         | 5      |                 |
|         | Prática clínica  | 1      |                 |

Fonte: A autora (2021)

### 3.3.2 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS PARA VALIDAÇÃO DO MANUAL PELOS JUÍZES

O instrumento de coleta utilizado para que os juízes pudessem julgar o manual foi construído pelas autoras, em formato de questionário tipo *Limey Survey*, disponível em: <http://www3.fmb.unesp.br/questionarios/index.php/138649?lang=pt-BR>.

O primeiro questionário (Apêndice A) constituiu-se de 33 questões com as seguintes alternativas: Concordo Fortemente; Concordo; Não Concordo e nem Discordo; Discordo; Discordo Fortemente. Um espaço para comentários foi disponibilizado caso houvessem sugestões acerca das respostas Discordo ou Discordo Fortemente.

As questões foram compostas de acordo com os seguintes seis itens:

- ✓ Objetivos relacionados aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do manual de acolhimento;
- ✓ Conteúdo relacionado às informações contidas no manual de acolhimento;
- ✓ Linguagem referindo-se à característica linguística, compreensão e estilo da redação e dos conceitos abordados no manual de acolhimento;
- ✓ Relevância referindo-se às características que avaliam o grau de significado do material educativo apresentado;
- ✓ Ilustrações referindo-se ao uso de ilustrações no material educativo;
- ✓ Design referindo-se ao formato da apresentação do material ao leitor de forma que desperte interesse para a leitura;
- ✓ Assuntos abordados relacionados à definição de UTI,

reconhecimento da necessidade de um manual de acolhimento familiar, do papel dos profissionais de saúde no acolhimento familiar na UTI e da importância deste acolhimento.

**Quadro 6** - Itens de cada aspecto acessado pelos especialistas na primeira rodada. Botucatu, SP. Brasil, 2021

Continua

| <b>Objetivos</b>   | <b>Conteúdo</b>   | <b>Linguagem</b>  | <b>Relevância</b>  |
|--|---|---|--|
| São coerentes com as necessidades de humanização                               | O manual é apropriado para os familiares                                    | As informações estão adequadas ao público-alvo                                    | Os temas retratam pontos-chaves que devem ser reforçados                 |
| Este manual é uma ferramenta que pode ser utilizada no processo de humanização | O manual oferece informações que os familiares necessitam                   | O texto utilizado é agradável   | O manual aborda assuntos necessários para o acolhimento                  |
| O manual é capaz de promover reflexão sobre humanização                        | O manual ressalta a importância da humanização                              | Informações estão em concordância com a ortografia                                | O manual está adequado para ser usado por qualquer profissional da saúde |
| As informações contidas promovem mudança de comportamento                      | O texto está claro e objetivo   | Existe coerência entre texto e imagem   |  |
|  | As informações estão cientificamente corretas                               | Ilustrações estão adequadas   |  |
|  | Os conteúdos são variados e suficientes para atingir os objetivos do manual | O título está adequado  |  |
|  | Existe sequência lógica do conteúdo   |   |  |
| <b>Ilustrações</b>   | <b>Design</b>   | <b>Assuntos abordados</b>   |  |
| São pertinentes com o conteúdo do material                                     | A apresentação do manual está atrativa                                      | Definição de UTI  |  |
| Expressam a informação a ser transmitida                                       | Está organizado de forma lógica   | Reconhecimento da necessidade de um manual de acolhimento                         |  |
| O número de ilustrações está suficiente  | O conteúdo está com letra em tamanho e fonte adequados para a leitura       | Reconhecimento do papel dos profissionais de saúde no acolhimento familiar na UTI |  |

| <b>Ilustrações</b> | <b>Design</b>                       | <b>Assuntos abordados</b>                                    |
|--------------------|-------------------------------------|--|
|                    | O tipo de letra facilita a leitura  | Reconhecimento da importância do acolhimento familiar na UTI |
|                    | A disposição do texto está adequada |  |
|                    | O número de páginas está adequado   |  |

Fonte: A autora (2021).

O segundo questionário (Apêndice C) constituiu-se de seis questões com as mesmas alternativas do primeiro, somente sobre o item linguagem, disponível em: <http://www3.fmb.unesp.br/questionarios/index.php/482288?lang=pt-BR>.

As questões foram compostas de acordo com o seguinte item:

✓ Linguagem: refere-se à característica linguística, compreensão e estilo da redação e dos conceitos abordados no manual de acolhimento.

**Quadro 7** - Itens de cada aspecto acessado pelos especialistas na segunda rodada. Botucatu, SP. Brasil, 2021

| <b>Linguagem</b>   |
|--|
| • As informações estão adequadas ao público-alvo               |
| • O texto utilizado é agradável                                |
| • As informações estão em concordância com a ortografia        |
| • Existe coerência entre o texto e as imagens                  |
| • As ilustrações estão adequadas e/ou complementam o texto     |
| • O título do manual está adequado à finalidade que se destina |

Fonte: A autora (2021).

### 3.3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Foi realizada uma estatística descritiva dos dados obtidos pelos questionários respondidos pelos juízes, demonstrados em frequências e porcentagens para as variáveis qualitativas; e média, mediana, desvio-padrão,

valores de mínimo e de máximo para as variáveis quantitativas.

Foi realizada análise descritiva por um estatístico da universidade e utilizado o programa SAS for Windows v.9.4, para o cálculo de frequência e percentual resultantes das respostas dos juízes. Para o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), foi verificado concordância, de pelo menos 80%, entre os itens avaliados pelos juízes em todas as questões e nas rodadas subsequentes até atingir o valor requerido.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Revisão integrativa de literatura

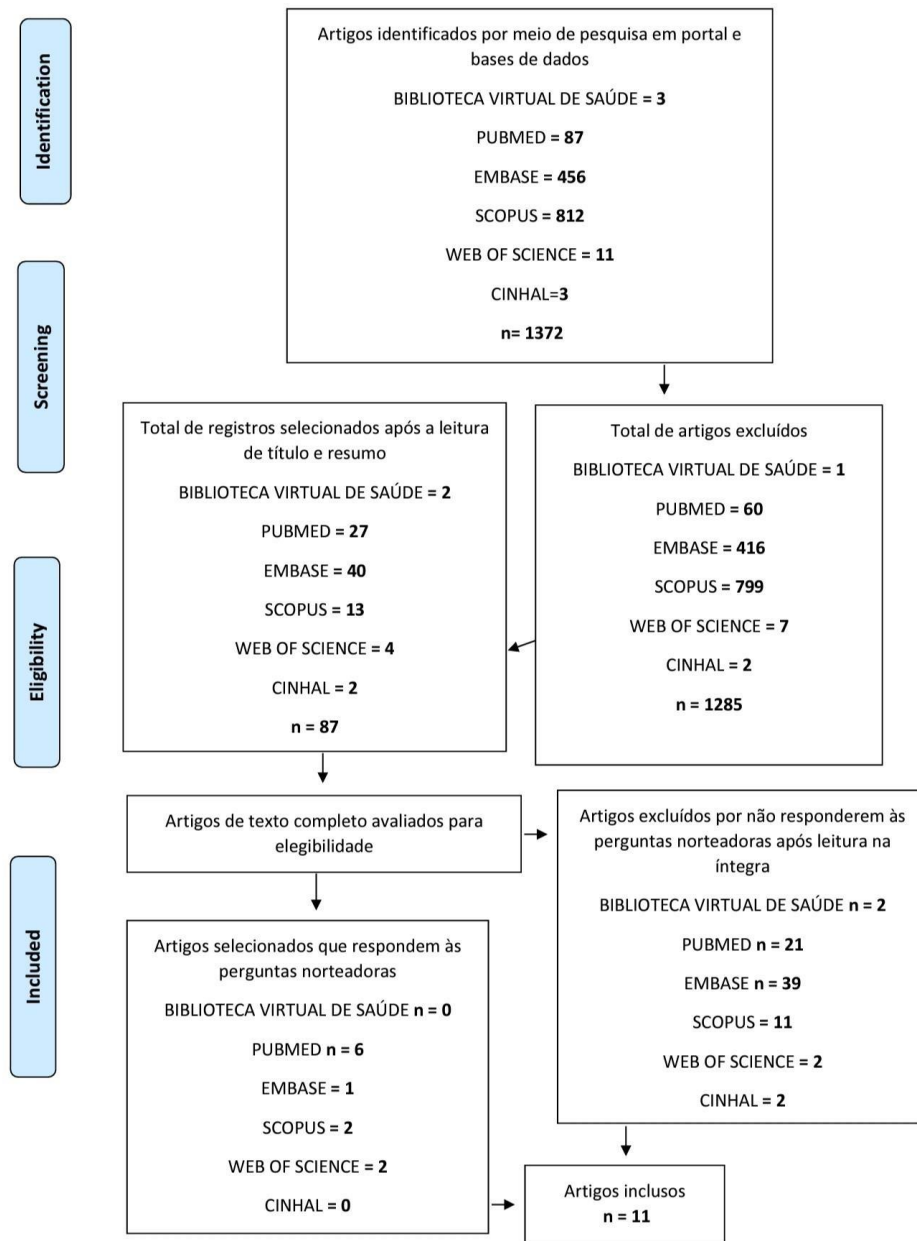
Foram identificados 1372 artigos após a busca nas cinco bases PUBMED; EMBASE; SCOPUS; WEB OF SCIENCE e CINHALL, e um portal de periódicos, a Biblioteca Virtual de Saúde. Os prints de tela dos resultados da busca estão em APÊNDICE D.

Dos 1372 títulos que retornaram, foram excluídos 1285, devido à: duplicidade dos registros na base; textos não disponíveis na íntegra; e que os títulos e resumos não respondiam às perguntas norteadoras da revisão.

No PUBMED foram identificados 87 artigos, sendo selecionados 27. No EMBASE através dessa mesma combinação totalizaram 456 artigos, dos quais foram selecionados 40 artigos. No Scopus totalizaram 812 artigos dos quais apenas 13 foram selecionados. Já no Web of Science foi levantado um total de 11 artigos sendo apenas quatro selecionados. No CINAHL totalizaram três artigos sendo apenas um selecionado. Foram encontrados três artigos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) dos quais dois artigos foram selecionados.

Nessa etapa um total de 87 artigos foram incluídos e lidos na íntegra, e desses, 11 responderam às perguntas norteadoras da revisão (Figura 1).

**Figura 1 - Fluxograma das etapas da revisão integrativa. Botucatu-SP, Brasil 2020**



Fonte: Fluxograma da amostra adaptado do modelo PRISMA 2009.

Para a análise dos 11 estudos incluídos na revisão foram utilizados instrumentos específicos. O STROBE<sup>35</sup> foi utilizado para dois estudos de abordagem quantitativa; para seis artigos não se aplicou nenhum instrumento por se tratar de revisão de literatura; o CONSORT<sup>38</sup> foi utilizado para analisar um estudo de ensaio clínico randomizado; para um artigo de revisão sistemática foi aplicado o PRISMA<sup>37</sup> e um estudo misto, com métodos qualitativo e randomizado, foram aplicados

COREQ<sup>36</sup> e CONSORT<sup>38</sup>, respectivamente.

O Quadro 8 demonstra a caracterização dos 11 artigos incluídos na revisão quanto à: título; ano, país de publicação e base de indexação do periódico onde o artigo foi publicado; objetivos; principais resultados; nível de evidência do estudo; pontuação obtida a partir da análise dos 11 artigos pelos instrumentos STROBE, COREQ, CONSORT e PRISMA correspondentes ao tipo de estudo.

**Quadro 8** - Caracterização dos artigos inclusos na revisão integrativa. Botucatu-SP, Brasil, 2020

Continua

| Título   | Ano/país/b<br>ase            | Tipo de<br>estudo  | Objetivos   | Principais<br>resultados   | Nível de<br>evidência/Pontuação dos<br>instrumentos<br>(COREQ/STROBE/PRISM<br>A/CONSORT) |
|--|------------------------------|--|---|--|--|
| "Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional" <sup>50</sup> | 2016/Colômbia/Web of science | Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa | Avaliar a percepção do familiar do paciente crítico sobre a comunicação verbal e não verbal e suporte emocional prestado pela equipe de enfermagem durante hospitalização na unidade de terapia intensiva | Foi obtida percepção favorável de 35,25% pelos familiares, em relação ao suporte emocional, 71% dos familiares contemplaram uma percepção favorável em relação a comunicação verbal da equipe de enfermagem; em relação a comunicação não verbal, 80% obtiveram uma percepção favorável, devido ao fato do enfermeiro olhar para eles e responder suas dúvidas | VI/STROBE=19   |

| Título   | Ano/país/b<br>ase                 | Tipo de<br>estudo   | Objetivos  | Principais<br>resultados  | Nível de<br>evidência/Pontuação<br>dos instrumentos<br>(COREQ/STROBE/PR<br>ISMA/CONSORT) |
|--|-----------------------------------|---|--|---|--|
| "Educação em Saúde e Prática humanizada da enfermagem em unidades de terapia intensiva: estudo bibliométrico" <sup>51</sup>  | 2015/Brasil/<br>Web of<br>science | Estudo<br>descritivo<br>e<br>transversal,<br>com<br>levantamento<br>bibliométrico | Abordar a participação do enfermeiro enquanto principal cuidador e educador em saúde inserido na UTI               | A humanização no ambiente da UTI ocorre por meio de uma equipe multidisciplinar e especializada, pela oferta de um cuidado mais próximo ao paciente, estabelecendo-se assim uma relação interpessoal humanizada, com atitudes compreensivas, informações claras, palavras de ânimo e apoio, para que desta forma as necessidades dos pacientes e seus familiares possam ser atendidas                             | VI/ NÃO SE APLICA  |
| "Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic" <sup>52</sup>  | 2020/França/<br>SCOPUS            | Opinião de especialistas  | Focar e discutir as principais preocupações éticas levantadas durante a pandemia, especialmente em relação às UTIs | Pacientes e familiares necessitam receber informações claras, seja pessoalmente, pelo telefone ou em sites institucionais. Ligações telefônicas de rotina devem ser agendadas pelas equipes da UTI, assim como mensagens de textos e videoconferências, para que assim seja mantida a comunicação com os familiares, abordando-se sobre o estado de saúde dos pacientes e assim garantindo o conforto e dignidade | VII/ NÃO SE APLICA   |
| "Lived experiences of the corona survivors (patients admitted in COVID wards): A narrative real-life documented summaries of internalized guilt, shame, stigma, anger" <sup>53</sup> | 2020/Índia/<br>SCOPUS             | Narrativa sobre a experiência de três pessoas diagnosticadas com Covid-19         | Identificar as experiências emocionais de sobreviventes do Covid-19  | Através das narrativas dessas experiências mencionadas, constata-se que a avaliação psicológica oportuna e realização de sessões de apoio via telefone ou videoconferência, ajudam as pessoas a passar pela infecção. É preciso reconhecer a urgente necessidade de lidar e entender problemas de saúde mental de pacientes com Covid-19 durante a internação e quarentena  | VI/ NÃO SE APLICA  |

Continuação

| Título  | Ano/país/ba<br>se   | Tipo de<br>estudo     | Objetivos   | Principais<br>resultados   | Nível de<br>evidência/Pontuação<br>dos instrumentos<br>(COREQ/STROBE/PRI<br>SMA/CONSORT) |
|---|---------------------|-----------------------|---|--|--|
| "Bereavement Support on the Frontline of COVID-19: recommendations for Hospital Clinicians" <sup>54</sup> | 2020/Londres/EMBASE | Revisão de literatura | Revisar as evidências de pesquisas relevantes e fornecer recomendações baseadas nessas evidências                               | Inevitavelmente os pacientes com COVID-19 bem como seus familiares estarão ansiosos e com medo, necessitando de apoio emocional. Cuidados com esses pacientes e suas famílias devem proporcionar conforto físico, significância, autonomia, preparação e conexão interpessoal, preservando-se assim a dignidade de cada envolvido, demonstrando respeito e compaixão                       | NÍVEL V/ NÃO SE APLICA   |
| "A Systematic Review of Family Meeting Tools in Palliative and Intensive Care Settings" <sup>55</sup>     | 2016/EUA/PUBMED     | Revisão sistemática   | Identificar e descrever ferramentas disponíveis para auxiliar a realização de reuniões familiares em UTI e ambientes paliativos | Foram identificadas 23 ferramentas em 7 categorias: guia de reunião, planejador de reunião, modelo de documentação, estratégias de reunião, auxílio à decisão, lista de verificação da família e módulo de treinamento. É necessário que as ferramentas de reunião familiar sejam padronizadas e desenvolvidas para que auxiliem no engajamento efetivo dos membros familiares no processo | NÍVEL I/PRISMA=26  |

Continuação

| Título   | Ano/país/b<br>ase     | Tipo de<br>estudo     | Objetivos  | Principais<br>resultados   | Nível de<br>evidência/Pontuação<br>dos instrumentos<br>(COREQ/STROBE/PRIS<br>MA/CONSORT) |
|--|-----------------------|-----------------------|--|--|--|
| "Nurses' communication with families in the intensive care unit – a literature review" <sup>56</sup> | 2017/Austrália/PUBMED | Revisão de literatura | Explorar as percepções dos enfermeiros sobre seu papel de se comunicar com familiares em UTIs adultos através da descrição de como facilitaram a comunicação com as famílias | Enfermeiros desempenham um papel importante ajudando os familiares a compreenderem a situação e tratamentos necessários dos pacientes, através de estratégias como reuniões e encontros familiares para que haja o devido envolvimento e esclarecimento de informações necessárias, criando-se assim uma relação com as famílias baseada na confiança, acolhendo as necessidades dessas famílias e minimizando angústias | NÍVEL V/ NÃO SE APLICA   |
| "Family members' experiences of waiting in intensive care: a concept analysis" <sup>57</sup>         | 2019/Suécia/PUBMED    | Revisão de literatura | Explorar o significado para os familiares da experiência de espera em uma UTI  | É preciso haver conhecimento e treinamentos por parte da equipe de UTI para poder cuidar das necessidades que os familiares apresentam, bem como de seus sofrimentos. É importante que a equipe tenha um cuidado de forma holística, sendo necessário cuidar não somente do paciente, mas também de toda sua família   | NÍVEL V/ NÃO SE APLICA   |

| Título   | Ano/país/b<br>ase      | Tipo de<br>estudo             | Objetivos   | Principais<br>resultados   | Nível de<br>evidência/Pontuação<br>dos instrumentos<br>(COREQ/STROBE/PRIS<br>MA/CONSORT) |
|--|------------------------|-------------------------------|---|--|--|
| "A<br>Randomized<br>Trial of a<br>Family-<br>Support<br>Intervention in<br>Intensive Care<br>Units" <sup>58</sup>                      | 2018/Inglaterra/PUBMED | Ensaio clínico<br>randomizado | Comparar uma<br>intervenção de<br>apoio à família<br>fornecida pela<br>equipe da UTI<br>com os<br>cuidados<br>habituais   | Foi constatado que<br>a qualidade da<br>comunicação e o<br>atendimento<br>centrado no<br>paciente e na<br>família foram<br>melhores no grupo<br>de intervenção do<br>que com o cuidado<br>usual  | NÍVEL II/ CONSORT=24   |
| "Factors<br>Affecting<br>Anxiety and<br>Depression<br>Symptoms in<br>Relatives of<br>Intensive Care<br>Unit<br>Patients" <sup>59</sup> | 2016/Turquia/PUBMED    | Metodológico<br>quantitativo  | Aplicar a Escala<br>Hospitalar de<br>Ansiedade e<br>Depressão<br>(HADS) aos<br>participantes;<br>utilizar o<br>instrumento de<br>coleta de dados<br>e traduzir e<br>validar a escala<br>HADS.<br>Determinar as<br>taxas de<br>incidência de<br>ansiedade e<br>depressão em<br>familiares de<br>pacientes<br>internados em<br>uma UTI na<br>Turquia e<br>investigar as<br>relações entre<br>os sintomas<br>psicológicos e<br>características<br>sociodemográficas tanto dos<br>pacientes como<br>de seus<br>familiares | Foram<br>identificados 28<br>(35,9%) casos de<br>ansiedade e 56<br>(71,8%) casos de<br>depressão, sendo<br>que sintomas de<br>ansiedade foram<br>observados com<br>maior frequência<br>entre familiares de<br>pacientes jovens e<br>as taxas de<br>prevalência de<br>ansiedade e<br>depressão foram<br>mais elevadas<br>entre os cônjuges<br>dos pacientes do<br>que outros<br>membros da<br>família | NÍVEL VI/STROBE=22   |

| Título  | Ano/país/b<br>ase  | Tipo de<br>estudo   | Objetivos  | Principais<br>resultados  | Nível de<br>evidência/Pontuação<br>dos instrumentos<br>(COREQ/STROBE/PRIS<br>MA/CONSORT) |
|---|--------------------|---|--|---|--|
| "Impact of Proactive Nurse Participation in ICU Family Conferences: A Mixed-Method Study" <sup>60</sup> | 2016/França/PUBMED | Método misto com estudo qualitativo e randomizado de centro único | Investigar as percepções dos familiares de pacientes internados há mais de 48 horas em UTI e avaliar quantitativamente sintomas relacionados ao estresse nesses familiares 3 meses após morte ou alta dos pacientes na UTI | Os escores de ansiedade e depressão foram significativamente menores no grupo de intervenção. Os dados qualitativos indicaram que os familiares valorizaram a realização de conferência. Em relação à prevalência do estresse pós-traumático, os grupos de intervenção e controle não tiveram diferenças significativas | NÍVEL II/COREQ=31/<br>CONSORT=22   |

#### 4.2 Evidências científicas dos artigos incluídos na revisão integrativa

As evidências científicas identificadas com a aplicação das duas perguntas norteadoras da revisão estão demonstradas no Quadro 9 e que foram utilizadas nos conteúdos do manual.

**Quadro 9** - Identificação das evidências científicas dos 11 artigos incluídos na revisão integrativa e seus respectivos conteúdos relacionados no manual. Botucatu, SP. Brasil 2021

Continua

| Artigos   | Evidências dos Artigos  | Conteúdos inseridos no manual   |
|---|---|---|
| 1- "Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional" <sup>50</sup> | Suporte emocional, comunicação clara, simples e esclarecimento de dúvidas | Proporcionar apoio emocional é transmitir informações sobre a doença e tratamento |

| Artigos   | Evidências dos Artigos  | Conteúdos inseridos no manual  |
|---|---|--|
| 2- “Educação em Saúde e Prática humanizada da enfermagem em unidades de terapia intensiva: estudo bibliométrico” <sup>51</sup>  | Humanização da equipe multidisciplinar, informações claras, palavras de ânimo e apoio   | Promover um ambiente acolhedor e afetuoso, nutrir os cuidados com afeto, facilitar a gestão das emoções dos clientes   |
| 3- “Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic” <sup>52</sup>  | Informações claras (telefones ou sites), comunicação via videoconferência, mensagens de texto e ligações  | Incentivar uso de comunicação remota, seja via telefone ou videoconferência, mensagens de texto, áudios ou mensagens escritas  |
| 4- “Lived experiences of the corona survivors (patients admitted in COVID wards): A narrative real-life documented summaries of internalized guilt, shame, stigma, anger” <sup>53</sup> | Avaliação psicológica rotineira, sessões de apoio via telefone ou videoconferências   | Oferecer um espaço de escuta no meio do caos, a fim de ressignificar o momento de sofrimento   |
| 5- “Bereavement Support on the Frontline of COVID-19: recommendations for Hospital Clinicians” <sup>54</sup>  | Proporcionar conforto físico, autonomia, respeito de diversidades cultural e religiosa  | Compreender o indivíduo e sua individualidade, valores, crenças, religião, proporcionando o apoio que pacientes e familiares necessitam                                |
| 6- “A Systematic Review of Family Meeting Tools in Palliative and Intensive Care Settings” <sup>55</sup>  | Identificação de ferramentas disponíveis para auxiliar a realização de reuniões familiares em UTI e ambientes paliativos                            | Auxiliar na compreensão de tratamentos necessários, reuniões e encontros familiares, envolvimento e esclarecimento, informações claras e honestas, minimizar angústias |
| 7- “Nurses’ communication with families in the intensive care unit – a literature review” <sup>56</sup>   | Auxiliar familiares a compreenderem a situação e tratamentos necessários dos pacientes, através de estratégias como reuniões e encontros familiares | Comunicação empática, que forneça suporte, minimize o estresse entre familiares, e haja o devido esclarecimento de informações necessárias                             |

| Artigos  | Evidências dos Artigos   | Conteúdos inseridos no manual  |
|--|--|--|
| 8- "Family members' experiences of waiting in intensive care: a concept analysis" <sup>57</sup>                    | Auxiliar na compreensão de tratamentos necessários, reuniões e encontros familiares, esclarecimentos de dúvidas, criar relações baseadas na confiança  | Acolher as necessidades dos familiares visitantes aliviando sofrimentos e angústias                      |
| 9- "A Randomized Trial of a Family-Support Intervention in Intensive Care Units" <sup>58</sup>                     | Cuidar das necessidades de familiares, oferecendo ambiente adequado, envolvê-los nos cuidados, podendo prevenir doenças psicológicas e aliviar o sofrimento. A equipe deve inspirar confiança, assim, a família se sente segura e amparada diante da situação vulnerável a qual estão expostos | Proporcionar conforto e apoio através de informações e orientações                                       |
| 10- "Factors Affecting Anxiety and Depression Symptoms in Relatives of Intensive Care Unit Patients" <sup>59</sup> | Sintomas de ansiedade e depressão entre familiares de pacientes internados em UTI  | Apoiar e acolher familiares através de uma comunicação adequada e cuidado centrado no paciente e família |
| 11- "Impact of Proactive Nurse Participation in ICU Family Conferences: A Mixed-Method Study" <sup>60</sup>        | Prevalência de depressão e ansiedade em familiares de pessoas em tratamento intensivo  | Realizar conferências e encontros familiares   |

#### 4.3 Produto construído: "Humaniza UTI: Manual de Acolhimento aos Visitantes

O produto em sua primeira versão foi denominado "Manual de Humanização em UTI", destinado ao acolhimento de familiares de pacientes internados na UTI, disponível através do seguinte link: <https://drive.google.com/file/d/1xiqBr6O7LZudSDvI81fi2aypGZ4NP1cl/view?usp=sharing>.

A primeira versão do manual foi encaminhada, em uma primeira rodada, aos juízes em formato *pdf* e, por *e-mail* e com o retorno das opiniões identificou-se a discordância estatística no item "linguagem". Todas as sugestões foram acatadas pela equipe do estudo e reformulado o manual. Dessa maneira foi realizada uma

segunda rodada de envio aos juízes, com as sugestões e propostas foi reorganizado o manual, disponível pelo seguinte link: <https://drive.google.com/file/d/1HoQ35H53dUNcu0IIDLNq4VQtAAw6p4KJ/view?usp=sharing>.

#### 4.4 Resultados da validação de conteúdo pelos juízes

Para a obtenção de concordância entre os juízes em no mínimo 80% de acordo com o Índice de Validade de Conteúdo, duas rodadas foram realizadas para essa finalidade.

Em relação a primeira rodada demonstram-se na Tabela 1 as frequências relativa e absoluta da avaliação dos juízes, e não houve concordância do item “linguagem”.

**Tabela 1** - Resultados da primeira rodada dos juízes. Botucatu, SP. Brasil, 2021

Continua

| Itens avaliados                           | Concordo totalmente | Concordo  | Não concordo e nem discordo | Discordo | Discordo totalmente | Concordância | IV C |
|---|---------------------|-----------|-----------------------------|----------|---------------------|--------------|------|
| <b>1 OBJETIVO</b>                         |                     |           |                             |          |                     |              |      |
| 1.1 Objetivos são coerentes               | 9                   | 2         | 0                           | 2        | 0                   | 84,62%       | 0,85 |
| 1.2 O manual é uma ferramenta             | 9                   | 4         | 0                           | 0        | 0                   | 100%         | 1    |
| 1.3 O manual é capaz de promover reflexão | 9                   | 3         | 0                           | 1        | 0                   | 92,31%       | 0,92 |
| 1.4 As informações promovem mudanças      |                     | 2         | 0                           | 2        | 0                   | 84,62%       | 0,84 |
| <b>SUBTOTAL</b>                           | <b>36</b>           | <b>11</b> | <b>0</b>                    | <b>4</b> | <b>0</b>            |              |      |

| Itens avaliados                           | Concordo totalmente | Concordo  | Não concordo e nem discordo | Discordo | Discordo totalmente | Concordância | IV C |
|---|---------------------|-----------|-----------------------------|----------|---------------------|--------------|------|
| <b>2 CONTEÚDO</b>                         |                     |           |                             |          |                     |              |      |
| 2.1 O manual é apropriado                 | 8                   | 4         | 0                           | 1        | 0                   | 92,31%       | 0,92 |
| 2.2 O manual oferece informações          | 7                   | 5         | 0                           | 1        | 0                   | 92,31%       | 0,92 |
| 2.3 Ressalta a importância da humanização | 10                  | 1         | 0                           | 2        | 0                   | 84,62%       | 0,84 |
| 2.4 Texto claro e objetivo                | 7                   | 5         | 0                           | 1        | 0                   | 92,31%       | 0,92 |
| 2.5 Informações cientificamente corretas  | 9                   | 3         | 0                           | 1        | 0                   | 92,31%       | 0,92 |
| 2.6 Conteúdos variados e suficientes      | 9                   | 3         | 0                           | 1        | 0                   | 92,31%       | 0,92 |
| 2.7 Sequência lógica                      | 9                   | 4         | 0                           | 0        | 0                   | 100%         | 1    |
| <b>SUBTOTAL</b>                           | <b>59</b>           | <b>25</b> | <b>0</b>                    | <b>7</b> | <b>0</b>            |              |      |
| <b>3 LINGUAGEM</b>                        |                     |           |                             |          |                     |              |      |
| 3.1 Informações adequadas                 | 8                   | 4         | 0                           | 1        | 0                   | 92,31%       | 0,92 |
| 3.2 Texto agradável                       | 9                   | 3         | 0                           | 1        | 0                   | 92,31%       | 0,92 |
| 3.3 Concordância com ortografia           | 6                   | 3         | 0                           | 4        | 0                   | 69,23%       | 0,69 |
| 3.4 Coerência entre texto e imagem        | 10                  | 2         | 0                           | 1        | 0                   | 92,31%       | 0,92 |
| 3.5 Ilustrações adequadas                 | 10                  | 2         | 0                           | 1        | 0                   | 92,31%       | 0,92 |
| 3.6 Título adequado                       | 9                   | 3         | 0                           | 1        | 0                   | 92,31%       | 0,92 |
| <b>SUBTOTAL</b>                           | <b>52</b>           | <b>17</b> | <b>0</b>                    | <b>9</b> | <b>0</b>            |              |      |

Continuação

| Itens avaliados                                       | Concordo totalmente | Concordo  | Não concordo e nem discordo | Discordo | Discordo totalmente | Concordância | IV C |
|---|---------------------|-----------|-----------------------------|----------|---------------------|--------------|------|
| <b>4 RELEVÂNCIA</b>                                   |                     |           |                             |          |                     |              |      |
| 4.1 Os temas retratam postos-chaves                   | 10                  | 1         | 1                           | 1        | 0                   | 84,62%       | 0,84 |
| 4.2 Aborda assuntos necessários                       | 10                  | 2         | 1                           | 0        | 0                   | 92,31%       | 0,92 |
| 4.3 Pode ser usado por qualquer profissional da saúde | 11                  | 1         | 0                           | 0        | 1                   | 92,31%       | 0,92 |
| <b>SUBTOTAL</b>                                       | <b>31</b>           | <b>4</b>  | <b>2</b>                    | <b>1</b> | <b>1</b>            |              |      |
| <b>5 ILUSTRAÇÕES</b>                                  |                     |           |                             |          |                     |              |      |
| 5.1 Ilustrações pertinentes com conteúdo              | 11                  | 1         | 0                           | 1        | 0                   | 92,31%       | 0,92 |
| 5.2 Expressam a informação a ser transmitida          | 11                  | 1         | 0                           | 1        | 0                   | 92,31%       | 0,92 |
| 5.3 Número suficiente                                 | 8                   | 3         | 0                           | 2        | 0                   | 84,62%       | 0,84 |
| <b>SUBTOTAL</b>                                       | <b>30</b>           | <b>5</b>  | <b>0</b>                    | <b>4</b> | <b>0</b>            |              |      |
| <b>6 DESIGN</b>                                       |                     |           |                             |          |                     |              |      |
| 6.1 Apresentação atrativa                             | 11                  | 1         | 0                           | 1        | 0                   | 92,31%       | 0,92 |
| 6.2 Está organizada de forma lógica                   | 9                   | 3         | 0                           | 1        | 0                   | 92,31%       | 0,92 |
| 6.3 Tamanho da letra e fonte estão adequados          | 10                  | 2         | 0                           | 1        | 0                   | 92,31%       | 0,92 |
| 6.4 Tipo de letra facilita a leitura                  | 9                   | 3         | 0                           | 1        | 0                   | 92,31%       | 0,92 |
| 6.5 Disposição do texto está adequada                 | 10                  | 2         | 0                           | 1        | 0                   | 92,31%       | 0,92 |
| 6.6 Número de páginas adequado                        | 10                  | 1         | 1                           | 1        | 0                   | 84,62%       | 0,84 |
| <b>SUBTOTAL</b>                                       | <b>59</b>           | <b>12</b> | <b>1</b>                    | <b>6</b> | <b>0</b>            |              |      |

| Itens avaliados  | Concordo totalmente | Concordo | Não concordo e nem discordo | Discordo | Discordo totalmente | Concordância | IV C |
|--|---------------------|----------|-----------------------------|----------|---------------------|--------------|------|
| <b>7 ASSUNTOS ABORDADOS</b>                                  |                     |          |                             |          |                     |              |      |
| 7.1 Definição de UTI   | 9                   | 4        | 0                           | 0        | 0                   | 100%         | 1    |
| 7.2 Reconhecimento da necessidade de um manual               | 10                  | 3        | 0                           | 0        | 0                   | 100%         | 1    |
| 7.3 Reconhecimento do papel dos profissionais no acolhimento | 10                  | 1        | 0                           | 2        | 0                   | 84,62%       | 0,84 |
| 7.4 Reconhecimento da importância do acolhimento familiar    | 10                  | 1        | 1                           | 1        | 0                   | 84,62%       | 0,84 |
| <b>SUBTOTAL</b>  | 39                  | 9        | 1                           | 3        | 0                   |              |      |

Dos 16 juízes convidados, 13 juízes responderam ao questionário tipo *Lime Survey*, constituído por 33 perguntas distribuídas em sete aspectos relacionados a avaliação do material educativo: objetivo; conteúdo; linguagem; relevância; ilustrações; design e assuntos abordados.

O Quadro 10 apresenta a relação de comentários e sugestões dos juízes sobre as discordâncias nos itens avaliados.

**Quadro 10** - Sugestões dos juízes especialistas na primeira rodada de avaliação de conteúdo do manual. Botucatu- SP. Brasil, 2021

Continua

| Item: Objetivo   |
|--|
| ✓ “Em relação ao objetivo, penso que este pode ser mais ampliado ou modificado, pois a distribuição da cartilha por si, não garante que o processo de humanização no acolhimento das famílias, será de fato alcançado.”  |
| ✓ “Outro fator importante é que, a cartilha não busca apenas "promover" a humanização das famílias, mas também, esclarecer sobre o ambiente da UTI. Portanto, sugiro que objetivo seja redesenhado, assim, a cartilha poderá ser colocada como um material de apoio no processo de humanização.” |

| <b>Item: Objetivo</b>  |
|--|
| <p>✓ “Em relação às “informações” do manual, não concordo que apenas a leitura promoverá mudanças de comportamento; ademais para se analisar se haverá mudança de comportamento, serão necessários novos estudos; penso que essa ação, neste primeiro momento, é difícil ser alcançada.”</p>   |
| <p>✓ “No manual não apresenta a numeração das páginas, o que dificulta para o leitor apontar eventuais dúvidas sobre o conteúdo descrito, assim como para os juízes apontarem as sugestões.”</p>   |
| <p>✓ “Há necessidade de explicar previamente alguns termos técnicos, como, por exemplo, intubação. Sugiro que na página 7, seja acrescentado à figura a descrição dos equipamentos mais utilizados, como o tubo orotraqueal e bombas de infusão, incluindo a finalidade de seu uso.”</p>   |
| <p>✓ “A meu ver, o foco principal do manual refere-se a humanização e acolhimento quanto a visitação. Isso deve ficar claro, pois os contextos apresentados são distintos e muito amplos.”</p>   |
| <p>✓ “O manual contém páginas com informações repetidas ou que não acrescentam informações relevantes. Possui no total, 20 páginas, muito extenso a meu ver. Deve-se aproveitar melhor os espaços e reduzir o número de páginas, pensando por exemplo, no custo de impressão dos mesmos. Por exemplo, os autores constam na página 1 e 2. Não há necessidade.”</p> |
| <b>Item: Conteúdo</b>  |
| <p>✓ “Não percebo claramente informações sobre a humanização. Novamente reforço que para que a humanização aconteça, são necessárias outras ações conjuntas. Vejo a cartilha como um material informativo.”</p>  |
| <p>✓ “A cartilha apresenta informações de normas e rotinas; sugiro, trazer, questionamentos mais apontados em revisões de literatura também; há erros de português/digitação.”</p>   |
| <p>✓ “Ver sugestões anteriores. As referências bibliográficas podem ser descritas com tamanho de letra bem menor, pois não acrescentam informações ao público-alvo, embora sejam importantes. Sugiro apresentá-las em um QR code.”</p>   |

| <b>Item: Conteúdo</b>  |
|--|
| <p>✓ “O texto, em geral, necessita de revisão ortográfica e principalmente de pontuação. Por exemplo, a palavra psicólogo está com a escrita errada. Há informações repetidas, por exemplo, na página 4 sobre a visitação. na página 6, descrever os demais profissionais que compõem a equipe multidisciplinar. Na página 3, substituir o termo "profissional", por "equipe multiprofissional". Somente o médico dá informações sobre o paciente? A literatura aponta que embora os familiares esperem receber informações do médico sobre o prognóstico e estado clínico dos pacientes, esperam receber da enfermagem outras informações, como os referentes aos cuidados, exames e explicações sobre artefatos que o paciente usa. É indispensável a descrição de que há um psicólogo à disposição para os que precisarem.”</p> |
| <b>Item: Linguagem</b>   |
| <p>✓ “Atenção: na pág. 6, corrigir a palavra psicóloga (falta letra) e na pág. 10 corrigir a palavra estado.”</p>  |
| <p>✓ “Corrigir na página 06 a palavra psicólogo (faltou o "O" no final) Na página 08 no que tange à visita religiosa, julgo importante salientar que avise o enfermeiro da UTI sobre a visita, para acertar data e hora (e não apenas escrever "sinta-se a vontade").</p>  |
| <p>✓ “Erro de digitação na página 10: Tópico onformações sobre o estado do paciente.”</p>  |
| <p>✓ “Há erros de português/digitação Se houver algumas modificações no objetivo, o título acaba tendo maior coerência.”</p>   |
| <p>✓ “Só uma observação, quando falam da equipe multidisciplinar, psicólogo está escrito errado.”</p>  |
| <b>Item: Relevância</b>  |
| <p>✓ “O manual destina-se aos familiares, e não aos profissionais de saúde. Ver sugestões/considerações anteriores.”</p>   |
| <b>Item: Ilustrações</b>   |
| <p>✓ “A página ao final ilustrada com corações creio que seja pertinente retirar, não é necessário. A penúltima página que está constando apenas uma referência seria mais harmônico retirar também. Ajustando o tamanho da fonte já é possível corrigir e retirar.”</p>   |
| <p>✓ “Poderia incluir ilustrações dos principais equipamentos com descritivo breve sobre a finalidade. Exemplo: monitor, bomba de infusão, colchão pneumático etc.”</p>  |
| <p>✓ “Ver sugestões/considerações anteriores. Há ilustrações desnecessárias e outras pouco exploradas.”</p>  |

| <b>Item: Design</b>  |
|--|
| <p>✓ “Sugiro que algumas informações sejam reavaliadas na sequência: primeiro mostrar a UTI; seguida paciente :e equipamentos (pois essa não seria a prioridade do ponto de vista do familiar?) o que a literatura fala? segue-se com uma breve explicação da equipe; Ademais, penso que seria importante frisar, que nem todos da equipe fornecem informações, pois na UTI, o profissional que mais conversa com o familiar é o Médico (isso não significa que eu esteja de acordo); a psicóloga e assistente social, nem sempre estão presentes. O enfermeiro não se envolve com os familiares (de acordo com a realidade em que vivemos); no entanto, se você pretende mudar essa relação, parte-se para um outro contexto socioeducativo.”</p> |
| <b>Item: Assuntos Abordados</b>  |
| <p>✓ “Em relação ao papel dos profissionais, já coloquei no item anterior; O conteúdo da cartilha reforça orientações pertinentes; sinto falta de mais conteúdo para promover a humanização.”</p>  |
| <p>✓ “Sugestão: Se for realidade da UTI de vocês, citar sobre a necessidade de paramentação da família com avental descartável no caso de alguns isolamentos. E sobre o que podem levar ao paciente, eu liberava a entrada de desodorante também (não sei se isso se aplica para a sua UTI).”</p>  |

Para a segunda rodada de avaliação, optou-se que os 16 juízes avaliassem o manual, com inclusão daqueles três que não retornaram respostas na primeira rodada. Destaca-se que para equipe do estudo permaneceu em anonimato o nome dos juízes que responderam e não responderam o questionário tipo *lime survey*, ou seja, não era possível identificar a autoria das respostas.

Assim, na segunda rodada, os 16 juízes foram convidados para avaliarem novamente o Manual. Obteve-se retorno dos 16 questionários preenchidos.

Em relação aos resultados da segunda rodada, com o envio do questionário tipo *lime survey* enviado aos juízes, a Tabela 2 demonstra os dados obtidos.

**Tabela 2** - Frequências absoluta e relativa da concordância entre os 16 juízes na segunda rodada. Botucatu, SP. Brasil, 2021

| Itens avaliados  | Concordo totalmente | Concordo | Não concordo e nem discordo | Discordo | Discordo totalmente | Concordância | IV C |
|--|---------------------|----------|-----------------------------|----------|---------------------|--------------|------|
| <b>1 LINGUAGEM</b>   |                     |          |                             |          |                     |              |      |
| 1.1 As informações estão adequadas ao público-alvo               | 10                  | 6        | 0                           | 0        | 0                   | 100%         | 1    |
| 1.2 O texto utilizado é agradável                                | 9                   | 7        | 0                           | 0        | 0                   | 100%         | 1    |
| 1.3 As informações estão em concordância com a ortografia        | 10                  | 6        | 0                           | 0        | 0                   | 100%         | 1    |
| 1.4 Existe coerência entre o texto e as imagens                  | 11                  | 5        | 0                           | 0        | 0                   | 100%         | 1    |
| 1.5 As ilustrações estão adequadas e/ou complementam o texto     | 11                  | 5        | 0                           | 0        | 0                   | 100%         | 1    |
| 1.6 O título do manual está adequado à finalidade que se destina | 9                   | 6        | 0                           | 1        | 0                   | 94,12%       | 0,93 |
| <b>SUBTOTAL</b>  | 60                  | 35       | 0                           | 1        | 0                   |              |      |

As sugestões propostas na segunda rodada pelos juízes estão descritas no Quadro 11.

**Quadro 11** - Sugestões dos juízes especialistas na segunda rodada de avaliação de conteúdo do manual. Botucatu, SP. Brasil, 2021

| Item: Linguagem  |
|--|
| ✓ “Somente a mudança para alguns locais, pois cada UTI tem seu horário de visita e quantidade particular.”   |
| ✓ “Sugiro um título mais abrangente: Promovendo o acolhimento das famílias.”   |
| ✓ “Pg 4: A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma estrutura física e complexa do ambiente hospitalar. Retiraria este final, você está falando da UTI: assim como outros setores de urgência e emergência; clínicas médica, cirúrgica, ortopédica, entre outros.” |
| ✓ “pg 13: Na UTI COVID a visita é VIRTUAL: *Horário: das 11h até 15h, via telefone celular ou tablet por realização de videochamada. Retiraria este final: ‘uma vez ao dia’.”  |

\*elaborada pela autora.

Para a finalização da versão do manual também foram incorporadas sugestões dos membros da banca de qualificação dessa dissertação, realizada em outubro de 2021, descritas no Quadro 12.

**Quadro 12** - Sugestões da banca de qualificação incorporadas no Manual. Botucatu,SP. Brasil 2021

|   |
|---|
| ✓ Alteração do título;  |
| ✓ Inclusão de um sumário com a descrição de itens e sub-itens do manual;                |
| ✓ Correção do objetivo;   |
| ✓ Inclusão da descrição do hospital para o qual o manual foi construído;                |
| ✓ Organização dos aspectos relacionados às recomendações e proibições na visita em UTI. |

\*elaborada pela autora.

Assim as páginas sequenciais dos capítulos e respectivos conteúdos da versão final do manual foram organizados como descrito abaixo:

- ✓ Capa com título: Humaniza UTI: Manual de Acolhimento aos Visitantes
- ✓ Segunda página: nomes dos autores, editoração e ISBN a ser definido;
- ✓ Terceira página: com o Sumário descrevendo os conteúdos que serão encontrados no manual;
- ✓ Na quarta página: a apresentação do manual descrevendo seu objetivo;
- ✓ Nas quinta e sexta páginas: a definição de UTI;
- ✓ Na sétima página: a descrição da equipe multiprofissional;
- ✓ Nas oitava e nona páginas: apresentação de como o paciente pode estar na UTI;
- ✓ Na décima página: uma breve descrição do momento da visita familiar;
- ✓ Nas páginas 11, 12, 13 e 14 descrevem-se as recomendações das visitas na UTI, com horários, normas e proibições, e comunicação com o paciente;
- ✓ Na página 15 estão os produtos de higiene pessoal que podem ser levados para uso do paciente;
- ✓ Na página 16 descreve-se sobre a importância da manutenção da visita diária para a devida e adequada continuidade de comunicação entre a equipe da UTI

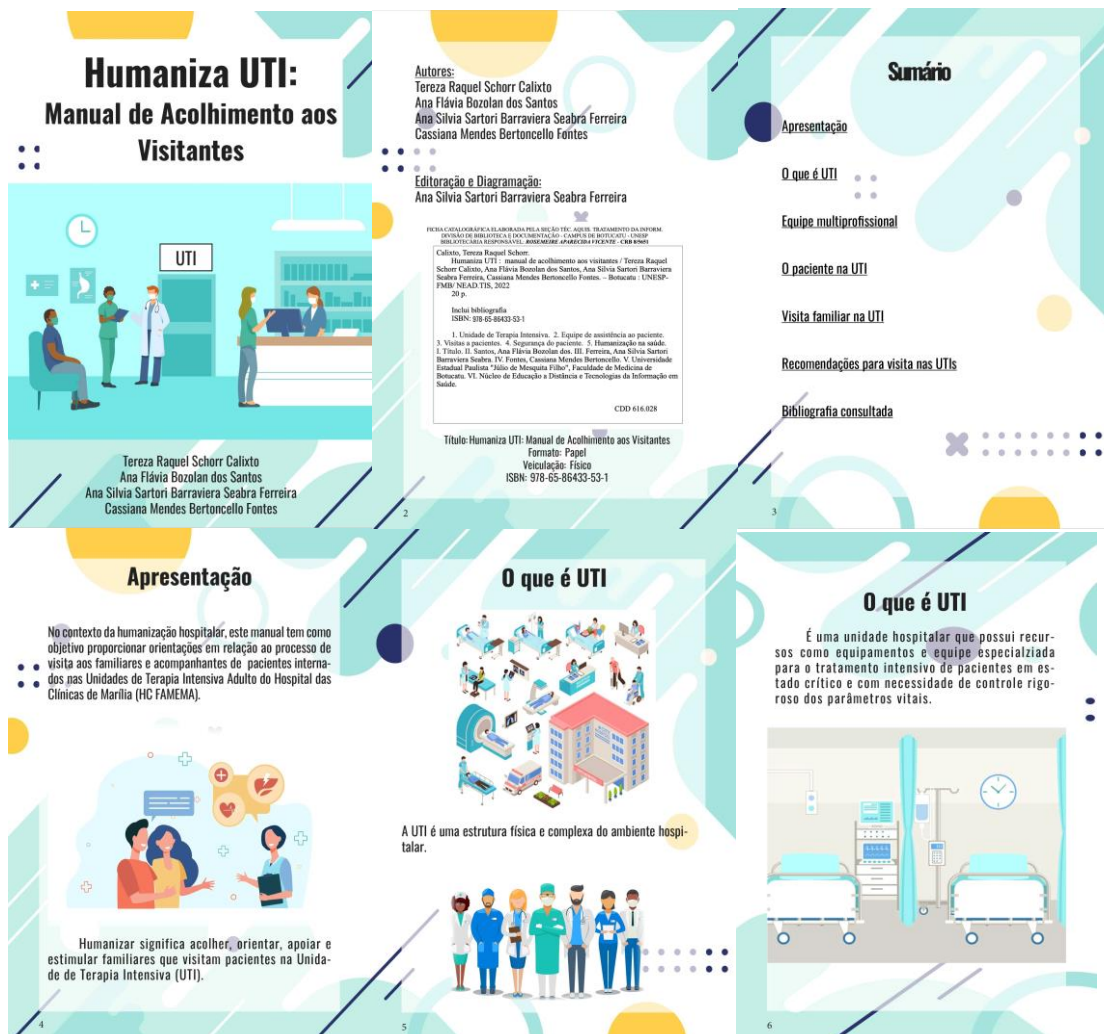
e familiares;

✓ Na página 17 finaliza-se o texto com a importância da humanização na UTI;

✓ E as páginas 19 e 20 finalizam com as referências bibliográficas utilizadas.

A versão final do manual pode ser acessada através do seguinte link: [https://drive.google.com/file/d/1DDI6kKKblFTgAQAK49Jw\\_KAmmdl4Bvd8/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1DDI6kKKblFTgAQAK49Jw_KAmmdl4Bvd8/view?usp=sharing).

Assim, a versão final do Manual denominado “Humaniza UTI: Manual de acolhimento aos visitantes” configura-se da seguinte maneira ilustrada abaixo:



### Equipe Multiprofissional

A equipe multiprofissional de saúde da UTI é composta por: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, psicólogo, dentista, assistente social, fonoaudiólogo, entre outros.



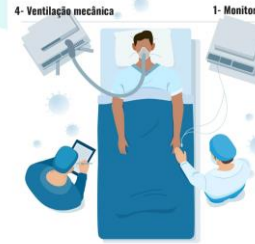
### O paciente na UTI

O paciente pode estar utilizando os seguintes aparelhos e/ou equipamentos:

- 1- Monitor
- 2- Punção venosa
- 3- Suporte de soro
- 4- Ventilação mecânica



### Como o paciente pode estar...



Não se assuste com a quantidade de equipamentos, pois auxiliam na assistência ao paciente!

### Visita familiar na UTI

O tempo de visita presencial é de 30 minutos de permanência dentro da UTI ao lado do paciente internado.

- Nesse momento é normal surgirem dúvidas, inseguranças, estresse e ansiedade.

A equipe profissional estará sempre acolhendo de forma a minimizar dúvidas e esses sentimentos.

Não tenha vergonha e nem se intimide em perguntar. A equipe se coloca a disposição para compartilhar com você a evolução do paciente!

Busque as emoções e pensamentos positivos sobre a recuperação do paciente.



Sinta-se a vontade em solicitar um auxílio religioso.

### Recomendações para visitas na UTI

Na UTI Geral a visita é **PRESENCIAL**:



\* A visita acontece duas vezes ao dia, das 13h30 às 14h (máximo dois visitantes) e das 20h30 às 21h (máximo dois visitantes);

\* Utilizar avental e luva de procedimento fornecidos pela equipe quando a visita se destina a pacientes com precaução de contato;

\* O médico intensivista fornecerá as informações sobre o estado do paciente e a equipe de enfermagem fará esclarecimentos se necessário ao familiar visitante;

\* Ao entrar na UTI desligue o celular;

\* A lavagem das mãos deve ser realizada antes e após a visita pois é um ato de amor que previne infecção;



\* Não é permitido tirar fotos do ambiente, dos profissionais e dos pacientes;

\* Não colocar objetos pessoais e não sentar no leito do paciente;

\* Não manipular e nem acionar teclas e botões dos equipamentos hospitalares;

\* Não é permitido visitar outros pacientes;

\* Informações sobre o estado do paciente não são fornecidas por telefone;

\* Não se recomenda visitas de familiares menores de 14 anos, porém existem exceções após avaliação do enfermeiro e o psicólogo;

\* É expressamente proibido oferecer alimentos e/ou bebidas ao paciente;

\* Chame a equipe de enfermagem em caso de dúvidas, necessidade de manipular o paciente ou se observar anormalidades.

### O que devo dizer ao meu familiar? Posso tocá-lo?

Sim, você pode tocá-lo e conversar, mas lembre-se que se o paciente estiver sob efeito de sedativos poderá não responder. Se ele estiver entubado não conseguirá emitir sons.

Mesmo sedado o paciente mantém a sua capacidade auditiva, você deve conversar com ele!



Na UTI COVID a visita é **VIRTUAL**:

\* Via telefone celular ou tablet por realização de videochamada.

- \* É permitida a gravação de áudios, vídeos ou mensagens dos familiares aos pacientes, fale com a equipe.

\* Qualquer dúvida entrar em contato pelo número (14) 3434-2525 do Hospital das Clínicas de Marília - SP



### O QUE POSSO TRAZER DE CASA?

Produtos de higiene pessoal e de conforto:

- \* escova de dente
- \* creme dental
- \* shampoo
- \* condicionador
- \* hidratante corporal
- \* aparelho de barbear descartável
- \* sabonete
- \* desodorante



É necessário e importante que se mantenha uma frequência diária de visitas para a manutenção do vínculo afetivo com o paciente e a continuidade da comunicação entre a equipe da UTI e os familiares.



16

## Humanizar é preciso...



## acolher é um ato de amor!::

17



18

**BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:**

Código de ética médica. Art. 75 do Código de Ética Médica. Cap. IX. Acesso em 29 de junho de 2021. Disponível em: <https://rcem.cfm.org.br/index.php/cem-atual>.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização PNH. 2013.

WHITE, D. B. et al. A Randomized Trial of a Family-Support Intervention in Intensive Care Units. *New England Journal of Medicine*, v. 378, n. 25, p. 2365–2375, 2018.

SINGER, A. E. et al. A Systematic Review of Family Meeting Tools in Palliative and Intensive Care Settings. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, v. 33, n. 8, p. 797–806, 2016.

SELMAN, L. E. et al. Bereavement Support on the Frontline of COVID-19: Recommendations for Hospital Clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 60, n. 2, p. e81–e86, 2020.

SAHOO, S. et al. Lived experiences of the corona survivors (patients admitted in COVID wards): A narrative real-life documented summaries of internalized guilt, shame, stigma, anger. *Asian Journal of Psychiatry*, v. 53, n. April, p. 102187, 2020.

ROBERT, R. et al. Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. *Annals of Intensive Care*, v. 10, n. 1, 2020.

MARRA, A. et al. How COVID-19 pandemic changed our communication with families: Lessing nonverbal cues. *Critical Care*, v. 24, n. 1, p. 1–3, 2020.

19

KÖSE, I. et al. Factors affecting anxiety and depression symptoms in relatives of intensive care unit patients. *Journal of Intensive Care Medicine*, v. 31, n. 9, p. 611–617, 2016.

GARROUSTE-ORGEAS, M. et al. Impact of proactive nurse participation in ICU family conferences: A mixed-method study. *Critical Care Medicine*, v. 44, n. 6, p. 1116–1128, 2016.

• DA-SILVEIRA, R. E.; CONTIM, D. Health education and humanized practice of nursing at intensive care units: bibliometric study. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 7, n. 1, p. 2113, 2015.

• BJÖRK, K.; LINDAHL, B.; FRIDH, I. Family members' experiences of waiting in intensive care: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, v. 33, n. 3, p. 522–539, 2019.

BAUTISTA RODRIGUEZ, L. M.; ARIAS VELANDIA, M. F.; CARREÑO LEIVA, Z. D. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista CUIDARTE*, v. 7, n. 2, p. 1297, 2016.

ADAMS, A. M. N.; MANNIX, T.; HARRINGTON, A. Nurses' communication with families in the intensive care unit – a literature review. *Nursing in Critical Care*, v. 22, n. 2, p. 70–80, 2017.

20




## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 Discussão da revisão integrativa

Apresenta-se a discussão da revisão integrativa, de acordo com os conteúdos das evidências científicas identificados pelas duas perguntas norteadoras.

A primeira pergunta norteadora: *“Como estão descritos na literatura branca (artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais) roteiros, protocolos, guias e ou quaisquer materiais educativos de acolhimento humanizado aos familiares que visitam seus entes na UTIA?”*

Os autores<sup>50,51,55-60</sup> definem a UTI como uma unidade complexa com pacientes em estado crítico e devido a isso descrevem eventos e situações estressantes e angustiantes tanto aos pacientes como aos seus familiares. Esses mesmos autores<sup>50,51,55-60</sup> sugerem a necessidade de um acolhimento adequado e humanizado a estes familiares que se encontram nesta situação de vulnerabilidade e incertezas.

A complexidade da assistência ao paciente na UTI corrobora com o aumento de situações angustiantes e estressantes tanto para pacientes como para seus familiares. O núcleo familiar do paciente pode vivenciar reações emocionais significativas como estresse, medo, depressão, angústia, solidão, incertezas, ansiedades, necessitando de ajuda, apoio emocional e comunicação clara, especialmente nas primeiras horas de internação de seus parentes em UTI.<sup>50,51,59</sup>

Possuir um familiar em estado crítico na UTI pode ser considerado um evento estressante. O ambiente da UTI é altamente tecnológico com intervenções médicas intensivas e contribui para o desenvolvimento de ansiedade, estresse e transtornos depressivos nos familiares. O cuidado centrado na família proporciona meios de se obter uma comunicação clara e eficaz entre a equipe de saúde e os familiares, a fim de minimizar o sofrimento e contribuir para a melhora da compreensão pelos familiares sobre o estado do paciente.<sup>56</sup>

Por meio de um cuidado centrado na família, a ansiedade pode ser aliviada, melhorando a comunicação entre a equipe e família aumentando assim a satisfação geral. Para tanto, faz-se necessário adequada estrutura para que haja a devida integração, reuniões, para que seja proporcionado um ambiente de apoio de forma compassiva e respeitosa.<sup>61</sup>

Estudos identificaram que a necessidade do familiar permanecer próximo ao paciente crítico na UTI contribui para a segurança emocional de ambos. Porém, os autores citam que os enfermeiros não possuíam tempo e nem recursos adequados para atenderem a essas necessidades dos familiares.<sup>57</sup>

Abordar as necessidades da família é um componente essencial do cuidado ao paciente internado na terapia intensiva, pois ter um familiar gravemente doente é uma experiência estressante.

Para melhorar o apoio aos familiares faz-se necessário a atuação de uma equipe interdisciplinar, com comunicação eficaz e regular a fim de compreender tanto o contexto onde o paciente vive assim como otimizar a compreensão sobre o estado crítico do paciente.<sup>51,53,56,60-62</sup>

As famílias não deveriam ser consideradas apenas visitantes na UTI, pois elas são uma extensão do paciente e poderiam vivenciar o processo de cuidar ao lado de seu parente.<sup>50</sup>

Fatores podem afetar o estado psicológico dos familiares, a depender das características dos pacientes ou seus cuidadores, bem como idade, sexo e gravidade. Alguns autores identificaram altas taxas de incidência de ansiedade e depressão entre familiares de pacientes internados em UTI: França com taxa de ansiedade de 47,9% a 69,1% e depressão de 25% a 39%; Reino Unido de 58% e 31%, respectivamente; Repúblicas Eslovacas 78% e 54%, respectivamente e Brasil 34% a 71,8% e 17% a 53,8% respectivamente.<sup>59</sup>

Alguns sentimentos foram identificados nos familiares de pacientes internados em UTI: dúvida se vão viver ou morrer, sofrimento, espera estressante, falta de respostas para perguntas, incertezas e preocupações, sentimento de desamparo e impotência, negligência, frustração e raiva por não saberem quanto tempo a internação vai durar, desesperança e desespero acerca do futuro.<sup>57</sup>

Algumas necessidades dos familiares foram identificadas em estudos, como: estar próximo do paciente em uma sala de espera, pelo fato de permanecer no hospital e não em casa, à espera de informações sobre a condição clínica e o prognóstico. Outro aspecto considerado positivo para a presença do familiar na UTI foi o familiar estar envolvido no processo de cuidar e na recuperação do paciente.<sup>57</sup>

De qualquer forma, os familiares temem que o pior possa acontecer e assim permanecem em estado constante de tensão e o fato de estarem próximos, mesmo que seja em uma sala de espera, podem contribuir para amenizar as

atemorizações quanto ao prognóstico do ente querido internado na UTI.

Em relação a equipe de saúde, alguns aspectos do acolhimento aos familiares são considerados, por exemplo: reconhecer a necessidade de que familiares de pacientes internados em UTI podem vivenciar e enfrentar a internação demonstrando ansiedade, estresse ou depressão. É indispensável esse conhecimento e que treinamentos e capacitações sejam realizados para a equipe multidisciplinar, com a finalidade de identificar os sofrimentos emocional e psíquico causados pela dor da separação e do sofrimento do ente querido, para que assim sejam alcançados os cuidados necessários.<sup>57</sup>

Sobre a percepção de suporte emocional aos familiares, de acordo com o estudo no município de Cúcuta, identificaram que: 35,25% dos familiares constataram que a equipe de enfermagem os encorajaram e os tranquilizaram com palavras de incentivo e diálogos e demonstração de preocupação e interesse; 71% dos familiares opinaram que a comunicação verbal da equipe de enfermagem foi positiva devido ao fato de que durante os momentos de visitas na UTI, a enfermagem forneceu as devidas orientações e explicações com uma linguagem clara e simples além de esclarecer dúvidas.<sup>50</sup>

Nesse mesmo estudo<sup>50</sup> em relação à comunicação não verbal da equipe de saúde com os familiares, 80% deles obtiveram uma percepção favorável relacionada ao tipo de expressão do olhar do profissional.

Um estudo realizado na Turquia em 2016, identificou as taxas de incidência de ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em uma UTI e as relações entre os sintomas psicológicos e características sociodemográficas de pacientes e seus familiares. Foi aplicada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), e identificaram-se: 28 (35,9%) casos de ansiedade e 56 (71,8%) casos de depressão; sintomas de ansiedade foram observados com maior frequência entre familiares de pacientes jovens e as taxas de prevalência de ansiedade e depressão foram mais elevadas entre os cônjuges dos pacientes do que em outros membros da família.<sup>59</sup>

Com o objetivo de investigar as percepções dos familiares de pacientes internados há mais de 48 horas em UTI e avaliar quantitativamente sintomas relacionados ao estresse nesses familiares 3 meses após morte ou alta dos pacientes na UTI, Garrouste-Orgeas et al. (2016) identificaram que os escores de ansiedade e depressão foram significativamente menores no grupo de intervenção.

Os dados qualitativos indicaram que os familiares valorizaram a realização de conferência. Em relação à prevalência do estresse pós-traumático, os grupos de intervenção e controle não tiveram diferenças significativas.<sup>60</sup>

Assim, a comunicação entre a equipe da UTI e famílias é um componente essencial que contribui com a satisfação da família e para a tomada da decisão ideal.

Estudo demonstrou que a presença de uma enfermeira foi apreciada pelos familiares durante as conferências familiares, consideradas eficazes, associadas a redução de ansiedade e depressão de acordo com as pontuações da subescala. Os familiares sentiram que a enfermeira conhecia o paciente melhor do que o médico, fornecendo informações essenciais e desempenhando um valioso papel tranquilizando esses familiares.<sup>60</sup>

Autores<sup>50,51,55-60</sup> identificaram percepções favoráveis dos familiares sobre a equipe multiprofissional de UTI, que pode proporcionar um atendimento mais próximo e humano ao paciente, com apoio e palavras de encorajamento, contribuindo para que o paciente sinta-se mais seguro, sanando suas dúvidas e anseios.

O enfermeiro de UTI possui papel fundamental na humanização do cuidado, por ser o responsável pela equipe de enfermagem, pelo planejamento e gestão do cuidado.<sup>50,51,55-60</sup>

A humanização do cuidado é um grande desafio para os enfermeiros intensivistas, tanto para o oferecimento de melhores condições e cuidado digno aos pacientes como a utilização da comunicação eficaz. Esse processo de trabalho exige diálogo com a família do paciente e com a equipe de saúde para alcançar a desejada humanização.<sup>50,51,55-60</sup>

Reuniões familiares são consideradas método eficaz para que a comunicação seja facilitada, com locais adequados para que sejam discutidos condição e prognóstico do paciente alinhando os objetivos do cuidado, reduzindo-se assim ansiedade, depressão e estresse pós-traumático que familiares de paciente em terapia intensiva podem vivenciar. Para que essas reuniões aconteçam, são necessárias habilidades adequadas, especialmente através de uma comunicação empática que forneça suporte, minimizando o estresse entre os familiares.<sup>55</sup>

Outros autores<sup>55,56,58,60</sup> também identificaram a importância da realização de reuniões familiares. Foi demonstrado que o compartilhamento de informações de

forma significativa para as famílias proporcionou redução de suas angústias. Constatou-se que a equipe da UTI pode auxiliar na redução de estresses dos familiares através de uma comunicação cuidadosa.<sup>58</sup>

Estudo corrobora com a presente temática e constatou que enfermeiros desempenham um papel importante ajudando os familiares a compreenderem a situação e tratamentos necessários dos pacientes. Algumas estratégias como reuniões e encontros familiares são apontadas para que haja o devido envolvimento e esclarecimento de informações necessárias.<sup>56</sup>

Algumas barreiras foram identificadas para uma comunicação efetiva entre enfermeiro e familiares: falta de tempo, ambiente adequado, despreparo e medo de fornecer respostas adequadas. Por outro lado, os familiares desejam informações claras, honestas e consistentes sobre os pacientes.<sup>56</sup>

Assim, constatou-se que enfermeiros podem ajudar o familiar a obter e entender as informações prestadas, e podem criar uma relação terapêutica baseada na confiança, reconhecimento das necessidades dos familiares e diminuição de angústias.<sup>56</sup>

Treinamentos adequados para o desenvolvimento dessas habilidades de comunicação pelo enfermeiro devem ser encorajadas e aperfeiçoadas.<sup>56</sup>

Deseja-se que a relação interpessoal humanizada deve ser representativa de atitudes empáticas, esclarecimento sobre o estado real do paciente, abordagens compreensivas, com ânimo e positiva.

Recentemente um estudo demonstrou que a flexibilização de horários de visita familiar em terapia intensiva não afetou significativamente resultados do paciente, porém, apresentaram impacto positivo em sintomas de ansiedade e depressão nos familiares.<sup>62</sup>

Uma revisão sistemática constatou que a incidência de pneumonia, infecções de trato urinário, sepse e outras infecções foi igual em ambos os grupos. No grupo com visitas proibidas o risco de edema pulmonar ou choque foi 6,1 vezes maior do que no grupo com visitas abertas; o risco de complicação cardiovascular foi o dobro no grupo com visita proibida sendo que 58,8% dos pacientes com visitas não proibidas tiveram uma melhora da insuficiência cardíaca. Houve uma redução estatisticamente significativa de ansiedade no grupo com visitas não proibidas. Pesquisas constataram que para a família, a visita aberta aumenta a satisfação e reduz a ansiedade sendo que a presença familiar pode contribuir na recuperação da

saúde física e emocional do paciente.<sup>63</sup>

Em relação a segunda pergunta norteadora: *“Como se configura o acolhimento humanizado de familiares nas visitas aos pacientes internados em UTI Adulto (UTIA) com a pandemia da COVID-19?”*

Três artigos<sup>52-54</sup> responderam a esse questionamento e são discutidos a seguir.

A pandemia do COVID-19 impactou o acolhimento de familiares no ambiente da UTI. Na primeira semana da pandemia, visitas foram proibidas pelo risco de contaminação. Os familiares não puderam permanecer ao lado dos pacientes, e não estabeleceu-se prontamente uma outra forma adequada para a comunicação e apoio às famílias por parte da equipe da UTI, o que prejudicou o vínculo com o paciente.<sup>56</sup>

Com a pandemia, hospitais do mundo inteiro impuseram restrições aos visitantes com o objetivo de redução da transmissão do SARS-CoV-2.<sup>64-68</sup>

Devido às proibições ou restrições das visitas hospitalares, os familiares não puderam permanecer com os pacientes. Nas UTIs, que geralmente a visitação já era restrita, e que passaram a tratar especificamente de pacientes com COVID-19, ocorreram a proibição da presença de familiares, o que trouxe prejuízos emocionais e psicológicos a todos os envolvidos. Assim, modificações foram necessárias e passou-se a utilizar a comunicação à distância pelo uso de telefone ou videoconferência.<sup>64</sup>

A COVID-19 está associada a alta taxa de infectividade, o que ocasionou um alto nível de medo e ansiedade e afetou milhões de pessoas em todo o mundo, além da necessidade de restrições como o distanciamento social.<sup>57</sup>

Somam-se milhões de mortes pela COVID-19 no mundo, impactando de forma negativa as famílias que passaram por perdas. Distúrbios prolongados de luto e estresse pós-traumático em familiares que passaram por isolamento ou acesso restrito de seu ente querido nessa pandemia, gerou sofrimento emocional tanto para o paciente como para seus familiares. Aliados a esses aspectos, surgiram novos desafios e dificuldades aos atendimentos dos pacientes, bem como aos familiares.<sup>58</sup>

Desta forma, é de fundamental importância que haja um planejamento de atendimento, com comunicação proativa e regular com os familiares, ouvindo suas preocupações, com o adequado fornecimento de informações, permitir que os familiares se despeçam pessoalmente de seus entes queridos sempre que possível,

seja presencialmente ou através da comunicação virtual facilitando a comunicação através do uso de *smartphones*, *tablets* e outras tecnologias, proporcionando assim o apoio emocional e espiritual que pacientes e familiares necessitam nesse momento de fragilidade.<sup>58</sup>

Constatou-se que familiares que perderam entes queridos em UTIs e não tiveram a chance de se despedirem possuem alto risco de apresentarem ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático e luto complicado.

Assim, a pandemia de COVID-19 contribuiu para a exacerbação de experiências negativas aos familiares e pacientes internados em terapia intensiva.

Em um estudo<sup>64</sup> qualitativo realizado em 12 UTIs da França, 19 familiares enlutados foram entrevistados, e da análise de conteúdo surgiram três temas principais: dificuldade em construir relação com médicos da UTI e vivência da solidão; riscos de separação com o paciente onde a proibição total de visitas foi associada a um sentimento de impotência; e interrupção de rituais de fim de vida onde familiares que se mantiveram longe durante a internação e também após a morte, descreveram como uma experiência desumanizada associada a sentimentos de raiva e injustiça.

Nesse mesmo estudo<sup>64</sup>, os familiares descreveram a necessidade de uma estrutura de apoio, como por exemplo, definir horários diários para as chamadas e ser o mesmo médico quando possível. Para muitos familiares, a comunicação via telefone se limitou apenas sobre o estado de saúde do paciente, sendo constatado apenas por alguns membros uma comunicação eficaz.

Ainda devido a restrição das visitas, familiares descreveram a solidão como particularmente pesada, experiência irreal, montanha-russa emocional. Um familiar relatou que ao conhecer a equipe da UTI e poder ver o paciente, foi uma experiência reconfortante gerando confiança. Outros relataram que ao poderem ver o cuidado prestado, suas percepções da UTI foram transformadas, ao perceberem que o paciente era cuidado como uma pessoa e não como apenas mais um caso de Covid-19.<sup>64</sup>

Inevitavelmente, os pacientes com COVID-19 bem como seus familiares apresentam-se ansiosos, com medo e necessitam de apoio emocional.

O cuidado centrado no paciente e na família prevê proporcionar conforto físico, autonomia, preparação, comunicação interpessoal, preservar a dignidade dos envolvidos, respeito às diversidades cultural e religiosa, compaixão, apoio espiritual

e fortalecimento da esperança e significado da vida.<sup>54</sup>

Outro estudo nos Estados Unidos constatou consequências negativas com as restrições impostas e risco de familiares desenvolverem depressão, ansiedade e luto complicado. Familiares enlutados relataram ter tido fácil acesso à equipe de saúde para esclarecimento de dúvidas e foram mantidos informados sobre os cuidados prestados aos pacientes. Também apreciaram a comunicação remota, mesmo em casos de o paciente apresentar limitações cognitivas, auditivas ou visuais, porém também foram identificados familiares que apresentaram dificuldades em utilizar aplicativos para a comunicação de forma remota.<sup>65</sup>

Os resultados desse estudo<sup>65</sup> mostram que familiares desejam ser incluídos nos cuidados ao paciente, mesmo não sendo possível estarem presentes fisicamente e enfatizam sobre a importância e necessidade de estratégias que sejam eficazes aumentando a qualidade da comunicação remota entre família e equipe.

Pacientes e seus familiares têm sofrido de maneira única. Assim, lidar com a emoção se faz tão importante quanto transmitir as informações sobre o prognóstico e diagnóstico.

Os familiares desses pacientes estão sob o risco de desenvolverem sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão. É preciso que se reconheça o medo, as tristezas e ansiedades que os familiares estão vivenciando, sem olhar em seus olhos, sem a oportunidade de proporcionar conforto, seja através de um abraço, um toque de mão ou chorando junto.<sup>69</sup>

Um estudo<sup>66</sup> qualitativo foi realizado em um hospital de Nova York com o objetivo de melhorar a compreensão sobre o efeito das restrições de visitas familiares a pacientes de UTI COVID-19. Após entrevistas realizadas com 10 familiares, constataram que a experiência da hospitalização resultou em níveis altos de estresse e ansiedade ao saberem do diagnóstico do paciente, sentimento de culpa, medo e impotência.

Familiares relataram dificuldade em compreenderem informações recebidas de forma remota com termos técnicos médicos utilizados, o que gerou dúvidas e incertezas. Algumas sugestões pelos familiares entrevistados incluíram: necessidade de atualizações de informações mais consistentes e frequentes.<sup>66</sup>

As informações fornecidas via telefone ou *e-mail*, geram dúvidas e esse desafio aos médicos pode ser resolvido por meio de ferramentas não verbais como o tom da voz, pausa e inflexão. Porém, a alta carga de trabalho assim como o estresse

emocional vivenciado pelos profissionais da saúde podem comprometer a capacidade profissional de uma comunicação eficaz.<sup>69</sup>

Outro estudo<sup>67</sup> com o objetivo de explorar experiências de famílias sobre o uso de telefone e vídeo como principal meio de comunicação, em três UTIs da Pensilvânia, constatou que a comunicação por telefone e vídeo com as famílias ofereceu muitos benefícios sendo considerada eficaz.

Sugestões dos familiares para melhorar a comunicação remota incluíram: o posicionamento da câmera de forma que a família consiga ver o paciente e seu arredor, proporcionando assim a oportunidade de se fazerem perguntas sobre tubos e dispositivos.<sup>67</sup>

Pesquisa constatou que um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome pós-UTI (PICS-F) em membros da família é a falta de comunicação com a equipe da UTI.<sup>52</sup>

A comunicação é um aspecto valorizado que pode afetar a experiência dos familiares durante e após a internação do paciente na UTI. Familiares que não são capazes de se despedir de seu ente querido, possuem risco maior de desenvolvimento de sintomas complicados de luto.<sup>52</sup>

Como foi dito no New York Times, "*De todas as maneiras pelas quais a pandemia de coronavírus minou as convenções da vida normal, talvez nenhuma seja tão cruel quanto a separação de pacientes gravemente enfermos e de seus entes queridos, agora obrigatórios em hospitais de todo o mundo*".<sup>52</sup>

Recomendações foram publicadas a respeito da comunicação com membros da família, como citados a seguir: receber informações claras pessoalmente, pelo telefone ou em sites institucionais, sobre políticas restritivas de visitas em UTI; é fundamental que haja entendimento da proibição da visita do familiar ao seu ente querido; ligações telefônicas de rotina devem ser agendadas pelas equipes da UTI, mensagens de textos e videoconferências; áudios, vídeos ou mensagens sejam gravadas. Os conteúdos a serem abordados por esses meios de comunicação devem relacionar o estado de saúde dos pacientes e garantir conforto e dignidade.<sup>52</sup>

De acordo com esse contexto, muitas equipes modificaram as políticas de visitação, tornando-as mais flexíveis, com horários diferenciados para não haver aglomeração de pessoas; também com orientações relacionadas à higiene e ao apoio psicológico aos familiares.<sup>52</sup>

A Sociedade Italiana de Anestesia e Analgesia Reanimação e Terapia Intensiva (SIAARTI), Associação Nacional de Enfermeiros de Área Crítica (ANIARTI), Sociedade Italiana de Medicina de Emergência e Urgência (SIMEU) e Sociedade Italiana dos Cuidados Paliativos (SICP) elaboraram um documento para todos os profissionais de saúde que cuidam de pacientes com COVID-19, auxiliando a equipe na comunicação com familiares, sendo identificados cinco objetivos fundamentais na comunicação com familiares: fornecimento de informações compreensíveis sobre doença e tratamento; obtenção de informações sobre expectativas das famílias e escolhas do paciente; empatia e participação; permitir que famílias expressem suas emoções; e evitar mal-entendidos e conflitos com a equipe.<sup>68</sup>

Uma videochamada ou telefonema não substituem o contato físico, porém, se comunicar com a família mesmo que de forma virtual, pode minimizar o sofrimento de familiares que não podem estar presentes fisicamente com o paciente internado. Assim a comunicação interpessoal deve ser entendida como um momento de cura.<sup>68</sup>

Na Índia foi publicado um relatório de estudo<sup>53</sup> que relatou questões psicológicas e experiências de três pessoas infectadas pelo COVID-19, admitidas numa unidade hospitalar para tratamento. Constatou-se que a maioria dos pacientes admitidos apresentavam ansiedade, preocupação excessiva, irritabilidade, mau humor, frustração, angústias, solidão, dentre outros.

Em relação às narrativas das experiências mencionadas no estudo<sup>53</sup> a avaliação psicológica se fez oportuna e a realização de sessões de apoio via telefone ou videoconferência, ajudaram na reabilitação.

É preciso reconhecer a urgente necessidade de lidar e entender problemas de saúde mental de pacientes com COVID-19 durante a internação e quarentena. A incerteza da doença, o apoio limitado familiar, medo da morte de si próprio e de pessoas próximas, contribuem para um estado mental estressante, logo, avaliação da saúde mental e o apoio às necessidades dos pacientes devem ser realizados rotineiramente.<sup>53</sup>

Questões psicológicas precisam ser consideradas durante a pandemia, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020). Autores também enfatizam sobre a prestação dos primeiros socorros psicológicos aos pacientes internados com COVID-19.<sup>53</sup>

O paciente assim como seus familiares necessitam de atenção, devido à

situação de vulnerabilidade que se encontram. Assim intervenções como orientações e devido acolhimento no início da internação hospitalar podem fazer a diferença. O conhecimento pela equipe de saúde sobre a organização familiar do paciente proporciona a manutenção do vínculo e de uma assistência de qualidade e humanizada.

A pandemia dificultou ainda mais o acolhimento aos familiares na UTI. Em relação a terapia intensiva de COVID-19 restrições foram impostas na maioria dos hospitais. O isolamento requerido exige ainda mais da equipe multidisciplinar o acolhimento humanizado, e torna-se necessário proporcionar aos visitantes roteiros e orientações escritas e/ou eletrônicas acerca das rotinas e imposições sanitárias desse momento.

Assim, a proposta do presente estudo para construir um material educativo com a finalidade de acolhimento aos familiares de pacientes internados nas UTIs, geral e para casos de COVID-19, tornou-se viável com as evidências científicas identificadas nessa revisão integrativa.

O estreitamento entre as evidências científicas identificadas na revisão integrativa e a confecção de um manual é um critério importante a ser considerado para a humanização da visita em UTI, garantida de forma digna e específica no acolhimento dos familiares nesse ambiente de vulnerabilidades.

## **5.2 Discussão sobre a validação de conteúdo pelos juízes**

Para a obtenção da concordância do IVC acima de 80% foram necessárias duas rodadas de envio do questionário e do manual produzido e re-elaborado.

A primeira rodada trouxe contribuições indispensáveis para o formato, conteúdo e estrutura do produto proposto por esse estudo. O total de juízes convidados foi de 16, porém 13 retornaram dentro de um prazo máximo de 20 dias as respostas ao questionário enviado. Todas as sugestões foram aceitas e incorporadas. O item “linguagem” não obteve concordância e uma segunda rodada foi iniciada e enviada para os 16 juízes, com o material educativo reformulado.

A segunda rodada retornou com a opinião dos 16 juízes, no prazo de 15 dias, e as sugestões foram incorporadas no material, com a concordância mínima de 90% do item avaliado.

Um estudo metodológico<sup>70</sup> realizado em Natal, Rio Grande do Norte, objetivou construir, validar e avaliar uma Objeto Virtual de Aprendizagem (OVA) de apoio ao ensino sobre saúde de pessoas privadas de liberdade. Os autores construíram uma primeira versão de hipermídia e a validação de conteúdo foi realizada por experts identificados pelos respectivos currículos na Plataforma *Lattes*, com critérios de elegibilidade segundo o modelo de Fehring, e a avaliação da usabilidade foi realizada por formulários eletrônico via *Google Forms*.

Duas rodadas de validação foram necessárias para obtenção da concordância, sendo a primeira com a participação de 11 e a segunda de oito juízes. percebeu-se que a maioria das sugestões dos juízes foram relevantes e acatadas pelos autores. Nas duas rodadas todos os juízes afirmaram que recomendariam o uso do OVA.<sup>70</sup>

A validação de uma cartilha educativa para idosos foi objetivo de autores que utilizaram o IVC. Foram selecionados 22 enfermeiros especialistas da área de interesse, por amostragem “bola de neve”. A média obtida pelos 22 juízes convidados foi de 0,99 sendo que 21 deles concordaram com todos os itens.<sup>71</sup>

Para a construção e validação de conteúdo por enfermeiros especialistas de uma cartilha educativa para prevenção de quedas em ambiente hospitalar, autores utilizaram uma revisão integrativa sobre o tema, elaboração de *storyboard* junto a um designer gráfico para auxílio no processo de desenvolvimento da tecnologia educativa e validação da cartilha por profissionais de saúde e público-alvo.<sup>72</sup>

Para o IVC da cartilha 22 enfermeiros com expertise em assistência hospitalar, segurança do paciente ou tecnologias educacionais foram selecionados por amostragem “bola de neve” e avaliação dos respectivos currículos. Foi construído formulário contendo 18 itens, pela ferramenta *Google Forms* e estipulado o prazo de 14 dias para avaliação e preenchimento. Os juízes avaliaram os itens como: adequado, parcialmente adequado ou inadequado, e havia espaço para sugestões.<sup>72</sup>

A referida cartilha denominada “Cuidado para não cair nessa” possui 20 páginas, obteve nível de concordância de 100% com IVC = 1,0 em apenas uma rodada, considerado padrão-ouro. Todas as sugestões feitas pelos juízes foram acatadas. De 33 itens avaliados pelo público-alvo, 24 apresentaram 100% de concordância, com IVC = 1,0, sete apresentaram IVC de 0,95 e dois de 0,90,

totalizando um IVC com pacientes de 0,98.<sup>72</sup>

Outra pesquisa metodológica<sup>73</sup>, elaborou e validou uma tecnologia educativa com revisão integrativa para posterior seleção do conteúdo, sendo selecionados nove juízes especialistas no assunto, oito juízes técnicos com experiência assistencial e sete juízes de comunicação, com experiência em comunicação social e/ou design gráfico. Após a avaliação, foi aplicado o IC, considerando-se adequados itens com concordância mínima de 0,78. Em relação a segunda parte, foram considerados válidos os que atingiram índice mínimo de 80%.

Já os juízes de comunicação utilizaram o *Suitability Assessment of Materials* (SAM), sendo avaliada a adequabilidade da caderneta relacionada a layout e apresentação, linguagem, ilustrações, motivação e adequação cultural. Após essas análises, realizou-se alterações necessárias e as considerações dos juízes foram apreciadas.<sup>73</sup>

### **5.3 Discussão do produto: “Humaniza UTI: Manual de Acolhimento aos Visitantes”**

Demonstrou-se pela literatura citada que estudos metodológicos são delineamentos adequados à produção de material educativo em saúde, além da importância de validação do conteúdo por especialistas das áreas envolvidas.

Em relação às tecnologias educacionais construídas, além da validação por especialistas na área da saúde, é de extrema importância que o público-alvo a que se destina o material ou a tecnologia também possa validá-lo.<sup>74</sup>

Para tal consecução é necessário que o projeto possua um cronograma adequado, o que muitas vezes se permite em trabalhos de elaboração de tese de doutoramento. O tempo de dois anos destinado ao desenvolvimento de estudo para o mestrado não favorece percorrer todas as etapas necessárias.

As potencialidades das tecnologias assistenciais produzidas, como o presente manual para familiares visitantes de pacientes internados em UTI, podem ser demonstradas não apenas com as possibilidades da sua validação futura pelos enfermeiros intensivistas, mas também a sua aplicação em outras instituições que oferecem a assistência intensiva.

A validação do conteúdo por familiares também pode ser realizada futuramente em projetos com delineamento metodológico, o que reforçaria a

importância do processo de cuidar em ambiente de terapia intensiva, centrado no cuidado ao paciente e nas suas famílias.

Essa valorização do processo de cuidar poderá contribuir com evidências científicas que podem colaborar no planejamento das intervenções de apoio aos familiares e diminuir a ansiedade e o desconhecimento sobre o tratamento do seu ente querido.

Destarte corroboram para a construção das tecnologias assistenciais que ela conecta-se com o cuidado de enfermagem, uma vez que a enfermagem é embasada em princípios, leis e teorias, e as inovações tecnológicas podem aprimorar a praxis.<sup>75</sup>

O avanço tecnológico tem contribuído para facilitar ações diárias, bem como mudanças vem ocorrendo na área da enfermagem onde as tecnologias podem ser utilizadas em diferentes contextos.<sup>76</sup>

As tecnologias podem ser: leve, através da constituição de relações para se implementar o cuidado, através do vínculo, gestão e acolhimento; leve-dura, onde a construção do conhecimento se dá por meio de teorias e modelos de cuidado; e dura, com a utilização de normas e equipamentos tecnológicos.<sup>76</sup>

Durante a assistência, o enfermeiro utiliza tecnologias leve-dura por meio de materiais educativos, alcançando resultados importantes com essas ações. Assim, a enfermagem se destaca na aplicação de tecnologias, por meio de oportunidade de implementá-las corroborando para o crescimento da profissão e benefício da relação entre profissional e paciente.<sup>76</sup>

## 6 CONCLUSÃO

Em relação aos objetivos propostos:

- **Objetivo geral:** foi elaborado um manual para ser utilizado por familiares e visitantes de pacientes internados em UTI adulto de um hospital público de ensino, em formato eletrônico, a partir das evidências científicas identificadas em revisão integrativa, com conteúdo informativo sobre: definição de UTI; importância do acolhimento familiar pela equipe de saúde; como pode ser o estado do paciente; informações e orientações sobre rotinas, horários de visita, proibições, como o familiar pode se comunicar com o paciente; recomendações e proibições durante a visita.

O manual foi validado por 16 juízes, enfermeiros especialistas em UTI, que contribuíram em duas rodadas de validação de conteúdo, com os valores de 84,62% de concordância para a maioria das questões, com exceção de uma questão do item da linguagem que atingiu concordância de 69,23%, sendo assim realizada uma segunda rodada contendo apenas questões sobre esse item, com o mínimo de concordância de 94,12% sobre o título do manual e de 100% para as demais questões.

- **Objetivos específicos:**

✓ Entre os 11 artigos inclusos na revisão integrativa de literatura, obtiveram-se em relação aos níveis de evidências científicas: um com nível de evidência I; dois artigos de nível II relativos a estudos randomizados e ensaio clínico controlado; três com nível V relativos à revisão integrativa de literatura; quatro com nível VI com delineamento qualitativo e descritivo; e um artigo de opinião de nível VII.

✓ Dos 11 artigos incluídos foram identificados os seguintes aspectos que responderam às duas perguntas norteadoras: o ambiente de UTI é considerado complexo, invasivo e hostil e pode ocasionar eventos e situações estressantes para pacientes e familiares. O cuidado centrado na família e no paciente crítico deve ser humanizado, e o acolhimento é imprescindível para amenizar a presença de sentimentos como estresse, ansiedade, angústia, medo, solidão, tristezas e incertezas. Uma comunicação eficaz deve ser estabelecida durante o acolhimento.

✓ As evidências científicas levantadas na revisão integrativa contribuíram

para a elaboração do material educativo em formato eletrônico para o acolhimento familiar em visita hospitalar na UTI de um hospital de ensino público.

✓ A validação de conteúdo foi realizada e obtiveram-se as seguintes concordâncias: concordância mínima na primeira rodada de 84,62% sendo o IVC de 0,84 para a maioria das questões com exceção do item sobre linguagem que atingiu concordância de 69,23%, com um IVC de 0,64. O manual foi reformulado e encaminhado para nova avaliação entre os juízes, atingindo nessa segunda rodada o mínimo de concordância de 94,12%, sendo o IVC de 0,93.

## REFERÊNCIAS

1. Berthelsen PG, Cronqvist M. The first intensive care unit in the world: Copenhagen 1953. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2003 Dec;47(10):1190-5.
2. Passos SSS, Silva JO, Santana VS, Santos VMN, Pereira A, Santos LM. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. *Rev enferm.* 2015 Mai;23(3):368-74.
3. Wrzesinski A, Beninca CRS, Zanettini Angélica. Projeto UTI Visitas: ideias e percepções de familiares sobre a visita ampliada. *Rev. SBPH.* 2019 Dez;22(2):90-108. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582019000300006&lng=en&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000300006&lng=en&nrm=iso)>.
4. Goularte PN, Gabarra LM, More CLOO. A visita em Unidade de Terapia Intensiva adulto: perspectiva da equipe multiprofissional. *Rev. Psicol. Saúde.* 2020 Abr;12(1):157-170. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2020000100012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000100012&lng=pt&nrm=iso)>.
5. Vicensi MC. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. *Rev. Bioét.* 2016 Abr;24(1):64-72. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422016000100064&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000100064&lng=pt). <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241107>.
6. Simonetti A. *Manual de Psicologia Hospitalar. O Mapa da Doença.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.
7. Pelazza BB, Simoni RCM, Freitas EGB, Silva BR, Silva MJP. Visita de Enfermagem e dúvidas manifestadas pela família em unidade de terapia intensiva. *Acta paul. enferm.* 2015 Fev;28(1):60-65. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002015000100060&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000100060&lng=pt&nrm=iso)>.
8. Vieira LN, Sá FM, Spiri WS, Borgato MH, Fontes CMB. A experiência da vulnerabilidade dos enfermeiros no cuidado em terapia intensiva pediátrica. *Enferm. Foco.* 2019;10(5):58-64.
9. Vocci MC, Gallo IG, Spiri WC, Borgato MH, Fontes CMB. Vulnerabilidades do enfermeiro em unidade de terapia intensiva : revisão integrativa. 2021;74(3):1-6.
10. Nunes ME. Percepção de familiares sobre visitas a pacientes e regras em unidade de terapia intensiva. *Arq. Ciênc. Saúde.* 2017 jul-set;24(3):84-88.
11. Predebon GR, Beuter M, Flores RG, Girardon-Perlini NMO, Brondani CM, Santos NO. A visita de familiares em unidades intensivas na ótica da equipe de enfermagem. *Cienc Cuid Saude.* 2012 Ago 28;10(4):705-712.

12. Barth AA, Weigel BD, Dummer CD, Machado KC, Tisott TM. Estressores em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. Rev. Bras. Ter. intensiva. 2016 June 27;28(3):323-329. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2016000300323&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2016000300323&lng=en). <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20160055>
13. Hospital Moinhos de Vento, PROADI-SUS, Ministério da saúde. Projeto UTI visitas: Visita familiar ampliada. 2019. Disponível em: <http://www.utivisitas.com.br/visitas/visita-familiar-ampliada/>
14. Brasil. Lei n.8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [Internet]. 1990. [citado 2010 nov 11]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm)
15. Simoni RCM, Silva MJP. O impacto da visita de enfermagem sobre as necessidades dos familiares de pacientes de UTI. Rev Esc Enferm USP. 2012 Mai 18;46(Esp):65-70.
16. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização PNH. 2013.
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília (DF); 2001.
18. Ministério da Saúde. Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde. 2016.
19. Nacional C. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Cart dos Direitos dos Usuários da Saúde Cart dos Direitos dos Usuários da Saúde [Internet]. 2011;30. Available at: [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF\\_Carta\\_Usuarios\\_Saude\\_site.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf)
20. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n. 553, de 9 de agosto de 2017. Aprova a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso553.pdf>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: visita aberta e direito a acompanhante. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007; 32 p.
22. Crispim D, Silva MJP, Cedotti W, Câmara M, Gomes AS. Visitas virtuais durante a pandemia do Covid-19. Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia. 2020. Disponível em: <https://ammg.org.br/wp-content/uploads/Visitas-virtuais-COVID-19.pdf>.
23. Associação Médica Brasileira (AMB). Diretrizes AMB: COVID-19. 2020. Disponível em: <https://amb.org.br/diretrizes-amb-covid-19/>

24. Brasil. Ministério da Saúde. Doença pelo Coronavírus 2019 (Covid-19). 2021. [Citado em 22 Out. 2021] Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/coronavirus/>
25. Secretaria da Saúde. Governo do estado da Bahia. Hospital Manoel Victorino realiza visitas virtuais aproximando pacientes internados na UTI e familiares. [Citado em 2020 Abr 30]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2020/04/30/hospital-manoel-victorino-realiza-visitas-virtuais-aproximando-pacientes-internados-na-uti-e-familiares/>
26. Ximenes M. “Visita virtual” aproxima familiares e pacientes no Hospital Geral de Fortaleza. Portal do Governo Secretaria da Saúde. [Citado em 2020 Mai 15. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2020/05/15/visita-virtual-aproxima-familiares-e-pacientes-no-hospital-geral-de-fortaleza/>
27. Santos JC. Visitas virtuais de familiares dão alento a pacientes que estão internados por causa da Covid-19 em Contagem. Prefeitura Contagem. [Citado em 2020 Abr 29]. Disponível em: <http://www.contagem.mg.gov.br/novoportal/2020/04/29/visitas-virtuais-de-familiares-dao-alento-a-pacientes-que-estao-internados-por-causa-da-covid-19-em-contagem/>
28. Pacientes da UTI de hospitais de Curitiba recebem vídeos de familiares durante restrição de visitas devido ao Covid-19. Saúde debate. Disponível em: <http://saudedebate.com.br/noticias/pacientes-da-uti-de-hospitais-de-curitiba-recebem-videos-de-familiares-durante-restricao-de-visitas-devido-ao-covid-19>
29. Brasil. Lei nº 14.198, de 2 de setembro de 2021. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.198-de-2-de-setembro-de-2021-342651108>
30. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
31. Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. Rev. Latino-Am. Enferm. 2005 Out;13(5):754-757. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/6ZJ3s4DtMzZvSJn4JbpD3WB/?format=pdf&lang=pt>
32. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. Res Nurs Health. 1987 Feb;10(1):1-11.
33. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein. 2010;8(1):102-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>

34. JBI. A wiki platform for resources, documentation, manuals and guidance for JBI's programs, products and networks. Disponível em: <https://jbi-global-wiki.refined.site/>
35. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev. Saúde Pública*. 2010 Jun;44(3):559-565. Disponível em: [http://www.epi.uff.br/wp-content/uploads/2014/08/ARTIGO\\_STROBE1.pdf](http://www.epi.uff.br/wp-content/uploads/2014/08/ARTIGO_STROBE1.pdf)
36. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007 Dec;19(6):349-357.
37. Hutton B. et al. The PRISMA extension statement for reporting of systematic reviews incorporating network meta-analyses of health care interventions: Checklist and explanations. *Annals of Internal Medicine* 2015;162(11):777-784.
38. Schulz KF, Altman DG, Moher D. Consort 2010 Statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ* 2010;340(7748):698–702.
39. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005.
40. Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare enferm*. 1998;3(2):109–12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v3i2.44358>
41. Echer IC. Supporting Patient Autonomy Is Critical to Improving Health. *Rev Latino-am Enferm* [Internet]. 2005;13(5):754–7. Available at: <https://www.psychologicalscience.org/news/releases/supporting-patient-autonomy-is-critical-to-improving-health.html>
42. Alvarez LD, Damiance PRM. O Suitabiliy Assessmente of Materials (SAM) e a avaliação de materias educativos em saúde. *Rev intelecto*. 2020;3.
43. Melo RP, Moreira RP, Fontenele FC, Aguiar ASC, Joventino ES, Carvalho EC. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. *Rev RENE*. 2011;12(2):424-31.
44. Bittencourt HR, Creutzberg M, Rodrigues ACM, Casartelli AO, Freitas ALS. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de disciplinas na educação superior. *Est. Aval. Educ*. 2011 Jan;22(48):91-114.
45. Pasquali L. *Psicometria*. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2009 Dez;43(Esp):992- 999.

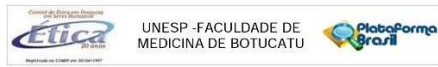
46. Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.
47. Moura ERF, Bezerra CG, Oliveira MS, Damasceno MMC. Validação de jogo educativo destinado à orientação dietética de portadores de diabetes mellitus. Ver. APS. 2008 out./dez;11(4):435-443. Recuperado de <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/156>
48. Galdeano LE, Rossi LA. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. Ciência, Cuidado e Saúde. 2006 Jan./abr;5(1):60-66. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5112/3327>
49. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciênc. saúde coletiva. 2011 Jul;16(7):3061-3068. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=en&nrm=iso).
50. Bautista Rodríguez LM, Arias Velandia MF, Carreño Leiva ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Revista CUIDARTE 2016;7(2):1297.
51. Da Silveira RE, Contim D. Health education and humanized practice of nursing at intensive care units: bibliometric study. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online 2015;7(1):2113.
52. Robert R. et al. Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. Annals of Intensive Care 2020;10(1).
53. Sahoo S. et al. Lived experiences of the corona survivors (patients admitted in COVID wards): A narrative real-life documented summaries of internalized guilt, shame, stigma, anger. Asian Journal of Psychiatry 2020 Apr;53:102-187.
54. Selman LE. et al. Bereavement Support on the Frontline of COVID-19: Recommendations for Hospital Clinicians. Journal of Pain and Symptom Management 2020;60(2):e81-e86.
55. Singer AE, et al. A Systematic Review of Family Meeting Tools in Palliative and Intensive Care Settings. American Journal of Hospice and Palliative Medicine 2016;33(8):797-806.
56. Adams AMN, Mannix T, Harrington A. Nurses' communication with families in the intensive care unit: a literature review. Nursing in Critical Care 2017;22(2):70-80.
57. Björk K, Lindahl B, Fridh I. Family members' experiences of waiting in intensive care: a concept analysis. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2019;33(3):522-539.

58. White DB. et al. A Randomized Trial of a Family-Support Intervention in Intensive Care Units. *New England Journal of Medicine* 2018;378(25):2365–2375.
59. Köse I. et al. Factors affecting anxiety and depression symptoms in relatives of intensive care unit patients. *Journal of Intensive Care Medicine* 2016;31(9):611-617.
60. Garrouste-Orgeas M. et al. Impact of proactive nurse participation in ICU family conferences: A mixed-method study. *Critical Care Medicine* 2016;44(6):1116-1128.
61. Ludmir J, Netzer G. Family-Centered Care in the Intensive Care Unit-What Does Best Practice Tell Us? *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine* 2019;40(5):648-654.
62. Rhoads S, Amass T. Communication at the End-of-Life in the Intensive Care Unit: A Review of Evidence-Based Best Practices. *Rhode Island medical journal* (2013) 2019;102(10):30-33.
63. Anativia Montenegro P, Farias-Reyes D, Galiano-Gálvez MA, Quiroga-Toledo N. Visita proibida/visita não proibida numa unidade de paciente crítico adulto. *Aquichan*. 2016;16(3):340–58.
64. Kentish-barnes N, Cohen-solal Z, Morin L, Souppart V, Pochard F, Azoulay E. Lived Experiences of Family Members of Patients With Severe COVID-19 Who Died in Intensive Care Units in France. 2021;4(6):1–13.
65. Feder S, Smith D, Griffin H, Shreve ST, Kinder D, Kutney-Lee A, et al. “Why Couldn’t I Go in To See Him?” Bereaved Families’ Perceptions of End-of-Life Communication During COVID-19. *J Am Geriatr Soc*. 2021;69(3):587–92.
66. Chen C, Wittenberg E, Sullivan SS, Lorenz RA, Chang YP. The Experiences of Family Members of Ventilated COVID-19 Patients in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study. *Am J Hosp Palliat Med*. 2021;38(7):869–76.
67. Kennedy NR, Steinberg A, Arnold RM, Doshi AA, White DB, DeLair W, et al. Perspectives on telephone and video communication in the intensive care unit during COVID-19. *Ann Am Thorac Soc*. 2021;18(5):838–47.
68. Gruppo Di Lavoro Intersocietario “Comunicovid” [Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica (ANIARTI), Società Italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza (SIMEU), Società Italiana di Cure Palliative (SICP)]. Come comunicare con i familiari dei pazienti in completo isolamento durante la pandemia da SARS-CoV-2. *Recent Prog Med*. 2020;111(May 2020):357–67.
69. Marra A. et al. How COVID-19 pandemic changed our communication with families: Losing nonverbal cues. *Critical Care* 2020;24(1):1–2.

70. Barbosa ML. Construção, validação e avaliação de objeto virtual de aprendizagem para apoiar o ensino sobre a saúde das pessoas privadas de liberdade [tese de doutorado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2019. 137 p.
71. Carvalho KM, Figueiredo MLF, Galindo Neto NM, Sá GGM. Construction and validation of a sleep hygiene booklet for the elderly. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 2):214-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0603>
72. Ximenes MA, Fontenele NA, Bastos IB, Macêdo TS, Galindo Neto NM, Caetano JA, et al. Construção e validação de conteúdo de cartilha educativa para prevenção de quedas no hospital. *Acta Paul Enferm.* 2019;2019;32(4):433-41.
73. Figueiredo SV, Moreira TMM, Mota CS, Oliveira RS, Gomes ILV. Elaboração e validação de caderneta de orientação em saúde para familiares de crianças com doença falciforme. *Esc Anna Nery.* 2019;23(1):1-10.
74. Teixeira E, Medeiros HP, Nascimento MHM. Referenciais metodológicos para validação de tecnologias cuidativo-educacionais. In: Nietzsche EA, Teixeira E, Medeiros HP, orgs. *Tecnologias cuidativoeducacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a)*. Porto Alegre: Moriá; 2014. p. 113-27
75. Oliveira MC de P, Moura AK de, Lima KMO, Medeiros MCWC de, Lira MN, Lima JR de. Construção de um protótipo de aplicativo móvel para processo de enfermagem do paciente renal. *Res Soc Dev.* 2021;10(3):e21810313226.
76. Moraes de Sabino LM, Tabela Magalhaes Brasil D, Afio Caetano J, Lavinás Santos MC, Santos Alves MD. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. *Aquichan.* 2016; 16(2): 230-239. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.2.10

**ANEXO**

## ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado



### PARERER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** MATERIAL EDUCATIVO PARA HUMANIZAÇÃO DE VISITA FAMILIAR EM TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

**Pesquisador:** TEREZA RAQUEL SCHORR CALIXTO

**Área Temática:**

**Varsão:** 1

**CAAE:** 3542320 9.0000.5411

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.190.568

#### Apresentação do Projeto:

A Unidade de Terapia Intensiva é um setor complexo devido a necessidade de suporte tecnológico aos pacientes em estado grave. É considerado um ambiente agressivo e invasivo com inúmeras situações emergenciais, com eventos e situações altamente estressantes tanto para o paciente como para sua família. Esse ambiente pode se tornar menos hostil se os profissionais que ali atuam conseguirem emergir a individualidade de cada paciente. Para que seja alcançado um ambiente humanizado em UTI o cuidado deve ser com foco no paciente bem como aos seus familiares que são parte integrante do paciente que ali se encontra internado; acolhendo suas necessidades e contribuindo para a redução de sentimentos de angústia, medo e estresse. Por isso é de fundamental importância a utilização de estratégias que possam amenizar o sofrimento desses familiares, proporcionando assim a melhoria da qualidade da assistência. Assim, esse estudo tem como objetivo a realização de levantamento bibliográfico através de uma revisão integrativa sobre o tema, para que sirva de base para a construção de um material educativo impresso/eletônico para melhorar o acolhimento dos familiares durante a visita em UTI e por fim validar o conteúdo desse material educativo construído. A construção do material educativo de acolhimento humanizado seguirá as recomendações metodológicas de Echer (2005). Segundo esse autor, as etapas do processo de construção de materiais educativos para a área da saúde, obedecem às seguintes fases: submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa; levantamento bibliográfico; elaboração do material educativo; validação do material por especialistas no assunto

**Endereço:** Chacara Butagiroli, s/n  
**Bairro:** Rubião Junco  
**UF:** SP  
**Município:** BOTUCATU  
**Telefone:** (14)3880-1609  
**CEP:** 18.618-970  
**E-mail:** cep@fmb.unesp.br

Página 01 de 04



Continuação da Parecer: 4.190.568

e um representante do público-alvo. Os juizes que avaliarão o material educativo serão compostos por 20 enfermeiros especialistas e com atuação em UTI, seguindo o Sistema de pontuação do modelo de validação de Fehring, 1994.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Construir material educativo sobre humanização na visita em UTI e acolhimento dos familiares. Para atingir essa finalidade se propõe a realizar primeiramente uma revisão integrativa de literatura e utilizar as evidências identificadas na elaboração do conteúdo do material, e finalmente submetê-lo à validação de conteúdo por enfermeiros especialistas em UTI.  
**Objetivo Secundário:** Elaborar revisão integrativa sobre o tema; construir material educativo impresso/eletônico para acolhimento aos familiares em visita hospitalar na UTI e validar o conteúdo do material educativo construído

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:** Riscos mínimos.

**Benefícios:** Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência hospitalar aos pacientes internados bem como aos seus familiares.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de mestrado profissional que tem como objetivo construir material educativo sobre humanização na visita em UTI e o acolhimento dos familiares. O material será elaborado pela pesquisadora, seguindo todos tramites metodológicos. Comporão o quadro de juizes validadores do material 20 enfermeiros especialistas em UTI. Será utilizado recursos próprios no valor de R\$ 500,00.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

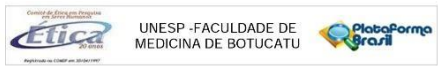
Todos os documentos foram devidamente apresentados e anexados na PB. Termo do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Termo de Anuência Institucional (EAP) já declarando anuência do HCFMB) e folha de rosto. O TCLE é em forma de convite, claro, redação adequada, com duração da entrevista de 20 minutos. Todos os itens exigidos pelo sistema CEP-CONEP foram contemplados.

#### Recomendações:

apresentar relatório final de atividades após finalização da pesquisa.

**Endereço:** Chacara Butagiroli, s/n  
**Bairro:** Rubião Junco  
**UF:** SP  
**Município:** BOTUCATU  
**Telefone:** (14)3880-1609  
**CEP:** 18.618-970  
**E-mail:** cep@fmb.unesp.br

Página 02 de 04



Continuação da Parecer: 4.190.568

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO ORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVADO o Projeto de Pesquisa.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO ORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, realizada em 03/08/2020, o Projeto de Pesquisa apresentado encontra-se APROVADO. O Pesquisador deverá enviar Relatório Final de Atividades ao final da pesquisa.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento  | Arquivo   | Postagem               | Autor                           | Situação |
|---|---|------------------------|---------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P<br>ROJETO_1587620.pdf | 06/07/2020<br>17.12.28 |                                 | Aceito   |
| Cronograma  | cronograma.docx                                   | 06/07/2020<br>17.09.24 | TEREZA RAQUEL<br>SCHORR CALIXTO | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | TermoDaAnuênciaInstitucional.pdf                  | 06/07/2020<br>17.07.00 | TEREZA RAQUEL<br>SCHORR CALIXTO | Aceito   |
| Folha de Rosto  | fohaderostoassinada.pdf                           | 06/07/2020<br>17.09.40 | TEREZA RAQUEL<br>SCHORR CALIXTO | Aceito   |
| TCLE / Termos do Assentimento / Justificativa de Ausência | tcle.docx   | 04/07/2020<br>22.22.29 | TEREZA RAQUEL<br>SCHORR CALIXTO | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | projeto definitivo.pdf                            | 03/07/2020<br>13.45.08 | TEREZA RAQUEL<br>SCHORR CALIXTO | Aceito   |

#### Situação do Parecer:

Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

**Endereço:** Chacara Butagiroli, s/n  
**Bairro:** Rubião Junco  
**UF:** SP  
**Município:** BOTUCATU  
**Telefone:** (14)3880-1609  
**CEP:** 18.618-970  
**E-mail:** cep@fmb.unesp.br

Página 03 de 04



Continuação de Parecer: 4.190.568

BOTUCATU, 04 de Agosto de 2020

Assinado por:  
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Chacara Butagiroli, s/n  
**Bairro:** Rubião Junco  
**UF:** SP  
**Município:** BOTUCATU  
**Telefone:** (14)3880-1609  
**CEP:** 18.618-970  
**E-mail:** cep@fmb.unesp.br

Página 04 de 04

## APÊNDICES

## **APENDICE A-** Questionário tipo *Limey Survey*

Manual de acolhimento - Instrumento de avaliação do Manual para especialista  
Questionário componente do projeto de pesquisa “**MATERIAL EDUCATIVO PARA HUMANIZAÇÃO DE VISITA FAMILIAR EM TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO**”

Sejam bem-vindos!

Existe(m) 15 questão(ões) neste questionário.

### **TCLE**

(This question is mandatory)

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)- RESOLUÇÃO 466/2012.**

Juízes: enfermeiros especialistas em terapia intensiva

CONVIDO, o Senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “MATERIAL EDUCATIVO PARA HUMANIZAÇÃO DE VISITA EM TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO”, que será desenvolvido por mim TEREZA RAQUEL SCHORR CALIXTO, PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE, com orientação do profissional Enfermeira e Professora Assistente Doutor CASSIANA MENDES BERTONCELLO FONTES da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.

O objetivo dessa pesquisa é construir material educativo impresso e eletrônico para acolhimento aos familiares de pacientes internados em terapia intensiva durante a visita hospitalar e realizar a validação desse conteúdo.

O (a) Senhor (a) responderá um questionário que levará cerca de 20 minutos sobre a pertinência dos conteúdos inseridos no material educativo construído e assim colaborará com o seu refinamento. O senhor receberá o questionário para responder sobre a pertinência do conteúdo do material educativo. Esse questionário poderá ser preenchido no momento que entregarmos pessoalmente, ou enviarmos por e-mail em forma de documentos eletrônicos, e no caso devolvê-lo para o e-mail das pesquisadoras de 20 a 30 dias. Suas respostas serão analisadas estatisticamente, e de acordo ou não com a concordância alcançada do consenso com os outros juízes, enviaremos novamente os documentos para sua avaliação. A finalidade desse consenso entre os juízes é alcançar a concordância para a validação do conteúdo do material educativo.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos para o senhor e o seu benefício em participar será ajudar na qualidade do desenvolvimento do material educativo como profissional especialista e com experiência no objeto de estudo do projeto.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 12.00 e das 13.30 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos:

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO em participar de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados e revistas científicas.

Nome (Pesquisador): TEREZA RAQUEL SCHORR CALIXTO

Endereço: Avenida Nelson Spielmann 674 Apto 601 Marília – SP. Telefone: (14) 9 81478104

E-mail: raquelschorr@hotmail.com

Nome (Orientador): CASSIANA MENDES BARTONCELLO FONTES

Endereço: Rua Agostinho Fornetti nº3-30 Vila Lemos- Bauru - SP Telefone: 14 99778-5393

E-mail: cassiana.fontes@unesp.br

**CONCORDO EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA:**

- SIM
- Não

✓ **OBJETIVOS**

\*Analise minuciosamente o manual de acolhimento de acordo com item destacado, e em seguida, marque a alternativa que melhor represente sua resposta segundo a valoração abaixo:

\*Em casos de discordo totalmente ou discordo, sugerir modificações ou realizar as correções do manual de acolhimento. Desde já, agradeço sua colaboração

**Objetivos** - Refere-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do manual de acolhimento.

- Os objetivos são coerentes com as necessidades de humanização do acolhimento familiar em UTI
- Este manual é uma ferramenta que pode ser utilizada no processo de humanização do acolhimento familiar em UTI
- O manual é capaz de promover reflexão sobre a humanização do acolhimento familiar
- As informações contidas no manual promovem mudança de comportamento e atitude

**Concordo fortemente/Concordo/Não concordo e nem discordo/Discordo/Discordo fortemente**

**Comente, caso tenha apontado algum item "discordo" ou "discordo totalmente":**

- ✓ **CONTEÚDO** - Refere-se às informações contidas no manual de acolhimento.

- manual é apropriado para os familiares dos pacientes internados em UTI
- manual oferece informações que os familiares necessitam obter
- manual ressalta a importância da humanização da assistência em UTI
- texto está apresentado de forma clara e objetiva
- As informações apresentadas estão cientificamente corretas
- Os conteúdos são variados e suficientes para atingir os objetivos do manual
- Existe uma sequência lógica do conteúdo apresentado

**Concordo fortemente/Concordo/Não concordo e nem discordo/Discordo/Discordo fortemente**

**Comente, caso tenha apontado algum item "discordo" ou "discordo totalmente":**

- ✓ **LINGUAGEM** - Refere-se à característica linguística, compreensão e estilo da redação e dos conceitos abordados no manual de acolhimento.
  - As informações estão adequadas ao público-alvo
  - texto utilizado é agradável
  - As informações estão em concordância com a ortografia
  - Existe coerência entre o texto e as imagens
  - As ilustrações estão adequadas e/ou complementam o texto
  - título do manual está adequado à finalidade que se destina

**Concordo fortemente/Concordo/Não concordo e nem discordo/Discordo/Discordo fortemente**

**Comente, caso tenha apontado algum item "discordo" ou "discordo totalmente":**

✓ **RELEVÂNCIA-** Refere-se às características que avaliam o grau de significado do material educativo apresentado

- Os temas retratam postos-chaves que devem ser reforçados durante o acolhimento
- manual aborda os assuntos necessários para se realizar o acolhimento familiar
- manual está adequado para ser usada por qualquer profissional da área da saúde

**Concordo fortemente/Concordo/Não concordo e nem discordo/Discordo/Discordo fortemente**

**Comente, caso tenha apontado algum item "discordo" ou "discordo totalmente":**

✓ **ILUSTRAÇÕES-** Refere-se ao uso de ilustrações no material educativo.

- As ilustrações utilizadas são pertinentes com o conteúdo do material
- As ilustrações expressam a informação a ser transmitida
- número de ilustrações está suficiente

**Concordo fortemente/Concordo/Não concordo e nem discordo/Discordo/Discordo fortemente**

**Comente, caso tenha apontado algum item "discordo" ou "discordo totalmente":**

✓ **DESIGN-** Refere-se ao formato da apresentação do material ao leitor de forma que desperte interesse para a leitura.

- A apresentação da cartilha está atrativa
- A apresentação da cartilha está organizada de forma lógica

- conteúdo está apresentado com letra em tamanho e fonte adequados para a leitura
- tipo de letra utilizado facilita a leitura do material
- A disposição do texto está adequada
- número de páginas está adequado

**Concordo fortemente/Concordo/Não concordo e nem discordo/Discordo/Discordo fortemente**

**Comente, caso tenha apontado algum item "discordo" ou "discordo totalmente":**

**✓ COM RELAÇÃO AOS ASSUNTOS ABORDADOS -**

- Definição de UTI
- Reconhecimento da necessidade de um manual de acolhimento familiar
- Reconhecimento do papel dos profissionais de saúde no acolhimento familiar na UTI
- Reconhecimento da importância do acolhimento familiar na UTI

**Concordo fortemente/Concordo/Não concordo e nem discordo/Discordo/Discordo fortemente**

**Comente, caso tenha apontado algum item "discordo" ou "discordo totalmente":**

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(TCLE) - RESOLUÇÃO 466/2012.**

Juízes: enfermeiros especialistas em terapia intensiva

CONVIDO, o Senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “MATERIAL EDUCATIVO PARA HUMANIZAÇÃO DE VISITA EM TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO”, que será desenvolvido por mim TEREZA RAQUEL SCHORR CALIXTO, PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE, com orientação do profissional Enfermeira e Professora Assistente Doutor CASSIANA MENDES BERTONCELLO FONTES da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.

O objetivo dessa pesquisa é construir material educativo impresso e eletrônico para acolhimento aos familiares de pacientes internados em terapia intensiva durante a visita hospitalar e realizar a validação desse conteúdo.

O (a) Senhor (a) responderá um questionário que levará cerca de 20 minutos sobre a pertinência dos conteúdos inseridos no material educativo construído e assim colaborará com o seu refinamento. O senhor receberá o questionário para responder sobre a pertinência do conteúdo do material educativo. Esse questionário poderá ser preenchido no momento que entregarmos pessoalmente, ou enviarmos por e-mail em forma de documentos eletrônicos, e no caso devolvê-lo para o e-mail das pesquisadoras em 1 semana . Suas respostas serão analisadas estatisticamente, e de acordo ou não com a concordância alcançada do consenso com os outros juízes, enviaremos novamente os documentos para sua avaliação. A finalidade desse consenso entre os juízes é alcançar a concordância para a validação do conteúdo do material educativo.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos para o senhor e o seu benefício em participar será ajudar na qualidade do desenvolvimento do material educativo como profissional especialista e com experiência no objeto de estudo do projeto.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 12.00 e das 13.30 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos:

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO em participar de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardos através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados e revistas científicas.

Botucatu, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pesquisador

Participante da

Pesquisa Nome (Pesquisador): TEREZA RAQUEL SCHORR

CALIXTO Endereço: Avenida Nelson Spielmann 674 Apto 601

Marília – SP. Telefone: (14) 9 81478104

E-mail: raquelschorr@hotmail.com

Nome (Orientador): CASSIANA MENDES BARTONCELLO FONTES

Endereço: Rua Agostinho Fornetti nº3-30 Vila Lemos- Bauru -

SP Telefone: 14 99778-5393

E-mail: cassiana.fontes@unesp.br

## APENDICE C- Questionário tipo *Limey Survey* -Segunda rodada

Manual de acolhimento - Instrumento de avaliação para especialistas - rodada 2

### Questionário componente do projeto de pesquisa “**MATERIAL EDUCATIVO PARA HUMANIZAÇÃO DE VISITA FAMILIAR EM TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO**”

Sejam bem-vindos!

Existe(m) 3 questão(ões) neste questionário.

#### TCLE

(This question is mandatory)

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - RESOLUÇÃO 466/2012.**

Juízes: enfermeiros especialistas em terapia intensiva

CONVIDO, o Senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “MATERIAL EDUCATIVO PARA HUMANIZAÇÃO DE VISITA EM TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO”, que será desenvolvido por mim TEREZA RAQUEL SCHORR CALIXTO, PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE, com orientação do profissional Enfermeira e Professora Assistente Doutor CASSIANA MENDES BERTONCELLO FONTES da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.

O objetivo dessa pesquisa é construir material educativo impresso e eletrônico para acolhimento aos familiares de pacientes internados em terapia intensiva durante a visita hospitalar e realizar a validação desse conteúdo.

O (a) Senhor (a) responderá um questionário que levará cerca de 20 minutos sobre a pertinência dos conteúdos inseridos no material educativo construído e assim colaborará com o seu refinamento. O senhor receberá o questionário para responder sobre a pertinência do conteúdo do material educativo. Esse questionário poderá ser preenchido no momento que entregarmos pessoalmente, ou enviarmos por e-mail em forma de documentos eletrônicos, e no caso devolvê-lo para o e-mail das pesquisadoras de 20 a 30 dias. Suas respostas serão analisadas estatisticamente, e de acordo ou não com a concordância alcançada do consenso com os outros juízes, enviaremos novamente os documentos para sua avaliação. A finalidade desse consenso entre os juízes é alcançar a concordância para a validação do conteúdo do material educativo.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos para o senhor e o seu benefício em participar será ajudar na qualidade do desenvolvimento do material educativo como profissional especialista e com experiência no objeto de estudo do projeto.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via

será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 12.00 e das 13.30 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos:

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO em participar de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardos através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados e revistas científicas.

Nome (Pesquisador): TEREZA RAQUEL SCHORR CALIXTO

Endereço: Avenida Nelson Spielmann 674 Apto 601 Marília – SP.

Telefone: (14) 9 81478104

E-mail: raquelschorr@hotmail.com

Nome (Orientador): CASSIANA MENDES BARTONCELLO FONTES

Endereço: Rua Agostinho Fornetti nº3-30 Vila Lemos- Bauru - SP

Telefone: 14 99778-5393

E-mail: cassiana.fontes@unesp.br

**CONCORDO EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA:**

- Sim
- Não

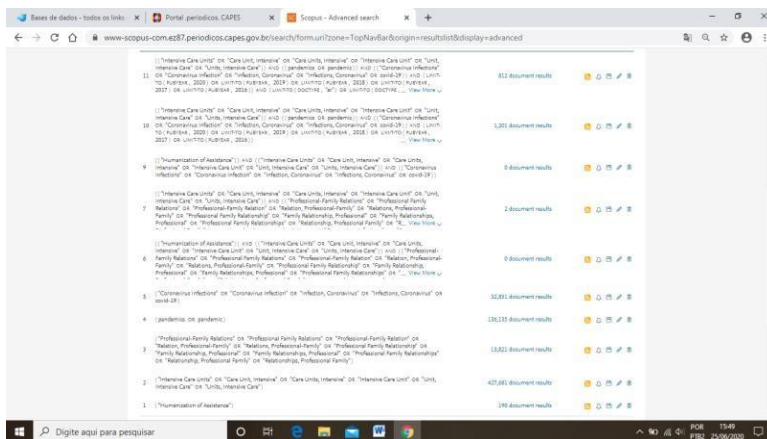
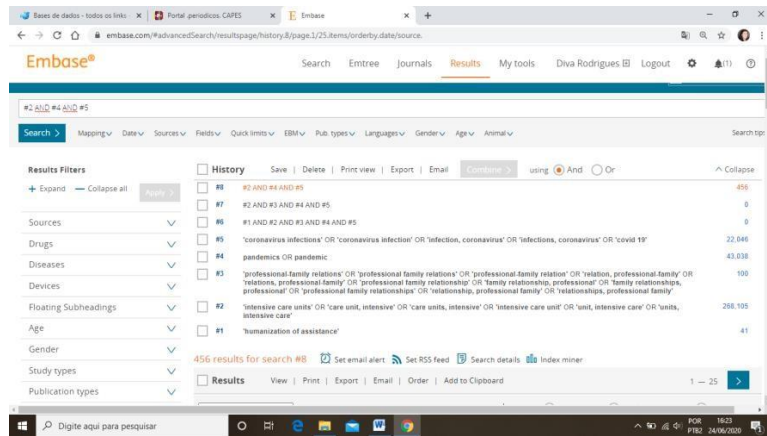
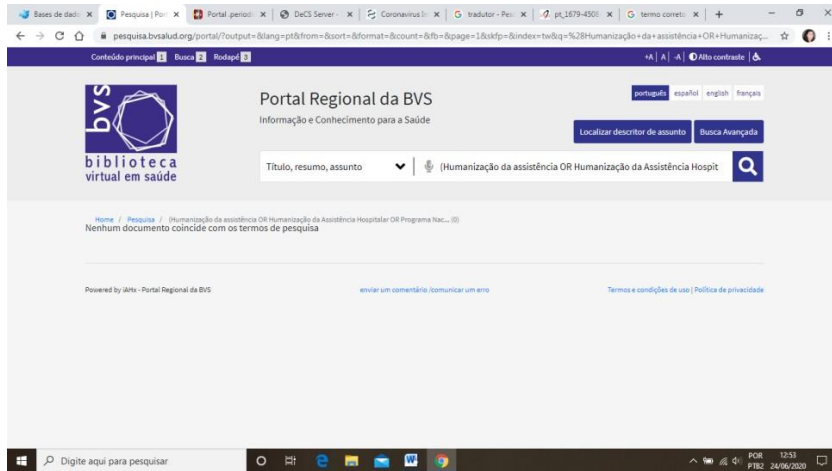
**Linguagem** - Refere-se à característica linguística, compreensão e estilo da redação e dos conceitos abordados no manual de acolhimento.

- ✓ As informações estão adequadas ao público-alvo
- ✓ O texto utilizado é agradável
- ✓ As informações estão em concordância com a ortografia
- ✓ Existe coerência entre o texto e as imagens
- ✓ As ilustrações estão adequadas e/ou complementam o texto
- ✓ O título do manual está adequado à finalidade que se destina

**Concordo fortemente/Concordo/Não concordo e  
nem discordo/Discordo/Discordo fortemente**

**Comente, caso tenha apontado algum item "discordo" ou "discordo totalmente":**

# APÊNDICE D - Prints de telas da estratégia de busca nas bases de dados e plataforma on-line. Botucatu-SP, Brasil 2020.





The screenshot shows a search results page from a virtual health library. The search query is "(Unidades de Terapia Intensiva OR Unidade de terapia intensiva de a...". Three results are displayed:

- 1. Effect of Cancer on Clinical Outcomes of Patients With COVID-19: A Meta-Analysis of Patient Data. *Giannakoulis V, Vassiliou G, Papoutsi E, et al. JCO Glob Oncol. 6: 799-808, 2020.06.* Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-32511066
- 2. Acute Stroke Care in the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Daffer R, Lima M, Osteras N, et al. J Stroke Cerebrovasc Dis. 29(7): 104881, 2020 Jul.* Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-32334918
- 3. Special report: The simulations driving the world's response to COVID-19. *Adam David*

Navigation options include "Ordenar por", "Mostrar: 20 | 50 | 100", and "Resultados 1 - 3 de 3". A sidebar on the left offers filters for "Mais filtros", "Base de dados" (MEDLINE), and "Assunto principal" (Pneumonia Viral, Infecções por Coronavirus).

The screenshot shows the MeSH Humanization search interface. The search term "Humanization" is entered, and the results show "No items found". A red banner at the top provides COVID-19 related information:

COVID-19 is an emerging, rapidly evolving situation. Get the latest public health information from CDC: <https://www.cdc.gov/covid>. Get the latest research from NIH: <https://www.nih.gov/coronavirus>. Find NCBI SARS-CoV-2 literature, sequence, and clinical content: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sars-cov-2/>

The page includes a navigation menu with "MeSH", "Resources", and "How to Use". A footer section titled "GETTING STARTED" lists various resources like "NCBI Education", "Chemicals & Bioassays", and "BLAST".