

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

PAULA BUCHS ZUCATTI

**PREPARO PARA ALTA DA TERAPIA INTENSIVA NA PERCEPÇÃO DO
PACIENTE: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO**

PORTO ALEGRE

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**PREPARO PARA ALTA DA TERAPIA INTENSIVA NA PERCEPÇÃO DO
PACIENTE: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO**

PAULA BUCHS ZUCATTI

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: **Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem**

Linha de pesquisa: **Enfermagem e Saúde Coletiva**

Eixo temático: **Processo de Trabalho em Saúde e Enfermagem**

Orientadora: **Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima**

PORTO ALEGRE

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Zucatti, Paula Buchs

Preparo para alta da terapia intensiva na percepção do paciente: construção e validação de instrumento / Paula Buchs Zucatti. -- 2021.

158 f.

Orientadora: Maria Alice Dias da Silva Lima.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Unidades de terapia intensiva. 2. Alta do paciente. 3. Transferência da responsabilidade pelo paciente. 4. Continuidade da assistência ao paciente. 5. Estudo de validação. I. Lima, Maria Alice Dias da Silva, orient. II. Título.

PAULA BUCHS ZUCATTI

PREPARO PARA ALTA DA TERAPIA INTENSIVA NA PERCEPÇÃO DO
PACIENTE: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de
Mestra em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 28 de outubro de 2021.

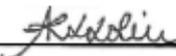
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr.ª Maria Alice Dias da Silva Lima

Presidente da Banca – Orientador

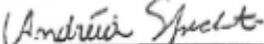
PPGENF/UFRGS



Prof. Dr.ª Karina de Oliveira Azzolin

Membro da banca

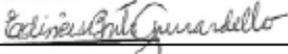
PPGENF/UFRGS



Prof. Dr.ª Andréia Martins Specht

Membro da banca

Universidade do Vale do Rio dos Sinos



Prof. Dr.ª Edineis de Brito Guirardello

Membro da banca

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Maria Alice Dias da Silva Lima, dedico grande admiração. Agradeço pelas oportunidades confiadas desde a graduação, por compartilhar seus conhecimentos e suas vivências, pelo carinho na condução deste trabalho e por impulsionar o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a todos os professores pela acolhida e pelo ensino público de qualidade.

Ao Grupo Hospitalar Conceição pela possibilidade de desenvolvimento do presente estudo na instituição.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento deste projeto por meio do estudo “Integração de sistemas e serviços de saúde: análise da coordenação das redes de atenção, transição do cuidado e segurança do paciente”, coordenado pela Professora Doutora Maria Alice Dias da Silva Lima e aprovado na Chamada Universal Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações/CNPq 2018.

Aos participantes, pacientes e profissionais da saúde, por disponibilizarem seu tempo e oferecerem suas experiências. Todos foram essenciais para a realização deste trabalho.

Aos colegas do grupo de pesquisa, pela partilha de saberes e pelo apoio, enriquecedores ao longo dessa trajetória.

Às professoras, Edinêis de Brito Guirardello, Andréia Martins Specht e Karina de Oliveira Azzolin, por aceitarem compor a banca examinadora desta dissertação e pelas contribuições para aprimorá-la.

Aos meus pais, Delcio e Janete, por serem os meus maiores motivadores, pelo amor incondicional que me dedicam e por construirmos juntos o meu porto seguro.

À minha família e aos meus amigos, por entenderem a minha ausência, pelos momentos de descontração e por vibrarem as minhas conquistas.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

ZUCATTI, P. B. **Preparo para alta da terapia intensiva na percepção do paciente: construção e validação de instrumento.** 2021. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

A avaliação do preparo para a alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é elencada entre as práticas para integrar uma estratégia ideal de transição do cuidado. Contudo, para essa decisão, não se leva em conta a ótica do paciente, tem-se em mente uma estratificação de risco e o alvo de uma estabilidade física. Sendo assim, a pesquisa teve como objetivo disponibilizar um instrumento de avaliação do preparo para a alta da UTI na percepção do paciente. Foi realizado um estudo metodológico, seguindo as etapas do processo de elaboração de instrumentos propostas na literatura. As cinco primeiras etapas – estabelecimento da estrutura conceitual; dos objetivos e da população-alvo; construção dos itens e da escala de resposta; seleção, organização; e estruturação da ferramenta – foram desenvolvidas com base em revisão da literatura, instrumentos já existentes e experiência laboral. A sexta etapa foi constituída da validação de conteúdo por um comitê de especialistas, convidado intencionalmente, com a utilização da técnica Delphi em três rodadas *on-line*. Na sétima etapa, foi realizado um pré-teste com a aplicação do instrumento em uma amostra selecionada por conveniência de 30 pacientes de alta da UTI do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). Na oitava etapa, deu-se continuação à validação de conteúdo com a quarta e última rodada do painel Delphi. Os dados obtidos foram transpostos para o programa Excel® e a análise descritiva foi realizada por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences*®. O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 40784220.6.0000.5347) e do HNSC (sob CAAE 40784220.6.3001.5530). O instrumento construído alcançou Índice de Validade de Conteúdo de 0,96 e está adequado para avaliar o preparo para a alta da UTI na percepção de indivíduos adultos que vivenciam a transição para unidades de internação cirúrgica ou clínica. Conta com 18 afirmações dispostas em uma escala Likert de cinco pontos. O escore final será a média dos itens respondidos, transformado em um número entre zero a 100. Pontuações mais baixas indicarão um preparo não satisfatório, ao passo que pontuações mais altas, um preparo satisfatório na percepção do paciente. A ferramenta está apta para apreciação de suas propriedades psicométricas. Este estudo fomenta no contexto brasileiro o debate para a inclusão da autopercepção do indivíduo sobre seu preparo, por meio de uma medida padronizada, entre os componentes habituais de planejamento para a alta da UTI, e coloca à disposição do enfermeiro intensivista um instrumento para orientar suas atividades educativas frente às necessidades de cada paciente.

Palavras-chave: Unidades de terapia intensiva. Alta do paciente. Transferência da responsabilidade pelo paciente. Continuidade da assistência ao paciente. Enfermagem. Estudo de validação.

ABSTRACT

ZUCATTI, P. B. **Intensive care discharge preparation in the patient perception: construction and validation of instrument.** 2021. 158 f. Dissertation (Master in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

The evaluation of intensive care discharge preparation at the Intensive Care Unit (ICU) is listed among practices to integrate an ideal transition care strategy. However, for this decision it is not taken into consideration the patient's view, it is considered risk stratification and physical stability goal. Therefore, the research aims to provide the content of an evaluation instrument for ICU discharge preparation in the patient's perception. A methodological study was conducted following the elaboration process stages suggested in the literature. The first five stages - conceptual structure establishment; goals and target-population; items and response scale construction; selection, organization; and tool structuring – were developed based on literature revision, existing instruments and work experience. The sixth stage was constituted of content validation by an intentionally invited specialists committee, with the use of Delphi technique in three on-line rounds. In the seventh stage a pre-test was carried out with the instrument application in a sample selected by convenience of 30 discharge ICU patients from Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). In the eighth stage content validation was carried out together with the fourth and last round of the Delphi panel. The data collected was transposed to the Excel® program and a descriptive analysis was carried out through Statistical Package for the Social Sciences® software. The project was approved by the Ethical Research Committee from the Universidade Federal do Rio Grande do Sul (under the Certificate of Presentation for Ethical Consideration (CAAE) 40784220.6.0000.5347) and from HNSC (under CAAE 40784220.6.3001.5530). The instrument created reached a Content Validity Index of 0,96 and it is adequate to evaluate ICU discharge preparation in the adults individual perception who experience transition to surgical and clinical units. It provides 18 affirmations displayed in a five points Likert scale. The final score is going to be the average of the answered items transformed into a number from zero to 100. Lower punctuations are going to indicate an unsatisfactory preparation, whereas higher punctuations represent a satisfactory preparation from the patient perception. The tool is suited to the appraisal of its psychometric properties. In the Brazilian context this study encourages the debate for the inclusion of individual self-perception about their preparation, by means of a standardized measure, among the regular planning components for ICU discharge and it provides the intensive care nurse an instrument to guide the activities before the necessity of each patient.

Keywords: Intensive care units. Patient discharge. Patient handoff. Continuity of patient care. Nursing. Validation study.

RESUMEN

ZUCATTI, P. B. **Preparación para el alta de cuidados intensivos en la percepción del paciente: construcción y validación de un instrumento.** 2021. 158 f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

La evaluación de la preparación para el alta de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se enumera entre las prácticas para integrar una estrategia de transición de cuidados ideal. Sin embargo, para esta decisión no se tiene en cuenta la perspectiva del paciente, se tiene en cuenta una estratificación del riesgo y el objetivo de estabilidad física. Así, la investigación tuvo como objetivo proveer el contenido de un instrumento para evaluar la preparación para el alta de la UCI en la percepción del paciente. Se realizó un estudio metodológico, siguiendo los pasos del proceso de elaboración de instrumentos propuestos en la literatura. Los primeros cinco pasos: establecimiento del marco conceptual; objetivos y población destinataria; construcción de ítems y escala de respuesta; selección, organización; y estructuración de la herramienta – se desarrollaron sobre la base de la revisión de la literatura, los instrumentos existentes y la experiencia laboral. La sexta etapa consistió en la validación de contenido por un comité de expertos, invitados intencionalmente, utilizando la técnica Delphi en tres rondas *online*. En la séptima etapa, se realizó una prueba previa con la aplicación del instrumento en una muestra seleccionada por conveniencia de 30 pacientes dados de alta de la UCI del Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). En el octavo paso, se continuó con la validación del contenido con la cuarta y última ronda del panel Delphi. Los datos obtenidos se transfirieron al programa Excel® y el análisis descriptivo se realizó mediante el *software Statistical Package for the Social Sciences*®. El proyecto fue aprobado por los Comités de Ética en Investigación de la Universidade Federal de Rio Grande do Sul (bajo Certificado de Presentación para Apreciación Ética (CAAE) 40784220.6.0000.5347) y por el HNSC (bajo CAAE 40784220.6.3001.5530). El instrumento construido alcanzó un Índice de Validez de Contenido de 0,96 y es adecuado para evaluar la preparación para el alta de la UCI en la percepción de los adultos que experimentan la transición a las unidades de internación quirúrgica o clínica. Tiene 18 afirmaciones ordenadas en una escala Likert de cinco puntos. La puntuación final será el promedio de los ítems respondidos, transformado en un número entre cero y 100. Las puntuaciones más bajas indicarán una preparación insatisfactoria, mientras que las puntuaciones más altas indican una preparación satisfactoria en la percepción del paciente. La herramienta es adecuada para evaluar sus propiedades psicométricas. Este estudio fomenta el debate en el contexto brasileño para la inclusión de la autopercepción del individuo sobre su preparación, a través de una medida estandarizada, entre los componentes habituales de la planificación para el alta de la UCI, y pone a disposición del enfermero de cuidados intensivos para orientar su formación actividades para satisfacer las necesidades de cada paciente.

Palabras clave: Unidades de cuidados intensivos. Alta del paciente. Pase de guardia. Continuidad de la atención al paciente. Enfermería. Estudio de validación.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Etapas e componentes para transição do cuidado ideal na alta da terapia intensiva.....	18
Figura 1 – Fluxograma das etapas metodológicas do estudo	33
Figura 2 – Participantes e duração das três primeiras rodadas do painel Delphi	36
Figura 3 – Questionários de coleta de dados das três primeiras rodadas do painel Delphi.	39
Quadro 2 – Processo de elaboração, validação e avaliação semântica das afirmações no decorrer do estudo.	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos participantes das quatro rodadas do painel Delphi. Dados expressos por meio de números absolutos (números relativos), ou sinalizados, quando diferente.....	47
Tabela 2 – Descrição dos resultados da primeira rodada do painel Delphi (n = 20) e a decisão das pesquisadoras.	50
Tabela 3 – Descrição dos resultados da segunda rodada do painel Delphi (n = 15) e a decisão das pesquisadoras.	58
Tabela 4 – Descrição dos resultados da terceira rodada do painel Delphi (n = 15) e a decisão das pesquisadoras.	60
Tabela 5 – Caracterização dos participantes do pré-teste (n = 30).....	61
Tabela 6 – Descrição dos resultados do pré-teste (n = 30) e a decisão das pesquisadoras..	63
Tabela 7 – Descrição dos resultados da quarta rodada do painel Delphi (n = 12) e a decisão das pesquisadoras.	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

COLD – Conectar equipamentos; Observar o paciente; *Listen*/Ouvir a transferência verbal;
Delegar a responsabilidade para a continuidade do cuidado

CTM – *Care Transition Measure*

EUA – Estados Unidos da América

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição

ISOBAR – Identificação; Situação; Observações; Breve histórico; Avaliação;
Recomendação

IVC – Índice de Validade de Conteúdo

PrATI-PP – Escala de avaliação do Preparo para a Alta da unidade de Terapia Intensiva na
Percepção do Paciente

RHDS – *Readiness for Hospital Discharge Scale*

SAPS – *Simplified Acute Physiology Score*

SBAR – Situação; Breve histórico; Avaliação; Recomendação

SWIFT – *Stability and Workload Index for Transfer*

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCUD – Termo de Compromisso de Utilização de Dados

TRR – Time de Resposta Rápida

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral.....	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
3 REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1 Transição do cuidado na alta da Unidade de Terapia Intensiva.....	17
3.2 Preparo para a alta hospitalar na percepção do paciente	26
3.3 Construção de instrumentos de medida em saúde	27
4 MÉTODO	32
4.1 Tipo de estudo	32
4.2 Elaboração do instrumento – etapas I a V	34
4.3 Validação de conteúdo 1 – etapa VI.....	34
4.3.1 Seleção do comitê de especialistas e coleta de dados do painel Delphi	35
4.4 Pré-teste – etapa VII.....	39
4.4.1 Campo de estudo	40
4.5 Validação de conteúdo 2 – etapa VIII.....	41
4.6 Análise dos dados.....	42
4.7 Aspectos éticos	43
5 RESULTADOS	45
5.1 Elaboração do instrumento	45
5.2 Validação de conteúdo	47
5.3 Pré-teste	61
5.4 Validação de conteúdo: resultados obtidos na quarta rodada do painel Delphi ...	66
6 DISCUSSÃO	74
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS	86
APÊNDICE A – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO (PRIMEIRA RODADA DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)	98
APÊNDICE B – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO (SEGUNDA RODADA DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)	100
APÊNDICE C – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO (TERCEIRA RODADA DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)	101
APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS (PRIMEIRA RODADA DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)	102
APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS (SEGUNDA RODADA DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)	109
APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS (TERCEIRA RODADA DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)	115
APÊNDICE G – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE	117
APÊNDICE H – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS (PRÉ-TESTE)	118
APÊNDICE I – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO (QUARTA RODADA DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)	120
APÊNDICE J - QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS (QUARTA RODADA DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)	121
APÊNDICE K – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PRIMEIRA RODADA DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)	127

APÊNDICE L – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (SEGUNDA RODADA DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)	129
APÊNDICE M – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TERCEIRA RODADA DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)	131
APÊNDICE N – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PRÉ-TESTE)	133
APÊNDICE O – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (QUARTA RODADA DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)	135
APÊNDICE P – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (PLATAFORMA ELETRÔNICA)	137
APÊNDICE Q – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (PRONTUÁRIO DOS PACIENTES)	138
APÊNDICE R – VERSÃO 1 DO INSTRUMENTO	139
APÊNDICE S – VERSÃO 2 DO INSTRUMENTO	142
APÊNDICE T – VERSÃO 3 DO INSTRUMENTO	144
APÊNDICE U – VERSÃO 4 DO INSTRUMENTO	147
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL	150
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO	155

1 INTRODUÇÃO

No cenário de alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) um somatório de fatores contribui para um ambiente vulnerável: o movimento físico de pacientes com capacidade fisiológica reduzida, a gravidade da doença, as múltiplas comorbidades, a mudança dos profissionais provedores do cuidado, a variação das rotinas, a diminuição substancial de recursos humanos e materiais de monitoramento na unidade de internação, a menor disponibilidade de acesso a esses e a troca de informações sobre o paciente suscetível a falhas (STELFOX *et al.*, 2015; STELFOX *et al.*, 2016; OFOMA *et al.*, 2018; HERLING *et al.*, 2020).

Rupturas nesse *continuum* de cuidados vêm sendo correlacionadas com desfechos negativos, e entre os mais apontados em uma atual revisão de escopo estão os eventos adversos como readmissão e óbito. Outros resultados, como aumento do tempo de internação e dos custos hospitalares, problemas relacionados a medicamentos, ansiedade e estresse do paciente e da família também são relatados na literatura (HERVÉ; ZUCATTI; LIMA, 2020).

Entre as etapas para integrar uma estratégia ideal de transição do cuidado na alta da terapia intensiva identifica-se o componente de estratificação de risco para avaliar o preparo do paciente para a alta (STELFOX *et al.*, 2015). Para essa avaliação, a percepção do profissional é a mais difundida no contexto de alta da UTI.

Alguns estudos sugerem a utilização de escores para definir esse momento e incluem medidas fisiológicas, dados clínicos, resultados laboratoriais e relacionados à internação, como origem do paciente antes da admissão e tempo de internação (GOTUR *et al.*, 2018; SILVEIRA *et al.*, 2019; TANIGUCHI *et al.*, 2019; ZAIDI; BADER-EL-DEN; McNICHOLAS, 2019; DOĞU *et al.*, 2020; MORTON *et al.*, 2020). A alteração de sinais vitais no momento da alta também é sugerida em outro trabalho como um fator importante para a decisão da transferência, tratando-se de um preditor de risco de desfechos adversos na unidade de internação (JO *et al.*, 2015), assim como a alteração do estado mental, a polineuropatia e a miopatia (KATSIARI *et al.*, 2018).

Todavia, essas avaliações, em suma, descrevem o alvo de uma estabilidade física e não levam em conta a ótica do paciente. Reconhece-se que a forma como o paciente e sua família vivenciam a transição entre a UTI e a unidade de internação recebe influência do modo como esse processo é organizado, comunicado e executado, o que afeta potencialmente a recuperação do indivíduo – positiva ou negativamente (HERLING *et al.*,

2020). Sabe-se que mecanismos que promovam inclusão, orientação e preparo do paciente e da família são um incremento favorável para o seguimento desse *continuum* de cuidados (STELFOX *et al.*, 2015; STELFOX *et al.*, 2017; BOYD *et al.*, 2018; VINCENT, 2019).

O enfermeiro é considerado um profissional-chave no decorrer desses processos (ALVES; MELO, 2019). Entre suas principais atividades para qualificar a transição do hospital para o domicílio, encontram-se o planejamento de cuidados para a alta, o qual deve ser construído em conjunto com o paciente e seus familiares, e a educação em saúde, realizada com linguagem simples, utilização de encartes ilustrativos para reforçar as orientações e *feedback* das informações para verificar a sua compreensão (WEBER *et al.*, 2017; ACOSTA *et al.*, 2018).

Atividades semelhantes são desenvolvidas por esse profissional na transição da UTI para a unidade de internação. Em um hospital de ensino em Londres, um pacote de informações de alta da terapia intensiva centrada no usuário, isto é, um resumo individualizado, escrito pelos enfermeiros, com dados destinados a preparar o paciente e a família, foi proposto para encorajar sua participação ativa e oferecer um espaço para que manifestem seus questionamentos e preocupações (BENCH *et al.*, 2014). Bem como, a equipe multiprofissional de um hospital universitário de Porto Alegre, mobilizada pela enfermagem, desenvolveu e validou um manual de transferência de cuidados do paciente crítico para qualificar a transição na alta da terapia intensiva por meio da aproximação do indivíduo à equipe assistencial (ZUCCHETTI, 2019).

Contudo, a despeito da essencialidade dessas estratégias de incentivo à autonomia e ao envolvimento do sujeito ao processo de alta da UTI, sua autopercepção quanto ao seu preparo ainda carece de atenção. Diferentemente do contexto de alta hospitalar, em que a perspectiva do indivíduo já vem sendo discutida na transição do hospital para o domicílio há cerca de 15 anos. Nos Estados Unidos da América (EUA), enfermeiras validaram o instrumento *Readiness for Hospital Discharge Scale* (RHDS), o qual mede o preparo para a alta hospitalar na percepção do paciente (WEISS; PIACENTINE, 2006). Essa avaliação estruturada do preparo para a alta, que incorpora a percepção do paciente às práticas habituais de transferência e estratificação de risco, vem sendo uma forma promissora de mitigar as taxas de readmissões hospitalares (WEISS *et al.*, 2019).

Um trabalho, realizado na Coreia do Sul, com o objetivo de desenvolver um programa de transição de enfermagem na alta de uma UTI neurológica para pacientes e cuidadores familiares e avaliar os efeitos desse programa, descreveu a utilização de uma “versão modificada” do RHDS para analisar as condições de transição entre os grupos,

experimental e controle (YUN *et al.*, 2017). Entretanto, acredita-se que a transposição dessa escala, elaborada para a alta hospitalar, para a alta do cuidado intensivo só seria possível com grandes modificações estruturais, o que colocaria em risco a confiabilidade e a validade da medida.

Ainda, em relação à busca de um instrumento já existente, pesquisadores coreanos desenvolveram e validaram uma ferramenta de autorrelato, mas com o propósito de avaliar o estresse de realocação vivenciado por pacientes após a transferência da UTI para uma enfermaria geral (WON; SON, 2020), o que difere do propósito de interesse desta pesquisa. Assim, não existe, até o momento, um instrumento que avalie o preparo para a alta da UTI na percepção do paciente.

À vista disso, pretende-se colocar à disposição do enfermeiro intensivista uma ferramenta para obter dados de autorrelato dos pacientes, gerenciar suas necessidades e possibilitar a identificação de barreiras e a adoção de intervenções, sobretudo educativas, necessárias para a continuidade da assistência. Tal recurso representa um potencial componente do planejamento da alta, ao somar aos parâmetros clínicos a mensuração de aspectos subjetivos, estabelecendo, assim, planos terapêuticos capazes de efetivamente preparar esses indivíduos para a transição entre a UTI e a unidade de internação e favorecer a qualidade e a segurança desse processo. Além disso, espera-se contribuir para produção e divulgação do conhecimento da temática no cenário nacional.

Diante do exposto, a seguinte questão norteou a proposta desta investigação: quais itens devem constar em um instrumento de avaliação do preparo para a alta da UTI na percepção do paciente?

2 OBJETIVOS

Nesta seção, apresentam-se o objetivo geral e os objetivos específicos da pesquisa em questão.

2.1 Objetivo geral

Disponibilizar um instrumento de avaliação do preparo para a alta da UTI na percepção do paciente.

2.2 Objetivos específicos

- Construir um instrumento de avaliação do preparo para a alta da UTI na percepção do paciente; e
- Realizar a validação de conteúdo do instrumento elaborado.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Considerando-se a temática do estudo, esta seção aborda a transição do cuidado, pontuando componentes, práticas e ferramentas utilizadas na alta da terapia intensiva, e o preparo na percepção do paciente.

Descreve-se, ainda, sobre a construção de instrumentos de medida em saúde para fundamentar a trajetória metodológica da presente pesquisa.

3.1 Transição do cuidado na alta da Unidade de Terapia Intensiva

A transição do cuidado compreende um conjunto de ações destinadas à coordenação e à continuidade do cuidado para pacientes transferidos entre diferentes locais do sistema de saúde ou entre diferentes níveis de cuidado dentro de uma mesma instituição, bem como de uma instituição de saúde para o domicílio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Há fragilidade inerente a esse movimento do paciente e/ou da informação de uma parte a outra do sistema de saúde. As transferências e transições e o trabalho em equipe entre as unidades encontram-se entre as dimensões mais críticas em um estudo desenvolvido para conhecer fraquezas e pontos fortes da cultura de segurança do paciente percebida pelos profissionais de saúde de hospitais em distintos contextos culturais (REIS; PAIVA; SOUSA, 2018). Falhas podem ocorrer em todos os âmbitos e estão, frequentemente, relacionadas à ausência ou limitação dos planos de alta, à educação do paciente e da família, à comunicação, à responsabilização e ao desconhecimento dos recursos e da estrutura do local de destino (THE JOINT COMMISSION, 2012).

Em face do exposto, Rosenberg e coautores (2018) desenvolveram uma taxonomia de transferências intra-hospitalares, em especial, dos serviços de emergência e terapia intensiva para as unidades de internação, incluindo cinco categorias: disposição dos leitos e determinação da unidade correta para o paciente; comunicação entre as unidades; notificação de partida e chegada do paciente; preparação para enviar e receber o paciente; e coordenação para assegurar que os componentes de transferência ocorram de maneira oportuna e sem interrupções.

Esses componentes são também mencionados por Stelfox e colaboradores (2015) ao descreverem as etapas para uma estratégia ideal de transição do cuidado na alta da terapia intensiva, como elucidadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Etapas e componentes para transição do cuidado ideal na alta da terapia intensiva

Etapas	Componentes
Avaliação para a alta	→ Estratificação de risco para avaliar o preparo do paciente para alta da UTI.
Planejamento da alta	<ul style="list-style-type: none"> → Informar o paciente e a família do planejamento da alta; → Identificar a equipe de recebimento e o local de destino; → Acionar a família do paciente e os sistemas de suporte; → Apresentar o paciente e a família para a equipe de recebimento, se não tiver acompanhamento prévio; → Orientar o paciente e a família sobre os cuidados recebidos, os cuidados planejados, o processo de alta e o local de alta; → Reconciliar medicamentos; → Revisar as metas de atendimento do paciente; → Sumarizar os problemas de saúde e cuidados do paciente e se comunicar com a equipe de recebimento.
Execução da alta	<ul style="list-style-type: none"> → Determinar o melhor dia da semana e a melhor hora do dia para a alta; → Transferir o paciente quando estiver pronto para a alta, minimizando os atrasos na transferência; → Comunicação verbal da transferência entre os profissionais; → <i>Checklist</i> de verificação completa para garantir que todas as etapas necessárias sejam executadas.
Acompanhamento pós-alta	→ Acompanhamento por algum profissional da UTI após a alta.

Fonte: STELFOX *et al.*, 2015; HERVÉ, 2019.

Acerca da etapa de avaliação do preparo do paciente para a alta, a estabilidade física e a capacidade funcional são dimensões comumente esperadas pelo profissional. As evidências têm mostrado o emprego de escores de risco, alterações fisiológicas ou condições clínicas para orientar tal julgamento (CHABOYER *et al.*, 2008; ARAUJO *et al.*, 2013; PIPER *et al.*, 2014; JO *et al.*, 2015; GRAAN *et al.*, 2016; HOFFMAN *et al.*, 2017; GOTUR *et al.*, 2018; KATSIARI *et al.*, 2018; SILVEIRA *et al.*, 2019; ZAIDI; BADER-EL-DEN; McNICHOLAS, 2019; DOĞU *et al.*, 2020).

A título de exemplos, uma UTI dos EUA que incorporou o escore *Stability and Workload Index for Transfer* (SWIFT) – o qual pontua itens como o local de origem do paciente, o tempo de internação na UTI, a escala de coma de Glasgow, a relação pressão arterial parcial de oxigênio/fração inspirada de oxigênio e a pressão arterial de dióxido de carbono – ao seu fluxo de trabalho nos *rounds* de alta, e teve como resultados influências significativas na tomada de decisão médica, isto é, alta adiada ou para um ambiente monitorado para aqueles pacientes avaliados como de alto risco (SWIFT maior que 15) (OFOMA *et al.*, 2014).

Em uma coorte prospectiva, pesquisadores brasileiros identificaram o escore de Sabadell como fator de risco independente para piores resultados hospitalares, o qual diz respeito a características clínicas – idade, unidade de admissão, diagnóstico, comorbidades, necessidade de certas drogas e terapias, entre outros – que estratificam o paciente na alta da UTI em quatro categorias: bom prognóstico, mau prognóstico a curto prazo, mau prognóstico a longo prazo e óbito hospitalar esperado (TANIGUCHI *et al.*, 2019). Dado semelhante foi encontrado na Inglaterra em um estudo de coorte prospectivo: o escore de Sabadell foi independentemente associado à sobrevivência em cinco anos após a alta de cuidados intensivos (MORTON *et al.*, 2020).

Outra pesquisa na Holanda desenvolveu um modelo multivariável (tempo de permanência na UTI, número de medicamentos de uso contínuo no histórico, classe terapêutica das medicações usadas no domicílio, uso de drogas cardiovasculares e para doenças obstrutivas das vias aéreas prescritas na UTI) para prever o risco de erros relacionados a medicamentos na alta da terapia intensiva (BOSMA *et al.*, 2019).

Entretanto, diferentes trabalhos sinalizam a falta de critérios específicos de alta da UTI (SLUISVELD *et al.*, 2017a; OFOMA *et al.*, 2018) e a alta precoce ou para uma unidade inadequada (ELLIOTT; PAGE; WORRALL-CARTER, 2014), frequentemente, devido à pressão pela disponibilidade de leitos de terapia intensiva (COGNET; COYER, 2014; ENGER; ANDERSHED, 2018; GOLDWASSER *et al.*, 2018), como potenciais fatores para o insucesso dessa sequência de cuidados.

Ademais, a avaliação para a alta na perspectiva do paciente e sua família ainda não é levada em conta no cenário de alta da UTI, as publicações concentram-se em abordar as vivências do indivíduo diante essa transição. Um estudo qualitativo, desenvolvido em um hospital universitário na Dinamarca, explorou as experiências de pacientes e seus familiares na alta da terapia intensiva, revelando a mudança abrupta que esses vivenciam: na UTI, são submetidos aos cuidados de profissionais, que visam compensar as funções vitais do

organismo. Em contraste, na enfermagem geral, é esperado um maior grau de independência, o foco do atendimento é a autossuficiência e o autocuidado para o desempenho das atividades de vida diária, como se alimentar, mobilizar-se e usar o banheiro (HERLING *et al.*, 2020).

Uma análise fenomenológica para investigar as experiências de transferência de pacientes da UTI para a unidade de internação foi realizada na Coreia do Sul. Os indivíduos vivenciaram um processo dinâmico de encontrar esperança após o sofrimento e o desespero experimentados, agradecendo o fato de terem sobrevivido com a ajuda e o cuidado de várias pessoas e se preparando para o retorno às funções básicas. Os pesquisadores atrelaram à cultura do país, de valorizar a presença do familiar, como o principal fator para as percepções positivas, e sugeriram que intervenções de enfermagem devem ser desenvolvidas para apoiar as adaptações que se fazem necessárias nessa transição (LEE; PARK, 2021).

Sabe-se que aproximá-los desse processo, compartilhando as informações necessárias, clarificando as possíveis dúvidas de forma respeitosa, e, quando oportuno, favorecendo o controle sob seu próprio cuidado são práticas sugeridas para melhoria desse *continuum* (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013; COGNET; COYER, 2014; HÄGGSTRÖM; ASPLUND; KRISTIENSEN, 2014; HÄGGSTRÖM; BÄCKSTRÖM, 2014; LI *et al.*, 2015; VINCENT, 2019) e, uma vez adotadas, facilitam o planejamento e a execução da alta, geram satisfação e reduzem o estresse e a ansiedade dos pacientes e seus principais cuidadores (STELFOX *et al.*, 2015; HERVÉ; ZUCATTI; LIMA, 2020).

Além disso, conhecer a equipe receptora antes da transferência também parece estar associado à satisfação dos indivíduos (STELFOX *et al.*, 2017). Assim como, empregar a comunicação multimodal – verbal e escrita –, entre os pares (médico/enfermeiro/fisioterapeuta da UTI - médico/enfermeiro/fisioterapeuta da unidade de internação), envolvendo todos os interessados (profissional, paciente e família) (HOFFMAN *et al.*, 2017; GROOD *et al.*, 2018), e realizar a transição de cuidados à beira do leito (GRAAN *et al.*, 2016; GROOD *et al.*, 2018; POWELL *et al.*, 2020) encontram-se entre os facilitadores desse processo.

No que diz respeito à comunicação, a efetividade desta na continuidade do cuidado é entendida por Vincent (2019) como fator-chave para a qualidade da transição entre UTI e unidade de internação, visto que falhas nessa troca de informações são consideradas uma das principais causas de erros evitáveis na atenção à saúde (AGENCY FOR

HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2019). Diretrizes para transferências seguras concentram-se na padronização de um mecanismo de alta, favorecendo dados escritos e verbais precisos, atualizados e completos, e em um ambiente livre de interrupções e distrações (COGNET; COYER, 2014; AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2019).

A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (2013) e a *Joint Commission* (2017) recomendam o uso de mnemônicos como caminho para estruturar e aprimorar o momento da transição do cuidado. A ferramenta de comunicação SBAR vem sendo amplamente utilizada por profissionais de saúde, e se tornou adequada para muitos cenários de prática, em particular quando se faz fundamental uma comunicação interpessoal clara e eficaz (MÜLLER *et al.*, 2018).

Essa técnica fornece uma estrutura para a comunicação entre os membros da equipe de saúde sobre a condição de um paciente: Situação (declaração concisa do problema); Breve histórico (contexto do paciente); Avaliação (análise e considerações de opções com impressão pessoal); e Recomendação (plano de ação com proposta para os próximos passos e pendências a serem resolvidas) (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, [2012?]; MÜLLER *et al.*, 2018).

Uma revisão sistemática sugere que a técnica SBAR, por exigir o fornecimento de todas as informações relevantes e organizadas de maneira lógica, permite a preparação do emissor da mensagem antes da transmissão das informações, influenciando de forma positiva a comunicação. Ademais, estando o receptor no mesmo modelo mental, treinado para se comunicar de tal modo, espera-se que a compreensão e a conscientização sejam maiores (MÜLLER *et al.*, 2018). Como consequência, alinhar expectativas de emissor e receptor desenvolve o trabalho em equipe e promove uma cultura de segurança do paciente (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, [2012?]). Müller e colaboradores (2018) também encontraram evidências de melhorias relativas à segurança do paciente por meio da implementação do instrumento SBAR, especialmente, quando usado para estruturar a comunicação pelo telefone.

Todavia, trabalhadores holandeses ratificam que há espaço para melhorar a comunicação entre as equipes no momento da alta do cuidado intensivo (SLUISVELD *et al.*, 2017a). Estudos têm mostrado que, a despeito das orientações, essa não é padronizada e, frequentemente, os dados repassados ficam a critério dos profissionais da UTI (STELFOX *et al.*, 2017; BOYD *et al.*, 2018; BROWN *et al.*, 2018; ROSENBERG *et al.*, 2018). A literatura ainda destaca que as atuais práticas não são ideais, e há discrepâncias

entre os dados emitidos pela equipe intensivista e a necessidade de informação de quem os recebe na unidade de internação (COGNET; COYER, 2014; STELFOX *et al.*, 2017; BOYD *et al.*, 2018; OFOMA *et al.*, 2018; ROSENBERG *et al.*, 2018; POWELL *et al.*, 2020) e dos pacientes (STELFOX *et al.*, 2017; HERLING *et al.*, 2020).

Em virtude dessas lacunas apontadas, sinalizam-se, a seguir, ferramentas, estratégias e práticas adotadas em diferentes cenários. Nos EUA, médicos criaram e implantaram um *checklist* para tratar de questões consideradas importantes na transferência de pacientes na alta de uma UTI neurológica, dentre essas, a reconciliação medicamentosa adequada, quando anti-hipertensivos e vasopressores endovenosos não integravam a prescrição de alta, e a descontinuação do uso do cateter urinário até 90 minutos antes da transferência. Tal intervenção facilitou a documentação e reduziu o tempo despendido no processo (COON *et al.*, 2015).

Um estudo piloto desenvolvido na Austrália buscou padronizar as transferências de pacientes da UTI para a unidade de internação, tendo como base o acrônimo COLD (Conectar equipamentos; Observar o paciente; *Listen*/Ouvir a transferência verbal; e Delegar a responsabilidade para a continuidade do cuidado), ou seja, o processo deveria ocorrer à beira do leito, incorporando o mnemônico ISOBAR (associando os itens Identificação e Observações ao mnemônico anteriormente apresentado) para estruturar a comunicação verbal, um *checklist* de segurança e qualidade (participação do paciente no cuidado; identificadores do paciente, incluindo alergias; sinais de deterioração clínica; segurança dos medicamentos; prevenção de danos e profilaxias; segurança nas transfusões; prevenção de lesão por pressão; e prevenção de lesão por quedas) e uma matriz de estratificação de risco (risco padrão, médio e alto, definidas por fatores ambientais e do paciente para alertar sobre os riscos associados a cada transferência e situações que requerem vigilância extra) (GRAAN *et al.*, 2016).

Pesquisadores brasileiros construíram e validaram o conteúdo de um instrumento de sistematização da continuidade do cuidado, entre os domínios encontram-se os dados do paciente, história pregressa, internação, procedimentos, intercorrências, *checklist* de alta da unidade, evolução multiprofissional (enfermagem, fisioterapia e nutrição), atendimento psicossocial e metas do cuidado terapêutico. A utilização do instrumento em questão possibilita, segundo os autores, um valioso roteiro de informações dos pacientes críticos, visando o seguimento do processo de cuidado para o alcance do estabelecimento do estado de saúde desses (AMARAL *et al.*, 2018).

Trabalho semelhante foi desenvolvido no Canadá por Grood e coautores (2019), que identificaram 63 elementos essenciais para uma nota de transferência de cuidados intensivos, a partir da análise de conteúdo, realizada por Boyd e colaboradores (2018), de 21 ferramentas de transferências de hospitais canadenses. Entre as categorias, incluem dados demográficos básicos, história pregressa, história da doença atual, medicamentos, tecnologias presentes na transferência, tecnologias descontinuadas antes da transferência, revisão dos principais sistemas do corpo humano, identificação da equipe que conduz a transferência e daquela que aceita o cuidado ao paciente (GROOD *et al.*, 2019).

Ainda, segundo os autores, para contextualizar o sumário de alta exposto em outros cenários de prática assegurando sua composição e funcionalidade, três aspectos devem ser ponderados: flexibilidade, usabilidade e responsabilidade. A primeira é descrita como a necessidade da ferramenta ser eficiente e intuitiva, garantir consistência e ter funções, a exemplo o autopreenchimento por meio de informações extraídas do registro eletrônico e a obrigatoriedade de dados pertinentes. A segunda refere-se ao armazenamento de informações em tempo real e a atualização dessas no decorrer da permanência do paciente na UTI, garantindo a transmissão dos problemas ativos, resolvidos e mais relevantes no momento da transferência. A terceira diz respeito à clara identificação dos profissionais envolvidos nesse processo de transição (GROOD *et al.*, 2019).

Em relação ao dia e horário da alta, aquelas executadas em finais de semana (MOREIRA *et al.*, 2017; OFOMA *et al.*, 2018), nas trocas de turno (OFOMA *et al.*, 2018) ou no período noturno (ELLIOTT; PAGE; WORRALL-CARTER, 2014; GANTNER *et al.*, 2014; WOOD; COSTER; NORMAN; 2014; AZEVEDO *et al.*, 2015; SANTAMARIA *et al.*, 2015; OFOMA *et al.*, 2018; PARENMARK *et al.*, 2019) são relacionadas a desfechos negativos. Correlação semelhante vem sendo realizada com atrasos devido à indisponibilidade de leitos na unidade de internação (TIRUVOIPATI *et al.*, 2017; BOSE *et al.*, 2018).

Outro aspecto relatado na literatura é a desconexão entre os “dois mundos”, terapia intensiva e unidade de internação (COGNET; COYER, 2014; HERLING *et al.*, 2020). Os intensivistas, muitas vezes, superestimam a capacidade da equipe receptora (THE JOINT COMMISSION, 2012; SLUISVELD *et al.*, 2017a; ROSENBERG *et al.*, 2018), que, por sua vez, descreve esse momento como uma grande responsabilidade, por receberem, com frequência, pacientes instáveis, com histórico médico complexo, tratamentos pouco esclarecidos, transferências prematuras e pacientes inseguros e incertos do seu preparo para a alta da terapia intensiva (ENGER; ANDERSHED, 2018; POWELL *et al.*, 2020), e um

enorme desafio, muitas vezes, pela sua inexperiência ou falta de qualificação para cuidar desse perfil de paciente (ELLIOTT; PAGE; WORRALL-CARTER, 2014; ENGER; ANDERSHED, 2018; POWELL *et al.*, 2020).

Além do mais, atrasos no fornecimento de cuidados médicos e de enfermagem na unidade de destino também tornam esse contexto propenso a eventos adversos (ELLIOTT; PAGE; WORRALL-CARTER, 2014; STELFOX *et al.*, 2017). Essas disparidades foram percebidas pelos pacientes e seus familiares em uma pesquisa na Suécia, os quais se manifestaram desapontados e esperavam a minimização das diferenças de cuidado entre esses níveis de atenção (HÄGGSTRÖM; ASPLUND; KRISTIENSEN, 2014).

Enfermeiros noruegueses com atuação nas unidades de internação sugeriram como estratégias de melhorias um plano de cuidados individualizado, o registro de dados relevantes para a situação atual do paciente e o seguimento na unidade de internação, o contato antecipado com os enfermeiros intensivistas para a adequada troca de informações, que esses acompanhassem o paciente após a alta, e que eles pudessem passar algum tempo na UTI para observar procedimentos e adquirir maior compreensão do cuidado crítico (ENGER; ANDERSHED, 2018).

Bem como, em uma pesquisa multicêntrica no Canadá, em que um grupo diversificado de pacientes, seus familiares, médicos e enfermeiros da UTI e da unidade de internação levantaram entre os facilitadores para transferências de elevada qualidade, a disponibilidade de recursos, a comunicação e a cultura institucional, apontando entre os exemplos o acompanhamento dos pacientes pela equipe da UTI após a transferência (GROOD *et al.*, 2018).

Alguns programas de transição do cuidado crítico têm sido implementados: Times de Resposta Rápida (TRR) (HERVÉ, 2019; VINCENT, 2019), equipes de acompanhamento de cuidados intensivos na unidade de internação por pelo menos 24 horas após a alta da UTI (CHOI *et al.*, 2016; KHEIR *et al.*, 2016; STELFOX *et al.*, 2016) e serviços de enfermagem de ligação, com atividades de avaliação relacionadas à segurança, ao manejo de vias aéreas, à prevenção de infecções e quedas, aos cuidados com a pele e à educação e ao apoio ao paciente e à família, estes já são realidade na Austrália (ENDACOTT *et al.*, 2010; ELLIOTT; PAGE; WORRALL-CARTER, 2014; GREEN *et al.*, 2015; McINTYRE *et al.*, 2019), na Argentina (ALBERTO *et al.*, 2014) e na China (SO; YAN; CHAIR, 2019). Apesar das poucas evidências em relação à efetividade dessas intervenções, como destacado em uma revisão sistemática e metanálise (ÖSTERLIND; GERHARDSSON; MYRBERG, 2020), alguns estudos sugeriram potencial redução nas

taxas de readmissão (CHOI *et al.*, 2016; KHEIR *et al.*, 2016; STELFOX *et al.*, 2016) e de mortalidade (KHEIR *et al.*, 2016).

Na Suécia, um estudo descreveu os principais benefícios de um Grupo de Cuidados Pós-Intensivo, em que enfermeiros da UTI forneciam cuidados adicionais necessários aos pacientes mais vulneráveis na unidade de internação, levando em consideração suas necessidades físicas e psicológicas e visitando-os com mais frequência se assim fosse preciso, o que aumentou a confiança e reduziu a ansiedade dos pacientes e seus familiares. As principais atividades envolveram a prevenção, com a precoce detecção de sinais de deterioração, evitando assim eventos adversos e readmissões desnecessárias à UTI, e a troca de conhecimento entre as equipes no melhor interesse do paciente (HÄGGSTRÖM *et al.*, 2018).

Por fim, gestores e trabalhadores assistenciais de UTIs do Canadá, EUA e Reino Unido, classificaram as suas atuais práticas de alta como de qualidade média. Mais da metade relataram o uso de indicadores da UTI para tal julgamento. A taxa de readmissão foi o indicador de qualidade mais comumente considerado, já o tempo de permanência, o seguimento dos pacientes pós-UTI e a mortalidade hospitalar foram menos relatados. Para áreas de potenciais melhorias, ponderaram as informações fornecidas ao paciente e sua família, a participação destes durante a alta, a colaboração entre as unidades, a continuidade dos cuidados e a integralidade das informações. Dentre os elementos sugeridos para compor uma ferramenta e facilitar o processo, incluíram um resumo da permanência na UTI, medicamentos e reconciliação medicamentosa e planos de tratamento e cuidados (LI *et al.*, 2015).

Na Holanda, 75 UTIs foram consultadas sobre suas práticas de transição do cuidado, os resultados mostram que 94,7% relataram possuir o gerenciamento dos leitos, 93,3% dos enfermeiros das unidades de internação faziam consultoria aos intensivistas, 70,7% possuíam critérios de alta, 65,3% implementaram a comunicação verbal e escrita para esse processo e a monitorização dos pacientes pós-UTI, 53,3% consideravam o planejamento de alta antecipado, 52,0% realizavam a reconciliação de medicamentos e 28,0% contavam com unidades intermediárias para a transferência dos pacientes (SLUISVELD *et al.*, 2017b).

Uma recente pesquisa brasileira não constatou associação entre a ocorrência de eventos adversos (erro de medicação, queda, remoção acidental de dispositivos invasivos, sangramento, acionamento do TRR, parada cardiorrespiratória, readmissão não planejada à UTI; e óbito) em 72 horas e as práticas de transição do cuidado na alta da UTI. O

diagnóstico de depressão, a internação por diminuição do sensório, o *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS) 3 mais elevado, a agitação e o uso de dieta enteral no momento da alta foram preditores independentes de risco para eventos adversos encontrados no estudo. Posto isto, a incidência desses eventos foi relacionada a fatores prévios ou intrínsecos do paciente e às suas condições clínicas e necessidades de cuidado no momento da alta da UTI, o que sugere que as estratégias sejam revistas e direcionadas ao perfil de cada paciente (HERVÉ, 2019).

3.2 Preparo para a alta hospitalar na percepção do paciente

O preparo para a alta é um processo complexo e multidimensional que requer uma avaliação processual e multiprofissional para a tomada de decisão (WEISS *et al.*, 2015; HARRISON *et al.*, 2016; SIQUEIRA; VILA; WEISS, 2018). Pode ser avaliado a partir de diferentes enfoques – profissional, paciente e família –, mas, comumente, há desencontros entre essas perspectivas (WEISS; PIACENTINE, 2006; NAYLOR *et al.*, 2011; WEISS *et al.*, 2015; SIQUEIRA; VILA; WEISS, 2018).

A avaliação do profissional apoiada em condições clínicas, alterações fisiológicas e escores de risco, é a mais difundida no cenário de alta da terapia intensiva, como previamente abordado, enquanto o julgamento do paciente e da família vem sendo considerado no cenário de alta hospitalar há cerca de 15 anos, e é entendido como a percepção do estado imediato do indivíduo e suas habilidades para gerenciar as necessidades de cuidado no ambiente doméstico (WEISS; PIACENTINE, 2006).

Enfermeiras nos EUA reconheceram a importância dessa avaliação e validaram o instrumento RHDS, o qual mede o preparo para a alta hospitalar na percepção do paciente, em especial, adultos em unidades de internação cirúrgica ou clínica, puérperas e pais de crianças hospitalizadas (WEISS; PIACENTINE, 2006).

Como base para essa construção, a primeira autora do RHDS observou relatórios e estudos com populações de pacientes de alta submetidos a procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos e puérperas e seus recém-nascidos, e identificou quatro atributos relatados na autopercepção dos sujeitos preparados para a alta: estado pessoal, conhecimento, capacidade de enfrentamento e suporte esperado (WEISS; PIACENTINE, 2006).

O *estado pessoal* descreve as condições físicas e emocionais imediatamente antes da alta hospitalar. O *conhecimento* refere-se à percepção das informações necessárias e

recebidas para responder às preocupações e aos problemas comuns no período pós-hospitalização. A *capacidade de enfrentamento* diz respeito à capacidade de autogerenciar as necessidades pessoais e os cuidados de saúde após a alta. O *apoio esperado* relaciona-se à disponibilidade de suporte emocional e de continuidade do cuidado, por meio de instituições de saúde, no período de transição para a casa (WEISS; PIACENTINE, 2006; SIQUEIRA; VILA; WEISS, 2018).

O instrumento RHDS foi projetado para ser aplicado entre a decisão da alta e pelo menos quatro horas antes dessa ocasião (WEISS; PIACENTINE, 2006). Atualmente, encontra-se traduzido em diversos idiomas, como árabe, chinês, francês, português, espanhol, turco, tailandês, japonês e coreano. Além disso, foram validadas versões do RHDS para avaliação do preparo na percepção do familiar e do enfermeiro (WEISS, [2016?]).

Um modelo conceitual sobre os componentes do preparo para a alta também já foi apresentado para o contexto de alta hospitalar, a fim de garantir atenção a gama de processos necessários para uma estratégia abrangente, e engloba, de modo interdependente, o *planejamento* para esse momento (avaliação e planejamento para necessidades de cuidado na alta e estimativa do risco de readmissão), a *coordenação* da alta (organização para qualquer necessidade de suporte após a alta) e o *ensino* para alta (intervenções educativas) (WEISS *et al.*, 2015).

A avaliação do preparo para a alta hospitalar tem sido relatada como uma prática efetiva para propiciar o empoderamento e o engajamento do indivíduo e da família no autogerenciamento da continuidade do cuidado, assim como para guiar o planejamento e prevenir complicações pós-alta (COFFEY; McCARTHY, 2013; GONÇALVES-BRADLEY *et al.*, 2013; SIQUEIRA; VILA; WEISS, 2018). Pesquisadores apontaram ainda que indivíduos com baixo preparo para a alta na sua percepção apresentavam maior risco de complicações no domicílio, dificuldades de enfrentamento e readmissões (WEISS; YAKUSHEVA; BOBAY, 2011; KNIER *et al.*, 2015; HARRISON *et al.*, 2016).

3.3 Construção de instrumentos de medida em saúde

Instrumentos de medida em saúde são cada vez mais utilizados para influenciar decisões sobre cuidado, tratamento e/ou intervenções e para formular programas de saúde e políticas institucionais (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Tais recursos de

avaliação só são úteis e capazes de apresentar conclusões cientificamente robustas (CHOR *et al.*, 2013; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015) quando procedimentos teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos) apropriados foram empregados na sua elaboração (FACHEL; CAMEY, 2000; PASQUALI, 2009), tendo ainda suas propriedades psicométricas adequadamente apreciadas (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

O erro produzido por instrumentos inadequados, ou seja, sem qualidades psicométricas satisfatórias, é um erro evitável (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010), entretanto, desenvolver de forma integral um novo instrumento de mensuração em saúde é um processo complexo e requer grande investimento de tempo e recursos. É recomendado que o pesquisador esteja ciente sobre os instrumentos já existentes e avalie a real necessidade de elaborar um novo, sendo preferível a adaptação cultural daqueles previamente desenvolvidos e validados em outros idiomas (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; CUNHA; NETO; STACKFLETHC, 2016).

A construção de um instrumento de medida normalmente decorre do interesse de pesquisadores em avaliar um conceito sob uma nova perspectiva, ou quando não existem instrumentos adequados (MOTA; PIMENTA, 2007; SARQUIS; KUZNIER; MATTEI, 2018). Quando construir um novo instrumento for realmente indispensável, os pesquisadores devem seguir metodologias adequadas e almejar um recurso confiável e válido (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Coluci, Alexandre e Milani (2015) realizaram uma pesquisa bibliográfica para sistematizar as principais etapas a serem seguidas na elaboração de instrumentos de medida na área da saúde, sendo estas: I- Estabelecimento da estrutura conceitual; II- Definição dos objetivos e da população envolvida; III- Construção dos itens e da escala de resposta; IV- Seleção e organização dos itens; V- Estruturação do instrumento; VI- Validade de conteúdo; VII- Pré-teste; e VIII- Avaliação das propriedades psicométricas.

Os instrumentos podem variar conforme o número de fenômenos avaliados e as dimensões incluídas. Aqueles que analisam uma gama de fenômenos são denominados genéricos, e os que avaliam apenas um, são conhecidos como específicos. Os instrumentos que julgam uma única dimensão são considerados unidimensionais, e os que avaliam mais de uma, multidimensionais (MOTA; PIMENTA, 2007).

Quanto à finalidade, um instrumento classifica-se em discriminativo, preditivo e avaliativo. Os discriminativos são usados para distinguir os indivíduos que apresentam o fenômeno em estudo daqueles que não o apresentam. Os preditivos são utilizados para

predizer quais indivíduos desenvolverão uma condição específica ou em que situações um resultado específico será alcançado. E os avaliativos são empregados para medir a magnitude da mudança do fenômeno no indivíduo em um determinado período de tempo (MOTA; PIMENTA, 2007).

Orienta-se que tais considerações sejam explicitadas nas etapas iniciais de construção do instrumento (MOTA; PIMENTA, 2007). E, ademais, atenção minuciosa deve ser dada à definição operacional do construto de interesse e sua dimensionalidade, uma vez que, a partir disso, se estabelece o contexto – estrutura, objetivos e população envolvida – e se sustenta o desenvolvimento dos domínios e itens do instrumento, a fim de garantir um recurso útil e válido (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; SARQUIS; KUZNIER; MATTEI, 2018).

Para construção dos domínios e itens, várias são as estratégias que podem ser empregadas: busca na literatura, instrumentos já existentes, relatos da população-alvo, experiência profissional, observação clínica, opinião de especialistas, resultados de pesquisa, teorias, entre outros. Além disso, é imprescindível que os pesquisadores escolham um método para obtenção das respostas. Dentre as técnicas mais utilizadas, encontram-se escalas visuais analógicas, adjetivas, tipo Likert ou de face (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Para a seleção e organização dos domínios e itens do instrumento, deve-se avaliar a coerência destes com os objetivos do estudo, utilizando para tal alguns critérios: objetividade (resposta pontual); simplicidade (única ideia, sem outras interpretações); clareza (inteligível, com expressões simples e inequívocas); relevância/pertinência (não insinua atributo diferente do definido); e precisão (cada questão é distinta das demais e mede o que se propõe a medir) (PASQUALI, 1998; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Almeja-se dessa forma eliminar qualquer questão ambígua, incompreensível, com termos vagos, com duplas perguntas, com jargões e que remeta a juízo de valores (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Quanto à estrutura do instrumento, aponta-se que não há consenso na literatura em relação à quantidade de domínios e itens para representar um construto, mas, parte-se do princípio de que esses estejam em uma ordem lógica, do mais geral até o mais específico, e que sejam curtos ou medianamente extensos, não demandando muito tempo para sua aplicação. Nesse momento, devem-se considerar também o título, as instruções sobre como responder os itens, a escala de resposta e os escores (MOTA; PIMENTA, 2007; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Após ser estruturado e organizado, o novo instrumento deve passar por uma validação de conteúdo por um comitê de especialistas, envolvendo procedimentos quantitativos e qualitativos. A definição do número de juízes para esta etapa é controversa. Em uma pesquisa bibliográfica, descreve-se a recomendação de alguns autores de um mínimo de cinco e de um máximo de 10 pessoas para esse julgamento, e a sugestão de outros de envolver de seis a 20 sujeitos nesse processo. O que é unânime na literatura diz respeito ao que os pesquisadores devem ter em mente para essa decisão: as características do instrumento e a formação, qualificação e disponibilidade dos especialistas da temática em questão (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

No primeiro estágio de avaliação, os especialistas podem avaliar o desenvolvimento dos itens quanto à objetividade, à simplicidade, à clareza, à relevância/pertinência e à precisão (PASQUALI, 1998; RODRIGUES, 2013; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Orienta-se o uso do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), isto é, a proporção de juízes que concordam sobre determinados aspectos, e que esse seja maior ou igual a 0,80, preferencialmente, superior a 0,90, para assegurar a validade de cada item (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Para avaliar o instrumento como um todo, utiliza-se a média dos itens considerados relevantes pelo juízes, ou seja, soma-se os IVCs encontrados em cada item e se divide pelo número total de itens incluídos (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Ademais, o título do instrumento, o formato, as instruções, os escores e sua interpretação também devem ser apreciados nesse momento (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

O segundo estágio envolve a especificação dos domínios, determinando-se sua abrangência. Cabe aos juízes verificar se o conteúdo está apropriado aos respondentes, se a estrutura do domínio e seu conteúdo estão corretos, e se o conteúdo contido no domínio é representativo. Após a avaliação dos juízes, pode-se utilizar a porcentagem de concordância do comitê, interpretada considerando que um resultado maior ou igual a 90,0% de concordância significa um domínio adequado (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Nos dois estágios, a avaliação de conteúdo do instrumento é quantitativa e realizada de forma individual. Em seguida, desenvolve-se a fase qualitativa, em que uma discussão em grupo representará um processo interativo entre os pesquisadores e os membros do comitê. Neste momento, será possível revisar critérios de avaliação, clarificar pontos controversos e validar a versão do instrumento para a análise semântica (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

O pré-teste tem objetivo de verificar se todos os itens são compreensíveis para a população a que se destina. Deve ser realizado com uma amostra de 30 a 40 indivíduos, para os quais se aplica o instrumento e se indaga quanto ao entendimento dos itens e das palavras e ao preenchimento das respostas. Diante desses resultados, algumas adequações poderão ser necessárias e, caso sejam alterações significativas, devem ser submetidas à avaliação pelos membros do comitê de juízes novamente. Concluída essa etapa, o instrumento de medida estará apto para ter suas propriedades psicométricas analisadas (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

A qualidade de um instrumento de medida é determinada por variáveis denominadas propriedades psicométricas. A literatura relata alguns atributos que podem ser testados nesse processo de avaliação: confiabilidade, validade, praticabilidade, sensibilidade, responsividade e interpretabilidade (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Dentre os mencionados, aqueles mais comumente utilizados são confiabilidade e validade (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017; SARQUIS; KUZNIER; MATTEI, 2018).

Em suma, a confiabilidade é a capacidade de um instrumento medir fielmente um fenômeno. E a validade é a capacidade de um instrumento medir com precisão o fenômeno a ser estudado (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010). Um instrumento não confiável não pode ser válido, mas, um instrumento confiável pode, às vezes, não ser válido. Por isso, as propriedades devem ser avaliadas separadamente, pois o instrumento precisa ser confiável e válido para ser usado como medida (FACHEL; CAMEY, 2000; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Além disso, a confiabilidade e a validade não são propriedades fixas e, portanto, variam de acordo com as circunstâncias, população, tipo e finalidade do estudo (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

4 MÉTODO

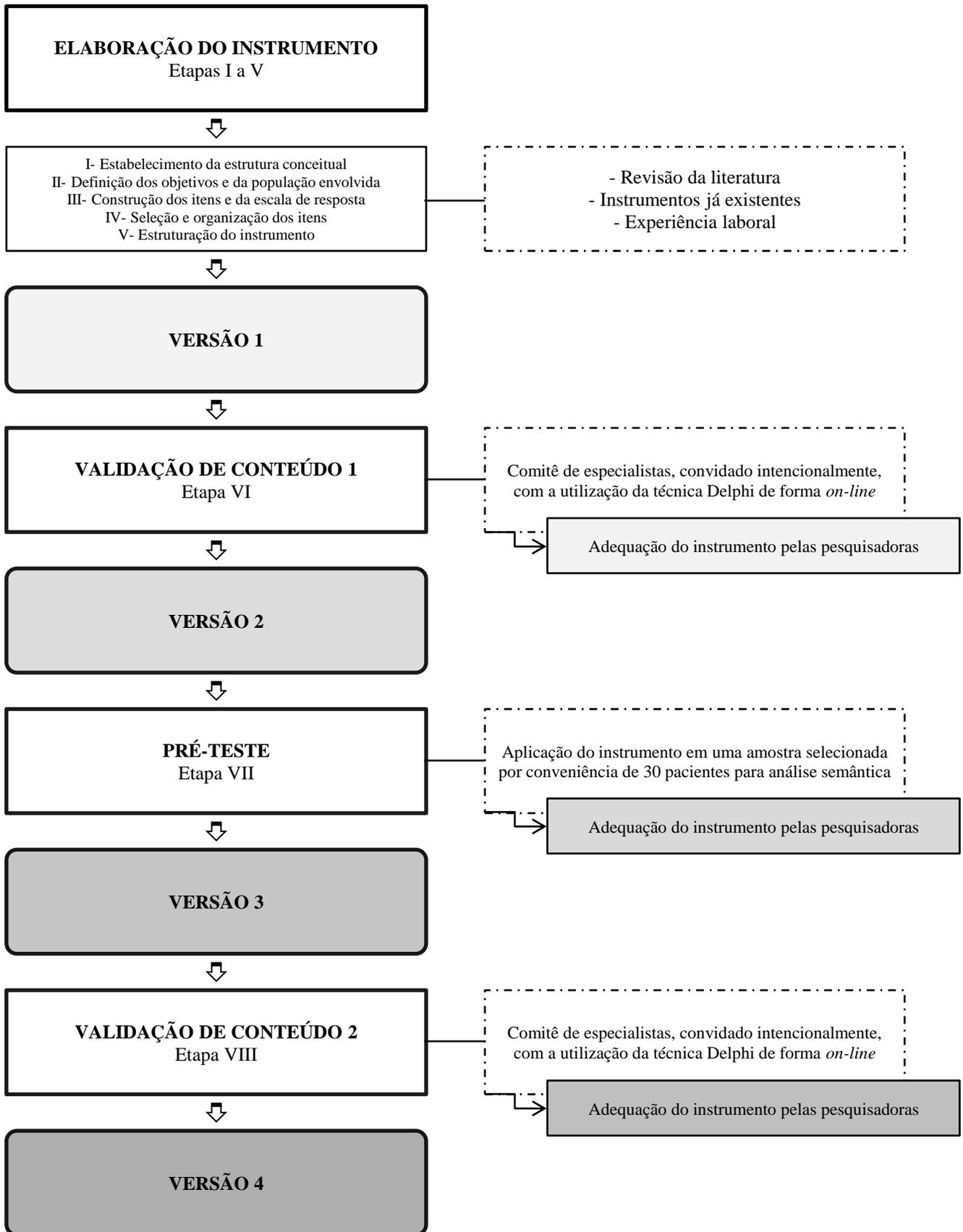
A seguir, expõe-se o caminho metodológico percorrido para o alcance dos objetivos da pesquisa.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico, cuja finalidade foi construir e validar o conteúdo de um instrumento de avaliação do preparo para a alta da UTI na percepção do paciente. Esse tipo de estudo diferencia-se de outros delineamentos por contemplar uma forma distinta de coleta, análise e interpretação dos dados, sendo que o principal interesse é identificar um construto intangível e torná-lo tangível com um instrumento ou técnica de investigação (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2013).

Foram seguidas as etapas do processo de construção de instrumentos recomendadas por Coluci, Alexandre e Milani (2015): I – Estabelecimento da estrutura conceitual; II – Definição dos objetivos e da população envolvida; III – Construção dos itens e da escala de resposta; IV – Seleção e organização dos itens; V – Estruturação do instrumento; VI – Validade de conteúdo; e VII – Pré-teste. Ainda, segundo essas autoras, como alterações significativas fizeram-se necessárias após a avaliação semântica, o estudo contou com a oitava etapa, a qual envolveu um novo processo de validade de conteúdo. O desenvolvimento das etapas metodológicas está elucidado na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma das etapas metodológicas do estudo



Fonte: ZUCATTI, 2021.

4.2 Elaboração do instrumento – etapas I a V

Para estabelecimento da estrutura conceitual, definição do objetivo e da população envolvida, levantamento e organização dos itens e da escala de resposta, alguns recursos foram utilizados como base, conforme sugerido por Coluci, Alexandre e Milani (2015): extensa revisão da literatura sobre transição do cuidado na alta da UTI, em especial, revisões de escopo (STELFOX *et al.*, 2015; HERVÉ; ZUCATTI; LIMA, 2020); o construto preparo para a alta hospitalar na percepção do paciente e os domínios relacionados – estado pessoal, conhecimento, capacidade de enfrentamento e apoio esperado (WEISS; PIACENTINE, 2006) –; o instrumento RHDS adaptado culturalmente para uso no Brasil (SIQUEIRA; VILA; WEISS, 2018); e a experiência da mestranda em sua prática laboral no desempenho de atividades como enfermeira assistencial de uma UTI adulto.

Diante do exposto, uma versão inicial foi elaborada e, antes de ser submetido à validação de conteúdo, o instrumento foi discutido pelo grupo de pesquisa do qual a autora faz parte.

4.3 Validação de conteúdo 1 – etapa VI

A etapa VI foi constituída da validação de conteúdo da versão 1 do instrumento, com a finalidade de verificar se os elementos levantados até então eram apropriados para medir o construto desejado (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Essa avaliação foi realizada por um comitê de especialistas, o qual foi convidado para colaborar em atividades remotas e assíncronas, com a utilização da técnica Delphi.

A técnica Delphi é definida como um método sistematizado de julgamento de informações e se destina ao alcance do consenso de opiniões sobre uma determinada temática, de conhecimento de um grupo de especialistas, por meio da aplicação de questionários estruturados que circulam entre os participantes, com a realização de retroalimentação estatística de cada resposta, favorecida pelo anonimato (SCARPARO *et al.*, 2012). Contribui para geração de ideias e determinação de prioridades e tem sido comumente usada no desenvolvimento de diretrizes com profissionais de saúde (McMILLAN; KING; TULLY, 2016).

4.3.1 Seleção do comitê de especialistas e coleta de dados do painel Delphi

Para o processo de construção de instrumentos de medida, um número entre cinco a 20 juízes é descrito para a validação de conteúdo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Já, para o emprego da técnica Delphi, o número de participantes suficiente para gerar informações relevantes, segundo Giovinazzo (2001), é entre 15 a 30 especialistas, e os pesquisadores devem considerar os níveis de abstenção entre as rodadas (SCARPARO *et al.*, 2012).

Sendo assim, foram convidados 32 especialistas para compor esta etapa. Foram selecionados intencionalmente profissionais da equipe multiprofissional com experiência assistencial, de gestão, ensino e/ou pesquisa de pelo menos um ano em serviço de terapia intensiva adulto; em unidades de internação cirúrgica ou clínica adulto; de equipe de gestão de alta; de equipe de risco assistencial; e/ou com experiência na construção e validação de instrumentos de medida em saúde; e pacientes que necessitaram de uma internação em UTI e tivessem acesso à tecnologia e ao recurso que a participação exigiria. Foram excluídos aqueles que após três tentativas de contato, com intervalos regulares, não retornaram o interesse em responder a pesquisa.

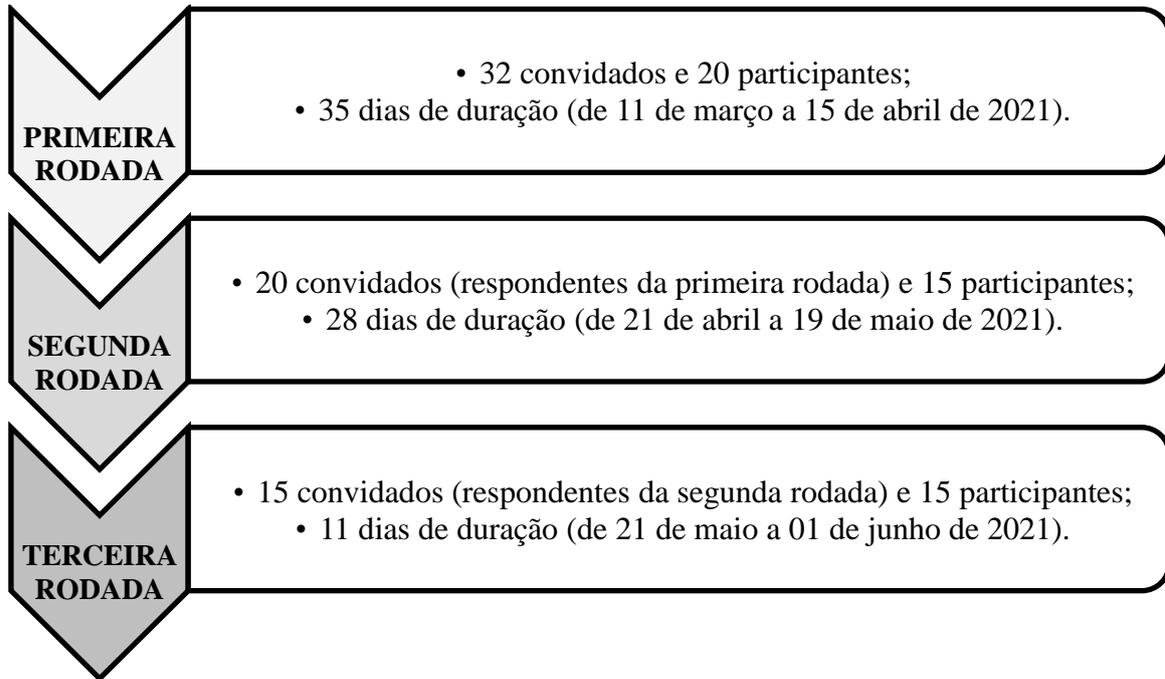
Salienta-se que a experiência profissional da mestranda em sua formação acadêmica e prática laboral foi considerada para definir a rede de potenciais participantes do estudo, e que a representatividade de todas as categorias profissionais (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, farmacêutico, psicólogo, odontólogo e assistente social) não foi considerada essencial, sendo a *expertise* dos participantes o critério-chave para sua contribuição ao estudo.

De modo geral, em um estudo Delphi são utilizadas de duas a três rodadas, pois é pouco provável que a continuidade dos *rounds* fará convergir as opiniões relativas aos temas que não alcançaram consenso até então, desse modo, o processo deve ser encerrado e as questões divergentes descritas, analisadas e discutidas ao longo do trabalho (SCARPARO *et al.*, 2012).

O tempo mínimo para um estudo Delphi de duas rodadas é 30 dias (McMILLAN; KING; TULLY, 2016), isto é, o prazo para devolução do questionário a cada *round* seria por volta de duas semanas. A fim de otimizar o preenchimento dos questionários e como indicado na literatura, pelas delongas para o retorno do material no período estabelecido (McMILLAN; KING; TULLY, 2016), lembretes foram enviados de maneira usual para aqueles participantes que ainda não o tinham feito.

A coleta de dados referente à primeira validação de conteúdo iniciou em março de 2021 e foi concluída, após três *rounds*, em junho do mesmo ano. Apresenta-se na Figura 2 o número de participantes e a duração de cada rodada.

Figura 2 – Participantes e duração das três primeiras rodadas do painel Delphi



Fonte: ZUCATTI, 2021.

Em relação à duração, esperou-se o mínimo de 15 participantes para o fechamento da primeira rodada, sendo necessário, ao término do prazo de duas semanas a contar do primeiro contato, o envio de um lembrete, oferecendo um novo prazo, agora, de sete dias para a resposta do questionário. Na primeira rodada, foi preciso estender este período por mais duas vezes até o encerramento do *round*. Nas rodadas consecutivas, também se recorreu aos lembretes com intervalos de sete dias, por três vezes, na segunda rodada e uma vez na terceira. Nesta última, obteve-se 100% de adesão, sendo possível a conclusão do *round* antes do prazo esperado.

4.3.1.1 Operacionalização da coleta de dados das três primeiras rodadas do painel Delphi

A comissão de juízes foi convidada por meio de carta convite (APÊNDICES A, B e C) enviada ao *e-mail* individual de cada participante, contemplando informações sobre os

objetivos do estudo, o método, os aspectos éticos, um vídeo elaborado pela pesquisadora para melhor esclarecimento do estudo e o que se esperava sobre a contribuição do especialista e o *link* de acesso ao questionário. Um endereço eletrônico exclusivo foi criado para esse contato com os participantes (alta.terapia.intensiva@gmail.com).

Os questionários de pesquisa foram elaborados no Google Forms®, um *software* livre. Tratando-se da aplicação por meio de plataforma eletrônica, os *links* de acesso aos formulários direcionavam imediatamente ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Completar o TCLE e assinalar uma escolha de concordância com o conteúdo explícito foi condição essencial para a abertura das páginas subsequentes dos questionários, os quais estavam disponíveis na mesma plataforma. Caso o participante não respondesse de acordo ou se manifestasse discordante com o termo, os instrumentos de coleta de dados não abririam e, portanto, o convidado não poderia participar da pesquisa e o processo seria encerrado.

Após a construção do primeiro formulário, em fevereiro de 2021, o questionário foi enviado a membros do grupo de pesquisa do qual a autora faz parte, tendo em vista a realização prévia da estratégia de coleta de dados em condições reais, de modo a detectar fragilidades e lacunas e retificá-las antes da coleta de dados definitiva. Esses participantes ($n = 5$) não fizeram parte da amostra final.

Ao final de cada rodada, frente ao retorno do comitê, foi realizado o planilhamento das informações e a interpretação, considerando as taxas de concordância estabelecidas, para definir pela manutenção, alteração ou exclusão dos itens. Algumas afirmações que obtiveram consenso foram excluídas para as próximas rodadas e mantidas para a versão 2 do instrumento; as discrepantes foram reapresentadas com *feedback* estatístico ou excluídas para versão 2; e as sugestões expostas nas questões abertas foram confrontadas pelas pesquisadoras com o propósito do instrumento e, quando consideradas pertinentes, os itens foram revisados e reapresentados ou introduzidos na versão 2.

Os questionários reestruturados foram novamente enviados aos participantes e, assim, se deu início ao segundo e ao terceiro *rounds* do painel Delphi, momentos em que, os participantes, em anonimato, foram solicitados a reavaliar seu posicionamento perante as modificações e a previsão estatística do grupo em cada resposta, sendo possível mantê-lo ou modificá-lo, a fim de clarificar pontos controversos e validar a versão 2 do instrumento para análise semântica.

4.3.1.2 Questionários de pesquisa das três primeiras rodadas do painel Delphi

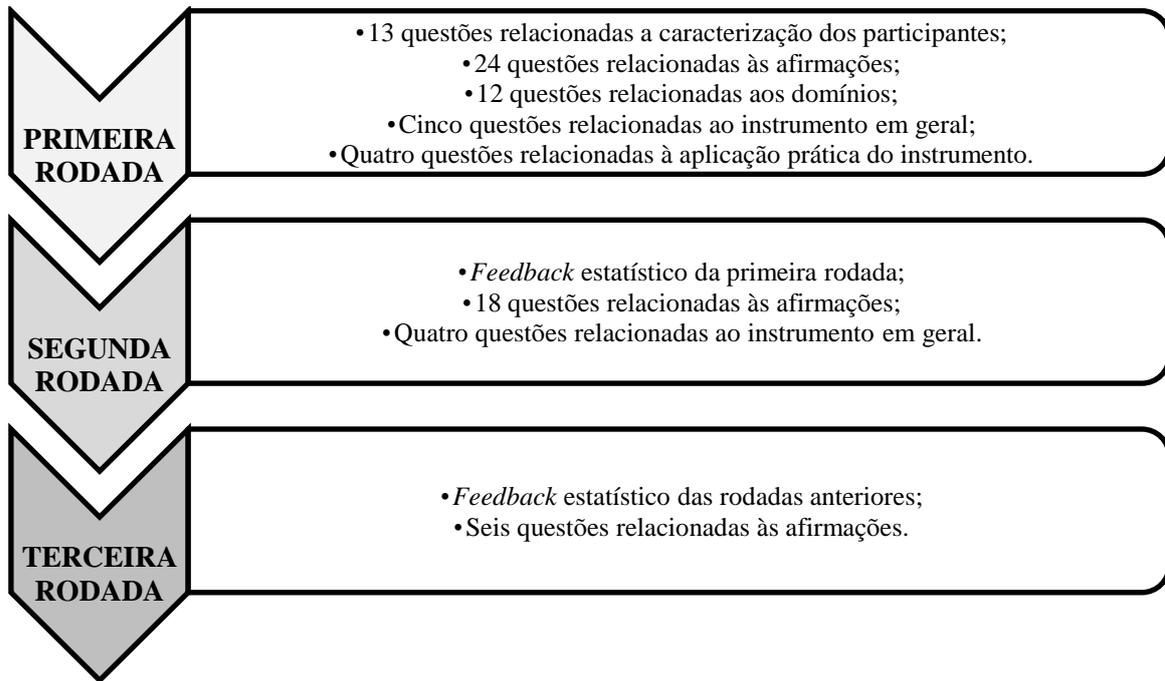
O questionário inicial foi organizado em duas partes (APÊNDICE D): a primeira continha indagações relacionadas à caracterização dos participantes, como correio eletrônico, sexo, idade e, se profissional da área da saúde, informações como tempo de formação e experiência, nível de escolaridade e atual área de trabalho/pesquisa; e a segunda parte continha 45 questões fechadas para que o painel de especialistas apreciasse o conteúdo da versão 1 do instrumento.

Os modelos de instruções para as análises da validade de conteúdo apresentados por Coluci, Alexandre e Milani (2015) foram considerados para construção do questionário de pesquisa. Em um primeiro estágio de avaliação, os especialistas foram convidados a julgar cada afirmação separadamente, levando em consideração os critérios de clareza e relevância (PASQUALI, 1998). Junto às questões, utilizou-se uma escala Likert de três pontos. As opções de resposta receberam uma pontuação que variava de um a três (1 Não clara/Não relevante; 2 Indiferente; 3 Clara/Relevante) (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Em um segundo momento, os domínios, o instrumento em geral e sua aplicação prática foram apreciados quanto à clareza, à relevância e à abrangência (PASQUALI, 1998). Para avaliar esses aspectos, recorreu-se a perguntas dicotômicas (1 Não concordo; 2 Concordo). Sugestões e/ou comentários para melhoria do instrumento também podiam ser feitos, de forma opcional, em espaços reservados especificamente para essa finalidade (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Conforme o retorno do comitê e após a compilação das informações pelas pesquisadoras, o questionário da segunda rodada (APÊNDICE E) contou com 22 questões fechadas, e o da terceira (APÊNDICE F) com seis. Elucida-se na Figura 3 os questionários de coleta de dados dos três primeiros *rounds* do painel Delphi.

Figura 3 – Questionários de coleta de dados das três primeiras rodadas do painel Delphi



Fonte: ZUCATTI, 2021.

4.4 Pré-teste – etapa VII

Na etapa VII, foi realizado um pré-teste da versão 2 do instrumento, de 14 de junho a 20 de julho de 2021, com uma amostra de 30 indivíduos, número considerado ideal por Coluci, Alexandre e Milani (2015).

Os participantes foram selecionados por conveniência conforme os critérios de inclusão: pacientes com mais de 18 anos com um tempo de permanência no serviço de pelo menos sete dias com alta breve registrada no prontuário eletrônico, solicitação de pré-alta ou de alta aguardando leito para as unidades de internação cirúrgica ou clínica do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). Foram excluídos aqueles com nível e/ou conteúdo de consciência alterados; com *déficit* cognitivo e/ou de comunicação importante; em cuidados paliativos exclusivos descritos no prontuário eletrônico; em isolamento por COVID-19; e indivíduos não alfabetizados.

Salienta-se que nível e conteúdo de consciência foram observados a partir de avaliação clínica, considerando a vigília e a orientação auto e alopsíquica têmporo-espaial do paciente; e o tempo de permanência no serviço de pelo menos sete dias foi considerado conforme a média de 2019, sendo esse paciente potencialmente mais exposto a cuidados,

recursos e tecnologias que envolvem a terapia intensiva e capaz de relatar e contribuir com mais propriedade sobre sua experiência.

Para identificação desses indivíduos, diariamente, a pesquisadora realizou busca ativa na lista de controle do setor administrativo da UTI do HNSC. Dispondo da informação, os pacientes foram convidados a participar da pesquisa à beira do leito. A interação foi realizada em local reservado e em horário comercial, preservando a continuidade da assistência. Todos os pacientes contatados aceitaram participar do estudo.

Cabe ressaltar, que todas as recomendações de prevenção a COVID-19 (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2020c) foram adotadas. A pesquisadora fez uso de máscara facial e assegurou o insumo ao paciente. Foram respeitados a etiqueta respiratória e o distanciamento e disponibilizado álcool em gel 70% para higienização das mãos ao início e ao final da entrevista.

O propósito desta etapa foi avaliar a estrutura e todos os itens quanto a sua compreensão. Assim, uma ficha de identificação dos participantes (APÊNDICE G) foi preenchida pela autora, e foi apresentado a esses a versão 2 do instrumento. Após a aplicação, os participantes foram questionados com relação ao entendimento das afirmações com uma escala Likert de três pontos (APÊNDICE H), variando de “Não entendi” a “Entendi”, e quanto à clareza e a sua preferência frente às escalas de resposta.

A partir desse dado e das observações dos participantes, algumas modificações no instrumento foram realizadas. Nesta etapa, oficializou-se a versão 3 do instrumento.

4.4.1 Campo de estudo

O estudo foi realizado na UTI adulto do HNSC, hospital geral, exceto para o atendimento ao trauma, pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), maior rede pública de hospitais do sul do país (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2020a). Ressaltando as incertezas geradas pela COVID-19 e a continuidade dos leitos de terapia intensiva criados neste contexto, os dados que serão apresentados a seguir referem-se ao cenário pré-pandemia.

A UTI é composta por 59 leitos, destinados a pacientes clínicos e em pós-operatório de cirurgias em geral, e subdivida em quatro áreas para melhor organização de recursos humanos e materiais, sendo as UTIs 1, 2 e 4 compostas por 15 leitos e a UTI 3 por 14 leitos. Em 2019, foram admitidos 2.697 pacientes, a taxa de ocupação de leitos foi de

91,2%, a média de permanência no serviço foi de 7,3 dias e a taxa de mortalidade anual foi de 26,7%. No decorrer daquele ano, 1.929 pacientes foram transferidos para as unidades de internação cirúrgicas ou clínicas pertencentes à mesma instituição (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2020b).

O serviço em questão não possui uma política ou diretrizes de transição do cuidado, conta apenas com algumas práticas de alta adotadas pela equipe, entre estas: a solicitação de pré-alta pelo médico intensivista, geralmente, com 24 horas de antecedência à previsão de alta, no intuito de garantir o leito na unidade de internação; o registro do plano de alta breve e da alta no prontuário eletrônico do paciente realizado pelo médico da UTI; o preenchimento de um *checklist* pelo enfermeiro intensivista – contemplando itens de identificação, precauções de isolamento, alergia, avaliação para o risco de quedas e de desenvolver lesão por pressão, quadro clínico, dispositivos, medicações e outras observações gerais pertinentes para o momento da alta –; e a comunicação verbal do caso por contato telefônico entre os enfermeiros da UTI e das unidades de internação. Contudo, nem todas as ações são padronizadas ou de caráter obrigatório, sendo, por vezes, embasadas na subjetividade e experiência de cada profissional.

4.5 Validação de conteúdo 2 – etapa VIII

Diante dos resultados da etapa anterior, alterações significativas foram necessárias para adequar as afirmações à população-alvo, assim sendo, o comitê de especialistas foi novamente contatado para julgar essas modificações (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). À vista disso, para esta coleta de dados, optou-se por dar seguimento à estratégia Delphi.

Por conseguinte, 15 especialistas, aqueles que compuseram a terceira rodada, foram convidados para revisar o conteúdo da versão 3, dando início ao quarto *round* do estudo, o qual contou com 12 respondentes e um período de duração de 28 dias (de 28 de julho a 25 de agosto de 2021). Conforme o retorno, novamente, recorreu-se ao envio de lembretes, estendendo o prazo de resposta por uma semana por três vezes no decorrer da rodada.

A operacionalização e a análise dos dados desta etapa seguiram procedimentos semelhantes aos descritos na subseção 4.3 *Validação de conteúdo 1 – etapa VI*. Carta convite (APÊNDICE I) com acesso ao TCLE e ao formulário de pesquisa foi enviada ao *e-mail* individual de cada especialista.

O questionário (APÊNDICE J) contou com 25 perguntas estruturadas e espaços opcionais destinados às sugestões, caso os juízes ainda entendessem que fossem precisas. Entre as questões fechadas, 19 eram relacionadas às afirmações (1 Não clara/Não relevante, 2 Clara/Relevante) e seis ao instrumento em geral (1 Não concordo, 2 Concorde), podendo os participantes observar para o seu julgamento a compressão dos pacientes, por meio dos dados estatísticos obtidos no pré-teste, e as considerações das pesquisadoras a partir de impressões subjetivas apreendidas no contato com a população-meta.

Uma vez que se empregou a técnica Delphi de forma *on-line* para apreensão das informações, e entendendo que o processo de validação de conteúdo prevê processos interativos entre as pesquisadoras e o comitê, tais considerações foram apresentadas como comentários ao longo do formulário, a fim de clarificar pontos controversos e alinhar junto aos especialistas a versão 4 do instrumento.

4.6 Análise dos dados

Para a análise dos dados da primeira validação de conteúdo, a concordância das afirmações foi apreciada por meio do IVC, o qual foi medido com a utilização de uma escala Likert de três pontos. O cálculo foi realizado a partir da somatória das respostas “3” (Clara/Relevante) de cada participante em cada item do questionário dividida pelo número total de respostas (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Além disso, o IVC do instrumento como um todo foi considerado a partir da média dos itens considerados claros e relevantes pelos juízes (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O nível de consenso aceitável entre os especialistas foi de 0,80, preferencialmente, superior a 0,90. Sendo assim, afirmações que não atingiram tal valor ou receberam pontuação “1” (Não clara/Não relevante) ou “2” (Indiferente) foram revisadas ou excluídas (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Na segunda e na terceira rodadas, retirou-se a opção “indiferente” para o julgamento das afirmações, a fim de facilitar a decisão dos respondentes e diminuir a dispersão dos dados (SCARPARO *et al.*, 2012).

Já, para a avaliação dos domínios foi utilizada a taxa de concordância, obtida pelo cálculo de porcentagem em cada resposta, isto é, o número de participantes que concordam dividido pelo número total de participantes. Neste estágio, taxas maiores ou iguais 90,0% foram consideradas para interpretar um domínio claro, pertinente e capaz de abranger o construto desejado. Para apreciação do título, do *layout*, das instruções sobre como

responder os itens, da escala de resposta, da interpretação e da aplicação prática do instrumento, esperou-se que os aspectos avaliados atingissem consenso maior ou igual a 80,0% na alternativa “2” (Concordo) para interpretá-los como adequados (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

De forma semelhante, no pré-teste, foi calculado o percentual de clareza de cada item, considerando a soma das opções de resposta “3” (Entendi). Um índice maior ou igual a 80,0% foi considerado adequado (ACOSTA *et al.*, 2017; SIQUEIRA; VILA; WEISS, 2018). Assim como na primeira validação de conteúdo, para segunda almejou-se IVCs de cada item, pontuando os critérios de clareza e de relevância, e IVC global do instrumento maiores ou iguais a 0,80, preferivelmente, superiores a 0,90; e a porcentagem de concordância entre os participantes sobre o título, o formato, as instruções, a escala de resposta e a interpretação maior ou igual a 80,0% para assegurar a validade do instrumento (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

A despeito da etapa, as respostas obtidas foram transpostas para o programa Microsoft Excel® e a análise descritiva realizada por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences®* versão 23.0.

Empregou-se o teste de normalidade de Shapiro-Wilk para definir os sumarizadores numéricos de posição e de variabilidade. Variáveis contínuas com distribuição simétrica foram apresentadas como média e desvio padrão e aquelas com distribuição assimétrica foram identificadas como mediana e intervalo interquartil. Além disso, variáveis categóricas foram expressas em frequências absolutas e relativas.

4.7 Aspectos éticos

O estudo respeitou as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos descritas na Resolução 466/12 (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS, instituição proponente, em dezembro de 2020, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 40784220.6.0000.5347 (ANEXO A) e pelo CEP do GHC, instituição coparticipante, em janeiro de 2021, sob CAAE de número 40784220.6.3001.5530 (ANEXO B).

Os participantes receberam informações acerca da pesquisa, e sua decisão por participar foi sinalizada com o preenchimento de um TCLE, específico para cada etapa da coleta de dados (APÊNDICES K, L, M, N e O). Apesar da fase, os termos de consentimento continham informações quanto ao objetivo e à finalidade da pesquisa em linguagem clara e acessível. Para a validação de conteúdo, os termos foram postos para apreciação pelo comitê de especialistas por plataforma eletrônica. Para a etapa do pré-teste, a leitura do TCLE foi realizada junto ao paciente e foram fornecidas duas vias do documento, ficando uma em posse do participante e outra com as pesquisadoras.

A participação foi voluntária, garantindo-se a liberdade de recusar ou retirar seu consentimento em qualquer momento. Foi assegurado ao participante o sigilo de informações pessoais, anonimato dos dados obtidos e sua utilização apenas para fins acadêmicos e científicos. Não foi previsto nenhum tipo de pagamento aos participantes da pesquisa, e esses não tiveram nenhum custo associado aos procedimentos envolvidos.

A pesquisa ofereceu riscos mínimos aos participantes, relacionados ao tempo dedicado a cada atividade proposta e à possibilidade de ocorrência de certo desconforto em responder algum tema abordado. Nesses casos, o indivíduo poderia interromper sua participação a qualquer momento, e, se necessário, a pesquisadora se colocaria à disposição para uma escuta ativa e acolhedora. Além disso, considerou-se ainda eventual quebra de confidencialidade dos dados pela utilização da plataforma eletrônica, sendo previsto o acesso restrito aos dados armazenados na plataforma Google Forms® às autoras por meio de usuário e senha específicos.

Por conta disso, foi elaborado um Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) (APÊNDICE P) com a identificação e a assinatura das pesquisadoras e o esclarecimento para minimizar tal risco. Considerando ainda que foram usados dados do prontuário do paciente e institucionais, TCUD semelhante também foi assinado (APÊNDICE Q).

Não foram previstos benefícios pessoais para os participantes, sendo os possíveis benefícios do estudo, a médio e longo prazo, contribuir para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, auxiliando a realização de trabalhos futuros, e para a melhoria da transição do cuidado de pacientes com alta da terapia intensiva.

Ademais, em conformidade com a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012), o material coletado no decorrer da realização do estudo será armazenado durante cinco anos e, após este período, será destruído.

5 RESULTADOS

A seguir, apresentam-se os resultados obtidos em cada etapa do processo de construção do instrumento.

5.1 Elaboração do instrumento

Explanam-se, nesta subseção, considerações para elaboração da versão inicial do instrumento (APÊNDICE R), o qual sofreu revisões após as etapas de desenvolvimento da pesquisa. Reitera-se que para esta construção alguns recursos foram utilizados como base: extensa revisão da literatura, o construto preparo para a alta hospitalar na percepção do paciente e os domínios relacionados, o instrumento RHDS e a própria experiência laboral.

O preparo para a alta da UTI foi entendido como a capacidade dos pacientes reconhecerem-se preparados, ou não, para a alta, isto é, julgarem seu estado imediato e suas competências para gerenciar as necessidades de cuidado na unidade de internação. Alguns atributos do preparo para a alta hospitalar foram transpostos para o cenário da terapia intensiva, sendo então considerados quatro domínios, a saber: estado pessoal, conhecimento, envolvimento e autonomia e apoio esperado.

O domínio estado pessoal busca contemplar as condições físicas e emocionais antes da alta da UTI. O domínio conhecimento relaciona-se à percepção dos indivíduos quanto às informações necessárias e recebidas para subsidiar a resolução de potenciais problemas e minimizar preocupações frente ao novo cenário assistencial. O domínio envolvimento e autonomia visa identificar a proximidade do paciente ao processo de alta da terapia intensiva e quão empoderado e ativo foi perante tal planejamento. O domínio apoio esperado diz respeito à disponibilidade de suporte emocional e para continuidade do cuidado no período de transição para a unidade de internação.

Ponderou-se o *envolvimento* do paciente e sua *autonomia* como um importante atributo para a avaliação do preparo para a alta da UTI, uma vez que a participação do sujeito vem sendo apontada como uma prática positiva para transição do cuidado, por facilitar o planejamento e a execução da alta, gerar satisfação e reduzir o estresse e a ansiedade. Ademais, acredita-se que a *capacidade de enfrentamento*, avaliada no contexto de alta hospitalar, será mensurada a partir dos domínios *estado pessoal* e *conhecimento*,

portanto, tal atributo foi levado em conta para elaboração dos itens, ainda que não esteja descrito de maneira explícita.

Posto isso, o objetivo do instrumento será avaliar o preparo para a alta da UTI em momento oportuno para identificar aqueles pacientes que apresentam fragilidades e necessitam de informações e orientações individualizadas para qualificar a continuidade da assistência na unidade de internação. Dessa forma, será um instrumento específico, analisará apenas um fenômeno; multidimensional, julgará mais de uma dimensão; e com finalidade avaliativa, medirá a magnitude da mudança em determinado período de tempo.

O instrumento, inicialmente intitulado Preparo para a Alta da Terapia Intensiva na Perspectiva do Paciente, poderá ser aplicado a uma população heterogênea de pacientes adultos em condições de alta breve da UTI para unidades de internação cirúrgica ou clínica. Conta com 24 afirmações, classificadas em uma escala intervalar de zero a 10 e dispostas nos quatro domínios: estado pessoal (afirmações 1 a 8); conhecimento (afirmações 9 a 19); envolvimento e autonomia (afirmações 20 a 22); e apoio esperado (afirmações 23 e 24).

O escore total é a média das respostas, ou seja, as pontuações serão somadas e divididas pelo número de itens do instrumento. As afirmações “5”, “6” e “19”, devido à conotação, irão requerer codificação reversa para o cálculo final. Assim sendo, o escore do instrumento foi estratificado em preparo elevado (9 - 10); preparo satisfatório (8 – 8,9); preparo moderado (7 – 7,9); e baixo preparo (< 7).

Quanto à utilização na prática, será apresentado no formato impresso e poderá ser aplicado tão logo possível à definição da alta e pelo menos quatro horas antes da transferência para a unidade de internação, a fim de que potenciais intervenções tenham tempo hábil de serem executadas.

O instrumento poderá ser utilizado por qualquer categoria que compõe a equipe de saúde, haja vista que o construto requer uma avaliação multiprofissional. Contudo, acredita-se que na rotina assistencial, o enfermeiro, como profissional-chave do processo de transição do cuidado, se beneficiará ao empregar tal ferramenta no desenvolvimento de suas atividades educativas, uma vez que poderá direcioná-las às necessidades de cada indivíduo.

Assim sendo, acredita-se que o instrumento poderá ser autoaplicável ou, quando necessário, apresentado ao paciente pelo enfermeiro. Mas, ressalva-se que, mesmo se autoaplicado, o cálculo do escore e sua interpretação competem ao profissional.

Entende-se como “quando necessário” para pacientes analfabetos ou com alguma limitação física que impeça a autoaplicação. Para aqueles com nível e/ou conteúdo de

consciência alterados ou com *déficit* cognitivo e/ou de comunicação importante, a perspectiva da família poderá ser considerada.

5.2 Validação de conteúdo

Para validação de conteúdo, foram realizadas quatro rodadas de opiniões. Foram convidados, entre profissionais da área da saúde e pacientes, 32 indivíduos para participarem do painel Delphi. Destes, 20 concluíram o formulário de pesquisa na primeira rodada, 15 compuseram o segundo e o terceiro *rounds* e 12 a quarta rodada. Obteve-se índices de adesão de 62,5% no primeiro *round*, 75,0% no segundo, 100% no terceiro e 80,0% no quarto.

Apresenta-se na Tabela 1 a caracterização dos participantes das quatro rodadas do painel Delphi.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes das quatro rodadas do painel Delphi. Dados expressos por meio de números absolutos (números relativos), ou sinalizados, quando diferente.

Variáveis	1ª rodada (n = 20)	2ª e 3ª rodadas (n = 15)	4ª rodada (n = 12)
Sexo			
Feminino	13 (65,0)	9 (60,0)	6 (50,0)
Idade (em anos)*	40,3 ± 8,3	39,9 ± 9,5	40,6 ± 10,5
Já foi paciente em uma UTI	4 (20,0)	2 (13,3)	2 (16,7)
Profissional da área da saúde	18 (90,0)	14 (93,3)	11 (91,7)
Graduação			
Enfermagem	8 (44,4)	6 (42,8)	5 (45,5)
Medicina	3 (16,7)	3 (21,4)	3 (27,3)
Fisioterapia	3 (16,7)	3 (21,4)	2 (18,2)
Nutrição	1 (5,6)	1 (7,1)	0 (0,0)
Fonoaudiologia	1 (5,6)	1 (7,1)	1 (9,1)
Psicologia	1 (5,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Odontologia	1 (5,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Tempo de formação (em anos)*	18,0 ± 8,4	17,6 ± 9,4	18,3 ± 10,5
Categorização do tempo de formação			
10 a 15 anos	8 (44,4)	7 (50,0)	5 (45,5)
> 20 anos	5 (27,8)	4 (28,6)	4 (36,4)
16 a 20 anos	3 (16,7)	1 (7,1)	0 (0,0)
5 a 9 anos	2 (11,1)	2 (14,3)	2 (18,2)
Maior nível de formação			
Mestrado acadêmico	9 (50,0)	5 (35,7)	5 (45,5)
Doutorado	3 (16,7)	3 (21,4)	2 (18,2)
Especialização ou Residência	2 (11,1)	2 (14,3)	2 (18,2)
Mestrado profissional	2 (11,1)	2 (14,3)	1 (9,1)
Pós-doutorado	2 (11,1)	2 (14,3)	1 (9,1)
Atual área de atuação (questão de múltipla escolha)			
Instituição Hospitalar Pública	16 (88,9)	12 (85,7)	10 (90,9)
Instituição de Ensino Público	3 (16,7)	3 (21,4)	3 (27,3)

Instituição Hospitalar Privada	2 (11,1)	2 (14,3)	2 (18,2)
Instituição de Ensino Privado	2 (11,1)	2 (14,3)	2 (18,2)
Autônomo	1 (5,6)	1 (7,1)	0 (0,0)
Anos de experiência na atual área de atuação*	15,6 ± 7,5	15,4 ± 8,3	16,0 ± 9,3
Tempo de experiência na atual área de atuação			
10 a 15 anos	10 (55,5)	8 (57,1)	5 (45,5)
> 20 anos	5 (27,8)	4 (28,6)	4 (36,4)
< 5 anos	2 (11,1)	2 (14,3)	2 (18,2)
16 a 20 anos	1 (5,6)	0 (0,0)	0 (0,0)

Fonte: ZUCATTI, 2021.

*Média ± desvio padrão.

Cabe destacar que, se quando questionado sobre ser um profissional da área da saúde, o participante assinalou de forma negativa, esta opção de resposta direcionou-o automaticamente a próxima etapa do questionário e, portanto, as demais questões de caracterização da amostra, como graduação, tempo e nível de formação e atual área de atuação, não foram disponibilizadas a esse.

Salienta-se ainda que dois profissionais da área da saúde também eram pacientes na primeira rodada, isto é, já haviam sido expostos a uma internação em UTI, e um profissional passou por vivência semelhante nos *rounds* subsequentes.

A amostra contou com profissionais da equipe multiprofissional com experiência assistencial, de gestão, ensino e/ou pesquisa em serviço de terapia intensiva adulto, com enfermeiro e fisioterapeuta com experiência assistencial, de ensino e/ou pesquisa em unidades de internação, com enfermeiros da equipe de gestão de alta e de risco assistencial e com fisioterapeuta com *expertise* na construção e validação de instrumentos de medida em saúde. As categorias profissionais farmacêutico e assistente social não retornaram o interesse em responder a pesquisa e, logo, não fizeram parte da amostra.

Todos os profissionais da área da saúde respondentes do primeiro (n = 18), do segundo e do terceiro (n = 14) e do quarto *rounds* possuíam ao menos uma pós-graduação (n = 11). Quase a totalidade dos profissionais na primeira rodada (n = 17, 94,4%) e no segundo e no terceiro *rounds* (n = 13, 92,8%) tinha vínculo empregatício e todos os respondentes profissionais da quarta rodada (n = 11, 100%) trabalhavam. Doze (66,7%) participantes reconheciam-se como pesquisadores no primeiro *round*, nove (64,3%) nas rodadas consecutivas e seis (50,0%) no quarto *round*.

5.2.1 Resultados obtidos na primeira rodada do painel Delphi

Na primeira rodada do estudo, foram apresentadas 45 questões estruturadas para que o comitê de especialistas apreciasse as afirmações, os domínios, o título, o *layout*, as instruções sobre como responder os itens, a escala de resposta, a interpretação e a aplicação prática da versão inicial do instrumento.

A Tabela 2 expõe os IVCs para os critérios de clareza e de relevância, os IVCs de cada item e as porcentagens de concordância dos demais aspectos avaliados resultantes do primeiro *round* de opiniões. Identifica-se ainda a decisão das pesquisadoras perante o julgamento estatístico e as sugestões do grupo descritas nas questões abertas.

Tabela 2 – Descrição dos resultados da primeira rodada do painel Delphi (n = 20) e a decisão das pesquisadoras.

	Clareza ^a			IVC do critério	Relevância ^b			IVC do critério	IVC do item	Decisão
	1 n	2 n	3 n		1 n	2 n	3 n			
AFIRMAÇÕES										
1. Eu sei onde estou, que dia é hoje e há quantos dias estou internado(a) aqui.	1	0	19	0,95	0	0	20	1	0,97	Reapresentada com alteração na 2ª rodada
2. Sinto-me em condições físicas para ir para a Unidade de Internação.	6	1	13	0,65	1	1	18	0,90	0,77	Excluída
3. Sinto-me capaz de cuidar das minhas necessidades pessoais sozinho(a) (por exemplo: alimentar-me, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).	1	1	18	0,90	3	0	17	0,85	0,87	Reapresentada com alteração na 2ª rodada
4. Sinto-me em condições emocionais para ir para a Unidade de Internação.	5	1	14	0,70	1	3	16	0,80	0,75	Reapresentada com alteração na 2ª rodada
5. Sinto dor e/ou desconforto hoje.	3	0	17	0,85	1	0	19	0,95	0,90	Reapresentada com alteração na 2ª rodada
6. Sinto-me estressado(a) e/ou ansioso(a) hoje.	2	1	17	0,85	1	3	16	0,80	0,82	Excluída
7. Sinto-me capaz de identificar minhas limitações (o que eu posso ou não fazer) hoje.	2	2	16	0,80	0	1	19	0,95	0,87	Reapresentada com alteração na 2ª rodada
8. Estou me sentindo seguro(a) com a alta da Unidade de Terapia Intensiva.	1	0	19	0,95	1	3	16	0,80	0,87	Excluída
9. Eu sei quais são os meus problemas de saúde e o que estes podem causar.	3	1	16	0,80	1	2	17	0,85	0,82	Reapresentada com alteração na 2ª rodada
10. Eu sei qual foi o motivo que me trouxe à Unidade de Terapia Intensiva.	1	1	18	0,90	0	1	19	0,95	0,92	Reapresentada com alteração na 2ª rodada
11. Eu sei quais foram os profissionais envolvidos em meu cuidado (por exemplo: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, farmacêutico,	3	2	15	0,75	1	4	15	0,75	0,75	Excluída

psicólogo, dentista e/ou assistente social) e seus papéis em meu tratamento na Unidade de Terapia Intensiva.											
12. Eu sei quais foram os cuidados e os equipamentos da Unidade de Terapia Intensiva que precisei até aqui.	2	1	17	0,85	2	4	14	0,70	0,77	Reapresentada com alteração na 2ª rodada	
13. Eu sei para o que servem estes dispositivos que estão em mim hoje (por exemplo: cateter de oxigênio, traqueostomia, válvula de fala, sonda para alimentação, estomia, sonda para auxiliar na eliminação da urina, cateter para administração de medicamentos).	1	0	19	0,95	0	0	20	1	0,97*	Mantida para versão 2	
14. Eu sei o significado destas pulseiras (na cor branca, amarela e/ou vermelha) que estão em mim hoje.	0	0	20	1	1	1	18	0,90	0,95*	Alterada e mantida para versão 2	
15. Eu sei quais são os medicamentos que estou tomando hoje (por exemplo: se sigo usando minhas medicações de uso contínuo, ou porque não estou fazendo uso de alguma delas, se iniciei algum novo medicamento e o porquê).	4	1	15	0,75	2	1	17	0,85	0,80	Reapresentada com alteração na 2ª rodada	
16. Eu sei quais profissionais cuidarão de mim a partir de hoje e os cuidados e os equipamentos que precisarei na Unidade de Internação.	1	2	17	0,85	1	1	18	0,90	0,87	Reapresentada com alteração na 2ª rodada	
17. Eu sei quais os sinais e os sintomas que devo ficar atento(a) e avisar a equipe de saúde na Unidade de Internação (por exemplo: agitação ou sonolência, respiração ofegante ou cansada, ritmo do coração alterado, pele pálida, fria e pegajosa).	1	0	19	0,95	1	1	18	0,90	0,92	Reapresentada com alteração na 2ª rodada	
18. Eu entendo que posso contribuir na prevenção de lesões de pele e de quedas na Unidade de Internação.	4	2	14	0,70	1	1	18	0,90	0,80	Reapresentada com alteração na 2ª rodada	
19. Eu tenho dúvidas sobre a continuidade do meu tratamento na Unidade de Internação.	5	1	14	0,70	1	1	18	0,90	0,80	Reapresentada com alteração na 2ª rodada	
20. Eu participei ou fui envolvido no	3	2	15	0,75	1	2	17	0,85	0,80	Reapresentada	

planejamento da minha alta da Unidade de Terapia Intensiva para a Unidade de Internação.											sem alteração na 2ª rodada
21. Eu fui orientado(a) sobre minha transferência para a Unidade de Internação.	0	0	20	1	0	0	20	1	1*		Mantida para versão 2
22. Eu sinto que as minhas preferências foram preservadas nesse processo de alta da Unidade de Terapia Intensiva.	5	0	15	0,75	2	2	16	0,80	0,77		Reapresentada com alteração na 2ª rodada
23. Eu terei algum familiar e/ou amigo para ajudar nas minhas necessidades pessoais na Unidade de Internação (por exemplo: alimentar-me, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).	1	0	19	0,95	0	0	20	1	0,97		Reapresentada com alteração na 2ª rodada
24. Eu terei apoio emocional de algum familiar e/ou amigo na Unidade de Internação.	1	1	18	0,90	0	0	19	0,95	0,92*		Mantida para versão 2
Porcentagem de concordância											
	Não concordo				Concordo				Decisão		
	n		%		n		%				
DOMÍNIO ESTADO PESSOAL (afirmações 1 ao 8)											
25. Estrutura	1		5,0		19		95,0				Mantido para uma avaliação posterior
26. Abrangência das afirmações	0		0,0		20		100				
27. Clareza e relevância das afirmações	1		5,0		19		95,0				
DOMÍNIO CONHECIMENTO (afirmações 9 ao 19)											
28. Estrutura	2		10,0		18		90,0				Mantido para uma avaliação posterior
29. Abrangência das afirmações	0		0,0		20		100				
30. Clareza e relevância das afirmações	0		0,0		20		100				
DOMÍNIO ENVOLVIMENTO E AUTONOMIA (afirmações 20 ao 22)											
31. Estrutura	0		0,0		20		100				Mantido para uma avaliação posterior
32. Abrangência das afirmações	0		0,0		20		100				
33. Clareza e relevância das afirmações	1		5,0		19		95,0				
DOMÍNIO APOIO ESPERADO (afirmações 23 e 24)											
34. Estrutura	0		0,0		20		100				Mantido para uma avaliação posterior
35. Abrangência das afirmações	0		0,0		20		100				
36. Clareza e relevância das afirmações	0		0,0		20		100				

37. TÍTULO Escala de Preparo para a Alta da Terapia Intensiva na Perspectiva do Paciente	3	15,0	17	85,0	Reapresentado com alteração na 2ª rodada
38. LAYOUT Vide APÊNDICE R	0	0,0	20	100	Mantido
39. INSTRUÇÕES Por favor, marque com um círculo sua resposta. As respostas estão em uma escala de zero a 10 pontos. As descrições ao lado dos números indicam o que o zero e o 10 significam. Escolha o número que melhor descreve como você se sente. Por exemplo, ao escolher o número sete, você se sente mais próximo da descrição do número 10 do que do número zero.	2	10,0	18	90,0	Reapresentadas com alteração na 2ª rodada
40. ESCALA DE RESPOSTA Escala intervalar de zero a 10	1	5,0	19	95,0	Reapresentada com alteração na 2ª rodada
41. INTERPRETAÇÃO Preparo elevado (9 – 10) Preparo satisfatório (8 – 8,9) Preparo moderado (7 – 7,9) Baixo preparo (< 7)	5	35,0	15	75,0	Reapresentada com alteração na 2ª rodada
APLICAÇÃO NA PRÁTICA					
42. Aplicação pelo menos quatro horas antes da transferência	3	15,0	17	85,0	Mantida
43. Autoaplicação	4	20,0	16	80,0	Mantida
44. Aplicação por um profissional da área da saúde	2	10,0	18	90,0	Mantida
45. Enfermeiro como profissional mais indicado para aplicação	1	5,0	19	95,0	Mantido

Fonte: ZUCATTI, 2021.

^a1 Não clara; 2 Indiferente; 3 Clara; ^b1 Não relevante; 2 Indiferente; 3 Relevante; *IVC do item considerado para o cálculo do IVC global da versão 2 do instrumento.

Em relação às afirmações, quatro (13, 14, 21 e 24) atingiram IVCs maiores que 0,90 e foram mantidas para a versão 2 do instrumento. Destas, o item “21” foi considerado claro e relevante por todos os especialistas (n = 20, IVC 1). A afirmação “14” sofreu mínima alteração conforme o retorno do comitê, isto é, adequação para contemplar a singularidade ou a pluralidade da informação – Eu sei o significado *desta(s) pulseira(s)* (na cor branca, amarela e/ou vermelha) que *está(ão)* em mim hoje – e, por conta disto, ponderou-se que sua reapresentação na rodada subsequente não se fazia necessária.

Os itens “3”, “7”, “9” e “16” e as afirmações “1”, “5”, “10”, “17” e “23”, apesar de alcançarem índices maiores ou iguais, respectivamente, a 0,80 e a 0,90, foram revisados em concordância com as recomendações dos juízes e apresentados no segundo *round*. Os itens “1” e “9” foram fragmentados com o intuito de analisar os dados pretendidos de forma isolada, sendo assim, duas novas afirmações foram inseridas no instrumento. A conotação do item “5” foi modificada com o objetivo do escore não requerer codificação reversa.

Cinco afirmações não obtiveram os IVCs esperados: três itens (2, 4 e 22) não alcançaram valores de 0,80 no critério de clareza, uma afirmação (12) não atingiu tal concordância para relevância e outra (11) para ambos os critérios citados. Esta última foi excluída e será discutida ao longo do trabalho. Ao passo que, quatro itens (15, 18, 19 e 20), apesar de contabilizarem IVCs de 0,80, não encontraram consenso no critério de clareza.

A afirmação “2” foi retirada a fim de evitar informações repetidas, pois as sugestões para clarificá-la contemplavam elucidar *condições físicas*, exemplos já detalhados no item “3”. Entretanto, para esclarecer as *condições emocionais* descritas na afirmação “4” de acordo com os comentários nas questões abertas, excluíram-se os itens “6” e “8”, ainda que estes tenham atingido os IVCs desejados, sendo a afirmação “4” alterada e reapresentada.

O item “19” também foi revisado para que a escala de resposta não exigisse opções em sentido contrário as demais afirmações do instrumento. O item “20” foi o único posto sem alteração para nova avaliação do comitê. Ademais, as afirmações “12”, “15”, “18” e “22” foram modificadas de acordo com as observações do painel Delphi e apresentadas novamente.

Cabe salientar que os juízes fizeram contribuições para aproximar os itens à população-meta, sabidamente reconhecida como de menor escolaridade. Para aprimorar as afirmações, além de sugerirem a citação de exemplos, como mencionado previamente, pontuaram a retirada da colocação pronominal ênclise, o emprego de sinônimos e a substituição de nomenclaturas entendidas como de difícil compreensão para os pacientes, como *unidade de internação*, *cuidado* e *lesões de pele*. Em relação a este apontamento, antes

de efetuar as mudanças, optou-se por conhecer o entendimento dos pacientes frente a esses termos.

Os participantes deste primeiro *round* deixaram ainda reflexões acerca da amplitude e da subjetividade dos itens e sobre o quanto a redação da afirmação poderia influenciar a resposta.

Em suma, quatro itens mantiveram-se sem alteração (13, 14, 21 e 24) e quatro foram excluídos (2, 6, 8 e 11) para a versão 2 do instrumento; 13 afirmações obtiveram os IVCs almejados (1, 3, 5, 7, 9, 10, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23) e três não alcançaram o consenso esperado (4, 12, e 22), porém, com exceção do item 20 – único posto para reavaliação sem alteração –, todos esses foram revisados em consonância com as recomendações e reapresentados.

Quanto aos domínios, houve a convergência de opiniões em mais de 90,0% para todos os aspectos julgados, sendo validadas a estrutura – títulos e definições – e a abrangência dos quatro domínios do instrumento elaborado. O propósito de coletar estes dados foi servir de base para consulta posterior, visto que, em momento oportuno, o instrumento passará pela apreciação das suas propriedades psicométricas, entre estas, a validade de construto. Enfatiza-se que não se almeja a divisão do escore por domínios, sugestão de um dos especialistas. A interpretação do instrumento, como descrita na subseção 5.1 *Elaboração do instrumento*, compreende a resposta média de todas as afirmações.

Sobre o título, este foi aprovado pelo painel Delphi (n = 17, 85,0%), entretanto, foi chamada atenção sobre *perspectiva* diferenciar-se de *percepção*. Este comentário foi acolhido e, após revisão, novo título foi exposto para apreciação na segunda rodada.

A aceitação do *layout* foi unânime entre os juízes (n = 20, 100%), o qual foi preservado para as versões subsequentes do instrumento. No entanto, foi recomendada a padronização de maiúsculas ou minúsculas quando descrito *UTI* e *Unidade de Internação*, e os especialistas ainda pontuaram que afirmações longas assim como o instrumento extenso podem gerar respostas não fidedignas.

As instruções sobre como responder os itens também obtiveram a concordância esperada (n = 18, 90,0%), sendo sinalizada a importância de constar no início dessas ao menos uma frase sobre o que será avaliado com o instrumento. A escala de resposta intervalar de zero a 10 foi aprovada por quase todos os participantes (n = 19, 95,0%), contudo, considerou-se a recomendação de facilitar a compreensão da população-alvo e empregar para isto a escala Likert de cinco pontos (1 Discordo muito; 2 Discordo; 3 Não concordo nem discordo; 4 Concordo; 5 Concordo muito). Desta forma, esta escala de resposta e as instruções

modificadas para se ajustarem a essa foram indicadas para nova avaliação do grupo. Já a interpretação do instrumento não atingiu o consenso desejado de 80,0% (n = 15, 75,0%), sendo alterada e apresentada no *round* consecutivo.

A respeito da aplicação do instrumento na prática assistencial, o painel Delphi concordou com as considerações previamente apontadas pelas pesquisadoras e, por conseguinte, ratifica-se que o instrumento deve ser aplicado pelo menos quatro horas antes da transferência para a unidade de internação (n = 17, 85,0%) e é autoaplicável (n = 16, 80,0%), mas, quando necessário, poderá ser aplicado pelo enfermeiro (n = 19, 95,0%).

Contudo, alguns questionamentos para instigar reflexões foram apontados e serão retomados na discussão: se os itens não são geradores de estresse psíquico ao paciente; como envolver o sujeito nesse processo de alta, uma vez que, na realidade de muitas instituições, o paciente é apenas comunicado da decisão tomada pela equipe assistencial; se o instrumento não se tornará mais um papel burocrático sob responsabilidade do enfermeiro; o tempo que será despendido pelo profissional para essa aplicação; e como operacionalizar a orientação dessas informações na alta da UTI.

5.2.2 Resultados obtidos na segunda rodada do painel Delphi

O questionário da segunda rodada contou com 18 questões relacionadas às afirmações, além de contemplar as alterações do título, das instruções sobre como responder os itens, da escala de resposta, da interpretação do instrumento e o *feedback* estatístico do *round* anterior. A Tabela 3 exibe os resultados da segunda rodada do painel Delphi.

Observa-se abaixo que, com exceção do item “6.1”, as afirmações revisadas conquistaram IVCs semelhantes ou maiores em comparação aos da primeira rodada. Todos os participantes (n = 15, IVC 1) concordaram com a clareza e a relevância dos itens “1.1”, “2.1”, “7.1”, “13.1” e “18.1”. Ao passo que sete afirmações (3.1, 5.1, 9.1, 11.1, 12.1, 14.1 e 16.1) alcançaram o consenso desejável de 0,90, e cinco (4.1, 8.1, 10.1, 15.1 e 17.1) os índices esperados maiores ou iguais a 0,80.

Destes, os itens “4.1”, “5.1” e “17.1” foram modificados segundo as observações do painel Delphi, assim como as afirmações que não atingiram IVCs para o critério de clareza adequados (6.1, 8.1 e 15.1), e foram reapresentadas na terceira rodada do estudo.

Em relação ao título, sua alteração foi acolhida pela totalidade do grupo (n = 15, 100%) e foi mantida para as próximas versões do instrumento. Ademais, as instruções, a

escala Likert de cinco pontos (n = 13, 86,7% para ambas) e a nova interpretação (n = 14, 93,3%) obtiveram a concordância esperada. Entretanto, foi sugerida alteração nas opções de resposta (1 *Discordo totalmente*; 2 *Discordo parcialmente*; 3 *Não concordo nem discordo*; 4 *Concordo parcialmente*; 5 *Concordo totalmente*) e questionado sobre o ponto de corte determinado até então.

Ressalva-se que tanto a escala intervalar de zero a 10 (n = 19, 95,0%), avaliada na primeira rodada, como a Likert, tendo em consideração as porcentagens de concordância encontradas, poderiam ser utilizadas. Desta forma, para eleger a escala de resposta, as autoras optaram por considerar a preferência da população-alvo, a qual seria ouvida na próxima etapa do estudo. Em razão disto, como as instruções, o escore final e a interpretação do instrumento moldam-se de acordo com a escala, esses também ficaram a espera da predileção dos pacientes.

5.2.3 Resultados obtidos na terceira rodada do painel Delphi

O formulário do terceiro *round* foi composto por seis questões referentes às afirmações e a apresentação estatística das rodadas precedentes. Identificam-se na Tabela 4 os resultados deste *round* de opiniões, momento em que os itens modificados alcançaram IVCs acima de 0,80 e melhores quando confrontados aos da segunda rodada. Por conseguinte, tais afirmações foram mantidas sem alterações.

Ao final desta etapa, oficializou-se a versão 2 do instrumento (APÊNDICE S) com 22 itens, obtendo-se um IVC do instrumento como um todo de 0,95. Nesta versão, as afirmações foram dispostas em uma nova configuração, uma vez que a segregação por domínios será retomada em trabalho posterior, seguindo uma ordem lógica de avaliação, de informações simples e gerais para dados robustos e específicos.

Tabela 3 – Descrição dos resultados da segunda rodada do painel Delphi (n = 15) e a decisão das pesquisadoras.

	Clareza ^a		Relevância ^b		IVC do item	Decisão
	2 n	IVC do critério	2 n	IVC do critério		
AFIRMAÇÕES						
1.1 Eu sei onde estou.	15	1	15	1	1*	Mantida para versão 2
2.1 Eu sei que dia é hoje e há quantos dias estou aqui.	15	1	15	1	1*	Mantida para versão 2
3.1 Sinto que consigo cuidar das minhas necessidades pessoais sozinho(a) na Unidade de Internação (por exemplo: comer, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).	15	1	14	0,93	0,96*	Mantida para versão 2
4.1 Sinto que estou emocionalmente preparado para ir para a Unidade de Internação (por exemplo: estou disposto, sinto tranquilidade, não estou estressado e/ou ansioso, não sinto medo, receio e/ou insegurança).	14	0,93	13	0,86	0,89	Reapresentada com alteração na 3ª rodada
5.1 Eu me sinto bem, sem dor ou qualquer desconforto.	13	0,86	15	1	0,93	Reapresentada com alteração na 3ª rodada
6.1 Sinto que consigo perceber o que eu posso ou não fazer.	8	0,53	15	1	0,76	Reapresentada com alteração na 3ª rodada
7.1 Eu sei quais são os meus problemas de saúde.	15	1	15	1	1*	Mantida para versão 2
8.1 Eu sei o que os meus problemas de saúde podem causar.	11	0,73	14	0,93	0,83	Reapresentada com alteração na 3ª rodada
9.1 Eu sei qual foi o motivo da minha internação na Unidade de Terapia Intensiva.	15	1	14	0,93	0,96*	Mantida para versão 2
10.1 Eu sei quais foram os cuidados e os equipamentos que precisei na Unidade de Terapia Intensiva.	13	0,86	13	0,86	0,86*	Mantida para versão 2
11.1 Eu sei quais são os remédios que estou tomando hoje (por exemplo: se sigo usando os remédios que uso em casa, ou porque não estou fazendo uso de algum deles, se iniciei algum novo remédio e o porquê).	14	0,93	14	0,93	0,93*	Mantida para versão 2
12.1 Eu sei quais são os cuidados e os equipamentos que precisarei na Unidade de Internação.	15	1	14	0,93	0,96*	Mantida para versão 2
13.1 Eu sei quais os sinais e os sintomas que devo ficar atento(a) para avisar a equipe de saúde na Unidade de Internação (por exemplo: agitação ou sonolência, respiração ofegante ou cansada, ritmo do coração alterado, pele pálida, fria e	15	1	15	1	1*	Mantida para versão 2

pegajosa).						
14.1 Eu sei o que devo fazer para evitar que eu tenha lesões de pele por pressão (feridas) ou quedas na Unidade de Internação.	14	0,93	15	1	0,96*	Mantida para versão 2
15.1 Eu não tenho dúvidas sobre a continuidade do meu tratamento na Unidade de Internação.	11	0,73	14	0,93	0,83	Reapresentada com alteração na 3ª rodada
16.1 Eu participei ou fui envolvido no planejamento da minha alta da Unidade de Terapia Intensiva para a Unidade de Internação.	14	0,93	15	1	0,96*	Mantida para versão 2
17.1 Eu sinto que as minhas preferências foram consideradas nesse processo de alta da Unidade de Terapia Intensiva.	12	0,80	14	0,93	0,86	Reapresentada com alteração na 3ª rodada
18.1 Eu terei algum familiar e/ou amigo para ajudar nas minhas necessidades pessoais na Unidade de Internação (por exemplo: comer, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).	15	1	15	1	1*	Mantida para versão 2
		Porcentagem de concordância				Decisão
		n		%		
19 TÍTULO						
Escala de Preparo para a Alta da Unidade de Terapia Intensiva na Percepção do Paciente	15			100		Mantido
20 INSTRUÇÕES						
Esta escala irá avaliar a sua percepção sobre o seu preparo para a alta da Unidade de Terapia Intensiva. Por favor, assinale a sua concordância, ou discordância, em relação às afirmações abaixo. Por exemplo, se a frase representar totalmente como você se sente, você irá marcar a opção “concordo muito”.	13			86,7		Mantidas para uma avaliação posterior
21 ESCALA DE RESPOSTA						
Escala Likert de cinco pontos (1 Discordo muito; 2 Discordo; 3 Não discordo nem concordo; 4 Concordo; 5 Concordo muito)	13			86,7		Mantidas para uma avaliação posterior
22 INTERPRETAÇÃO						
Preparo muito satisfatório (90,0 a 100% de concordância)						
Preparo satisfatório (80,0 a 80,9% de concordância)						
Preparo pouco satisfatório (70,0 a 70,9% de concordância)	14			93,3		Mantida para uma avaliação posterior
Preparo não satisfatório (< 70,0% de concordância)						

Fonte: ZUCATTI, 2021.

^a1 Não clara, 2 Clara; ^b1 Não relevante, 2 Relevante; *IVC do item considerado para o cálculo do IVC global da versão 2 do instrumento.

Tabela 4 – Descrição dos resultados da terceira rodada do painel Delphi (n = 15) e a decisão das pesquisadoras.

	Clareza ^a		Relevância ^b		IVC do item	Decisão
	2 n	IVC do critério	2 n	IVC do critério		
AFIRMAÇÕES						
1.2 Sinto que estou emocionalmente preparado(a), disposto(a), tranquilo(a), sem medo, receio e/ou insegurança para ir para a Unidade de Internação.	15	1	14	0,93	0,96*	Mantida para versão 2
2.2 Estou sem dor ou qualquer desconforto.	15	1	15	1	1*	Mantida para versão 2
3.2 Sinto que consigo perceber minhas limitações (o que eu posso ou não fazer).	13	0,86	15	1	0,93*	Mantida para versão 2
4.2 Eu sei o que os meus problemas de saúde podem me causar.	13	0,86	14	0,93	0,89*	Mantida para versão 2
5.2 Eu fui esclarecido(a) sobre como será o meu cuidado na Unidade de Internação.	12	0,80	15	1	0,90*	Mantida para versão 2
6.2 Eu sinto que as minhas preferências foram levadas em consideração nesse processo de alta da Unidade de Terapia Intensiva.	13	0,86	14	0,93	0,89*	Mantida para versão 2

Fonte: ZUCATTI, 2021.

^a1 Não clara, 2 Clara; ^b1 Não relevante, 2 Relevante; *IVC do item considerado para o cálculo do IVC global da versão 2 do instrumento.

5.3 Pré-teste

Para a análise semântica do instrumento, a população-meta foi questionada quanto à clareza das afirmações e a sua preferência frente às escalas de resposta. Retrata-se na Tabela 5 a caracterização dos 30 pacientes incluídos nesta etapa.

Tabela 5 – Caracterização dos participantes do pré-teste (n = 30).

Variáveis	n (%)
Características sociodemográficas e clínicas	
Sexo	
Masculino	16 (53,3)
Idade (em anos)^a	47,7 ± 11,5
Estado civil	
Solteiro(a)	17 (56,7)
Casado(a)	11 (36,7)
Divorciado(a)	1 (3,3)
Viúvo(a)	1 (3,3)
Escolaridade	
Ensino fundamental	13 (43,3)
Ensino médio	11 (36,7)
Ensino superior	6 (20,0)
Morbidades (questão de múltipla escolha)	
Hipertensão arterial sistêmica	11 (36,7)
Diabetes <i>mellitus</i>	8 (26,7)
Obesidade	6 (20,0)
Ex-tabagista/tabagista ativo	4 (13,3)
Ansiedade, depressão, transtorno bipolar	3 (10,0)
Acidente vascular encefálico	2 (6,7)
Doença renal	2 (6,7)
Ex-etilista/etilista ativo	2 (6,7)
Insuficiência cardíaca congestiva	2 (6,7)
Outras	9 (30,0)
Características clínicas da internação na UTI	
Tipo de internação	
Clínica	24 (80,0)
Cirúrgica	6 (20,0)
Motivo da internação (questão de múltipla escolha)	
COVID-19	15 (50,0)
Pós-operatório imediato	6 (20,0)
Sepse/choque séptico	6 (20,0)
Insuficiência respiratória aguda	4 (13,3)
Choque cardiogênico	2 (6,7)
Outros	5 (16,7)
SAPS 3^a	61,7 ± 14,4
Uso de analgossedação endovenosa contínua	29 (96,7)
Diagnóstico de <i>delirium</i>	5 (16,7)
Necessidade de ventilação mecânica invasiva	28 (93,3)
Tempo de ventilação mecânica invasiva (em dias)^b	9,0 (4,2 – 17,0)
Uso de drogas vasoativas	22 (73,3)
Necessidade de terapia renal substitutiva	5 (16,7)
Tempo de internação na UTI (em dias)^b	11,5 (8,7 – 17,2)
Dispositivos presentes na alta da UTI (questão de múltipla escolha)	
Cateter venoso central	24 (80,0)
Terapia de oxigenação suplementar	23 (76,7)

Sonda nasogástrica/nasoentérica	14 (46,7)
Sonda vesical de demora	13 (43,3)
Cateter venoso periférico	5 (16,7)
Traqueostomia	5 (16,7)
Cateter para hemodiálise	3 (10,0)
Drenos	3 (10,0)
Válvula fonatória	2 (6,7)
Outros	2 (6,7)

Fonte: ZUCATTI, 2021.

^aMédia \pm desvio padrão; ^bMediana (P25 – P75).

Algumas ressalvas: ratifica-se a baixa escolaridade esperada para a população a qual o instrumento se destina; metade da amostra ($n = 15$) foi acometida pela COVID-19, o que confirma a conjuntura vivenciada atualmente; 20% dos pacientes ($n = 6$) eram previamente hígidos; apenas um deles (3,3%) teve outra internação na UTI no último ano; e grande parte dos dispositivos não foram descontinuados antes da transferência para a unidade de internação.

A seguir, na Tabela 6 apresenta-se o entendimento da população-alvo em relação aos itens formulados até então.

Tabela 6 – Descrição dos resultados do pré-teste (n = 30) e a decisão das pesquisadoras.

	Porcentagem de concordância						Decisão
	Não entendi		Entendi mais ou menos		Entendi		
	n	%	n	%	n	%	
AFIRMAÇÕES							
1.3 Eu sei onde estou.	0	0,0	0	0,0	30	100	Mantida para versão 3
2.3 Eu sei que dia é hoje e há quantos dias estou aqui.	0	0,0	0	0,0	30	100	Mantida para versão 3
3.3 Estou sem dor ou qualquer desconforto.	0	0,0	0	0,0	30	100	Reapresentada com alteração na 4ª rodada
4.3 Eu sei quais são os meus problemas de saúde.	0	0,0	0	0,0	30	100	Mantida para versão 3
5.3 Eu sei o que os meus problemas de saúde podem me causar.	0	0,0	0	0,0	30	100	Mantida para versão 3
6.3 Eu sei qual foi o motivo da minha internação na Unidade de Terapia Intensiva.	0	0,0	0	0,0	30	100	Reapresentada com alteração na 4ª rodada
7.3 Sinto que consigo cuidar das minhas necessidades pessoais sozinho(a) na Unidade de Internação (por exemplo: comer, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).	0	0,0	0	0,0	30	100	Reapresentada com alteração na 4ª rodada
8.3 Sinto que estou emocionalmente preparado(a), disposto(a), tranquilo(a), sem medo, receio e/ou insegurança para ir para a Unidade de Internação.	0	0,0	0	0,0	30	100	Reapresentada com alteração na 4ª rodada
9.3 Sinto que consigo perceber minhas limitações (o que eu posso ou não fazer).	1	3,3	1	3,3	28	93,3	Mantida para versão 3
10.3 Eu sei quais foram os cuidados e os equipamentos que precisei na Unidade de Terapia Intensiva.	2	6,7	5	16,7	23	76,7	Excluída
11.3 Eu participei ou fui envolvido(a) no planejamento da minha alta da Unidade de Terapia Intensiva para a Unidade de Internação.	1	3,3	11	36,7	18	60,0	Excluída
12.3 Eu fui orientado(a) sobre minha transferência para a Unidade de Internação.	0	0,0	0	0,0	30	100	Reapresentada com alteração na 4ª rodada
13.3 Eu sinto que as minhas preferências foram levadas em consideração nesse processo de alta da Unidade de Terapia Intensiva.	9	30,0	8	26,7	13	43,3	Excluída
14.3 Eu fui esclarecido(a) sobre como será o meu cuidado na Unidade de Internação.	0	0,0	6	20,0	24	80,0	Reapresentada com alteração na 4ª rodada
15.3 Eu sei quais são os cuidados e os equipamentos que precisarei na Unidade de Internação.	3	10,0	10	33,3	17	56,7	Excluída

16.3 Eu sei o significado desta(s) pulseira(s) (na cor branca, amarela e/ou vermelha) que está(ão) em mim hoje.	0	0,0	0	0,0	30	100	Reapresentada com alteração na 4ª rodada
17.3 Eu sei para o que servem estes dispositivos que estão em mim hoje (por exemplo: cateter de oxigênio, traqueostomia, válvula de fala, sonda para alimentação, estomia, sonda para auxiliar na eliminação da urina, cateter para administração de medicamentos).	0	0,0	0	0,0	30	100	Reapresentada com alteração na 4ª rodada
18.3 Eu sei quais são os remédios que estou tomando hoje (por exemplo: se sigo usando os remédios que uso em casa, ou porque não estou fazendo uso de algum deles, se iniciei algum novo remédio e o porquê).	0	0,0	3	10,0	27	90,0	Reapresentada com alteração na 4ª rodada
19.3 Eu sei quais os sinais e os sintomas que devo ficar atento(a) para avisar a equipe de saúde na Unidade de Internação (por exemplo: agitação ou sonolência, respiração ofegante ou cansada, ritmo do coração alterado, pele pálida, fria e pegajosa).	0	0,0	0	0,0	30	100	Reapresentada com alteração na 4ª rodada
20.3 Eu sei o que devo fazer para evitar que eu tenha lesões de pele por pressão (feridas) ou quedas na Unidade de Internação.	16	53,3	5	16,7	9	30,0	Reapresentada com alteração na 4ª rodada
21.3 Eu terei algum familiar e/ou amigo para ajudar nas minhas necessidades pessoais na Unidade de Internação (por exemplo: comer, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).	-	-	-	-	30	100	Reapresentada com alteração na 4ª rodada
22.3 Eu terei apoio emocional de algum familiar e/ou amigo na Unidade de Internação.	-	-	-	-	30	100	Reapresentada com alteração na 4ª rodada

Fonte: ZUCATTI, 2021.

Identifica-se que, das 22 afirmações apreciadas no pré-teste, 17 itens alcançaram o consenso esperado para julgá-los claros à população-alvo: todos os participantes (n = 30, 100%) concordaram com a clareza das afirmações “1.3”, “2.3”, “3.3”, “4.3”, “5.3”, “6.3”, “7.3”, “8.3”, “12.3”, “16.3”, “17.3”, “19.3”, “21.3” e “22.3”; além disso, 90,0% ou mais entenderam os itens “9.3” (n = 28) e “18.3” (n = 27); e 80,0% (n = 24), a afirmação “14.3”.

No decorrer da coleta de dados, na aplicação do instrumento – que consumiu em média 10 minutos – e no momento subsequente reservado para discussão com os sujeitos sobre o entendimento dos itens, algumas impressões foram apreendidas, entre essas: os pacientes reconhecem unidade de internação como *andar* ou *enfermaria*, mas, sobretudo, como *quarto*; e os exemplos dos itens “16.3”, “17.3” e “19.3” podem influenciar uma resposta.

Em virtude de ponderações como as acima descritas, 12 afirmações (3.3, 6.3, 7.3, 8.3, 12.3, 14.3, 16.3, 17.3, 18.3, 19.3, 21.3 e 22.3), mesmo com os percentuais de clareza adequados, foram alteradas e reapresentadas aos juízes na quarta rodada do painel Delphi. Assim, apenas cinco itens (1.3, 2.3, 4.3, 5.3, 9.3) mantiveram-se sem modificações para versão 3 do instrumento.

Entretanto, salienta-se que, nos diálogos com a população-alvo, incertezas foram geradas em relação à relevância da afirmação “5.3”. Questiona-se se no contexto de alta da UTI o indivíduo efetivamente tem condições de ter conhecimento ou ser esclarecido sobre a amplitude da informação “*o que os meus problemas de saúde podem me causar*”, por consequência, tal observação e o item foram apresentados para reavaliação quanto a real influência para o construto avaliado e à permanência na versão final da escala.

Além do exposto, cinco afirmações (10.3, 11.3, 13.3, 15.3 e 20.3) não obtiveram o consenso almejado. À exceção do item “20.3”, essas foram excluídas e serão discutidas em seção posterior. A afirmação “*20.3 Eu sei o que devo fazer para evitar que eu tenha lesões de pele por pressão (feridas) ou quedas na Unidade de Internação*” foi a mais problemática, clara apenas para 30,0% (n = 9) dos pacientes, e, tendo em mente o percentual esperado, deveria ser excluída. Entre a minoria que entendeu o item, alguns identificavam ainda o termo *escara*.

A grande dificuldade dessa afirmação relacionou-se ao conceito *lesões por pressão*. Os pacientes fizeram associações com alterações na pressão arterial, com impactos às grades do leito ou quedas e com atividades realizadas sob pressão. Para clarificar a afirmação, exemplificou-se a nomenclatura utilizada como *feridas na pele por ficar muito tempo na mesma posição*, expressão compreendida por todos os indivíduos.

Desta forma, as pesquisadoras julgaram necessário o ajuste em detrimento a exclusão do item. Além do mais, por acreditarem que os pacientes devem reconhecer medidas de prevenção tanto para lesão por pressão quanto para queda, uma nova afirmação foi introduzida, e os dois itens expostos para avaliação dos especialistas.

Posto isto, após as adequações necessárias, incluindo uma nova ordem de apresentação dos itens, considerada pelas pesquisadoras como mais congruente à população-alvo, formalizou-se a versão 3 do instrumento (APÊNDICE T) com 19 afirmações.

Quanto à escala de resposta, houve uma tendência entre a população-meta pela predileção da Likert (n = 20, 66,7%), já aprovada pelo comitê na segunda rodada do estudo, logo, os itens serão avaliados por meio de uma escala Likert de cinco pontos (1 Discordo totalmente; 2 Discordo parcialmente; 3 Não concordo nem discordo; 4 Concordo parcialmente; 5 Concordo totalmente).

À vista disso, as opções de respostas receberão pontuações, a saber: Discordo totalmente = 1; Discordo parcialmente = 2; Concordo parcialmente = 3; e Concordo totalmente = 4. A alternativa neutra não contribuirá para o escore final. O qual será calculado como a média dos itens respondidos, isto é, aqueles assinalados na opção “Não concordo nem discordo” não serão computados. A partir deste resultado, para transformação do escore em um número “amigável” entre zero a 100, será empregada uma fórmula (*média dos itens respondidos* – $1 / 3 \times 100 =$).

A interpretação da escala por ora não prevê um ponto de corte, como pensado inicialmente e questionado pelo comitê. Pontuações mais baixas indicarão um preparo não satisfatório, ao passo que pontuações mais altas, próximas do escore 100, um preparo satisfatório na percepção do paciente.

5.4 Validação de conteúdo: resultados obtidos na quarta rodada do painel Delphi

Diante dos dados expostos anteriormente, como foram feitas alterações significativas nas afirmações e no instrumento em geral, o comitê de especialistas foi novamente convidado para validação de conteúdo. A caracterização dos participantes deste último *round* foi descrita na subseção 5.2 *Validação de conteúdo*.

Nesta rodada, a versão 3 do instrumento foi apresentada para avaliação do painel Delphi junto ao *feedback* estatístico da etapa antecedente com a população-meta. Na Tabela 7, encontram-se os IVCs das afirmações e as porcentagens de concordância relativas ao título,

ao formato, às instruções sobre como responder os itens, à escala de resposta e à interpretação do instrumento e a decisão das pesquisadoras perante os resultados.

No que concerne aos itens, nove (2.4, 5.4, 7.4, 9.4, 12.4, 13.4, 15.4, 16.4 e 17.4) foram aprovados por todos os respondentes ($n = 12$, IVC 1), sete (1.4, 3.4, 6.4, 8.4, 10.4, 14.4 e 18.4) obtiveram o índice desejável de 0,90 e dois (11.4 e 19.4) o esperado de 0,80. A afirmação “4.4 *Eu sei o que os meus problemas de saúde podem me causar*” não atingiu consenso entre os juízes para o critério de relevância, sendo então excluída. Uma síntese do processo de elaboração, validação e avaliação semântica das afirmações no decorrer do estudo é apresentada, logo abaixo, no Quadro 2.

Ao término deste quarto e último *round*, validou-se a versão 4 (APÊNDICE U) com 18 afirmações e um IVC global de 0,96. Além disso, os demais aspectos apreciados conquistaram taxas de concordância acima de 90,0% e foram mantidos para o instrumento final. É feito um único apontamento: conforme sugestão, acrescentou-se a palavra *avaliação* ao título, o que se acredita não acarretar prejuízo à validade já alcançada. Por conseguinte, o instrumento intitula-se *Escala de avaliação do Preparo para a Alta da unidade de Terapia Intensiva na Percepção do Paciente* e poderá ser reportado também pelo acrônimo PrATI-PP.

Tabela 7 – Descrição dos resultados da quarta rodada do painel Delphi (n = 12) e a decisão das pesquisadoras.

	Clareza ^a		Relevância ^b		IVC do item	Decisão
	2 n	IVC do critério	2 n	IVC do critério		
AFIRMAÇÕES						
1.4 Eu sei onde estou.	12	1	11	0,91	0,95	Mantida para versão 4
2.4 Eu sei que dia é hoje e há quantos dias estou aqui.	12	1	12	1	1	Mantida para versão 4
3.4 Eu sei quais são os meus problemas de saúde.	12	1	11	0,91	0,95	Mantida para versão 4
4.4 Eu sei o que os meus problemas de saúde podem me causar.	11	0,91	8	0,66	0,78	Excluída
5.4 Eu sei qual foi o motivo da minha internação na UTI.	12	1	12	1	1	Mantida para versão 4
6.4 Eu fui orientado(a) sobre minha alta da UTI e a transferência para o quarto.	12	1	11	0,91	0,95	Mantida para versão 4
7.4 Estou sem dor ou desconforto.	12	1	12	1	1	Mantida para versão 4
8.4 Sinto que estou emocionalmente preparado(a) para ir para o quarto (por exemplo: disposto(a), tranquilo(a), sem medo, receio ou insegurança).	12	1	11	0,91	0,95	Mantida para versão 4
9.4 Sinto que consigo cuidar das minhas necessidades pessoais sozinho(a) no quarto (por exemplo: comer, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).	12	1	12	1	1	Mantida para versão 4
10.4 Sinto que consigo perceber minhas limitações (o que eu posso ou não fazer).	10	0,83	12	1	0,91	Mantida para versão 4
11.4 Eu fui esclarecido(a) sobre como será a próxima etapa do meu cuidado no quarto.	11	0,91	10	0,83	0,87	Mantida para versão 4
12.4 Eu sei o significado desta(s) pulseira(s) que está(ão) em mim hoje.	12	1	12	1	1	Mantida para versão 4
13.4 Eu sei para o que servem estes dispositivos que estão em mim hoje.	12	1	12	1	1	Mantida para versão 4
14.4 Eu sei quais são os remédios que estou tomando hoje (por exemplo: se iniciei algum novo remédio e o porquê, se sigo usando os remédios que usava em casa, ou porque não estou fazendo uso de algum deles).	11	0,91	12	1	0,95	Mantida para versão 4
15.4 Eu sei quais os sinais e os sintomas que devo ficar atento(a) para avisar a equipe de saúde no quarto.	12	1	12	1	1	Mantida para versão 4
16.4 Eu sei o que devo fazer para evitar que eu tenha lesões por pressão (feridas na pele por ficar muito tempo na mesma posição).	12	1	12	1	1	Mantida para versão 4

17.4 Eu sei o que devo fazer para evitar que eu tenha quedas.	12	1	12	1	1	Mantida para versão 4
18.4 Eu terei algum acompanhante no quarto para ajudar nas minhas necessidades pessoais (por exemplo: comer, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).	12	1	11	0,91	0,95	Mantida para versão 4
19.4 Eu terei apoio emocional de algum familiar ou amigo(a) após a alta da UTI.	11	0,91	10	0,83	0,87	Mantida para versão 4
		Porcentagem de concordância				Decisão
		n		%		
19 TÍTULO Escala de Preparo para a Alta da unidade de Terapia Intensiva na Percepção do Paciente	11			91,7		Alterado e mantido
20 ORDEM DAS AFIRMAÇÕES <i>Vide APÊNDICE U</i>	12			100		Mantida
21 LAYOUT <i>Vide APÊNDICE U</i>	12			100		Mantido
22 INSTRUÇÕES <ul style="list-style-type: none"> Esta escala irá avaliar a sua percepção sobre você estar preparado para a alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Por favor, assinale o quanto você concorda, ou discorda, com a frase. Por exemplo, se a afirmação representar totalmente como você se sente, você irá marcar a opção “Concordo totalmente”; Instruções para o cálculo do escore total (<i>vide APÊNDICE U</i>). 	12			100		Mantidas
23 ESCALA DE RESPOSTA Escala Likert de cinco pontos (1 Discordo totalmente; 2 Discordo parcialmente; 3 Não concordo nem discordo; 4 Concordo parcialmente; 5 Concordo totalmente)	11			91,7		Mantida
24 INTERPRETAÇÃO Pontuações mais baixas indicam um preparo não satisfatório, ao passo que pontuações mais altas, próximas do escore 100, um preparo satisfatório.	12			100		Mantida

Fonte: ZUCATTI, 2021.

^a1 Não clara, 2 Clara; ^b1 Não relevante, 2 Relevante.

Quadro 2 – Processo de elaboração, validação e avaliação semântica das afirmações no decorrer do estudo.

	PAINEL DELPHI 1ª RODADA	PAINEL DELPHI 2ª RODADA	PAINEL DELPHI 3ª RODADA	PRÉ-TESTE	PAINEL DELPHI 4ª RODADA	
	VERSÃO 2			VERSÃO 3	VERSÃO 4	
VERSÃO 1	1. Eu sei onde estou, que dia é hoje e há quantos dias estou internado(a) aqui.	1. Eu sei onde estou. (1.1; 1.3; 1.4)				
		2. Eu sei que dia é hoje e há quantos dias estou aqui. (2.1; 2.3; 2.4)				
	2. Sinto-me em condições físicas para ir para a Unidade de Internação.					
	3. Sinto-me capaz de cuidar das minhas necessidades pessoais sozinho(a) (por exemplo: alimentar-me, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).	Sinto que consigo cuidar das minhas necessidades pessoais sozinho(a) na Unidade de Internação (por exemplo: comer, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal). (3.1; 7.3)			8. Sinto que consigo cuidar das minhas necessidades pessoais sozinho(a) no quarto (por exemplo: comer, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal). (9.4)	
	4. Sinto-me em condições emocionais para ir para a Unidade de Internação.	Sinto que estou emocionalmente preparado para ir para a Unidade de Internação (por exemplo: estou disposto, sinto tranquilidade, não estou estressado e/ou ansioso, não sinto medo, receio e/ou insegurança). (4.1)	Sinto que estou emocionalmente preparado(a), disposto(a), tranquilo(a), sem medo, receio e/ou insegurança para ir para a Unidade de Internação. (1.2; 8.3)		7. Sinto que estou emocionalmente preparado(a) para ir para o quarto (por exemplo: disposto(a), tranquilo(a), sem medo, receio ou insegurança). (8.4)	
	5. Sinto dor e/ou desconforto hoje.	Eu me sinto bem, sem dor ou qualquer desconforto. (5.1)	Estou sem dor ou qualquer desconforto. (2.2; 3.3)		6. Estou sem dor ou desconforto. (7.4)	
	6. Sinto-me estressado(a) e/ou ansioso(a) hoje.					
	7. Sinto-me capaz de identificar minhas limitações (o que eu posso ou não fazer) hoje.	Sinto que consigo perceber o que eu posso ou não fazer. (6.1)		9. Sinto que consigo perceber minhas limitações (o que eu posso ou não fazer). (3.2; 9.3; 10.4)		
	8. Estou me sentindo seguro(a) com a alta da Unidade de Terapia Intensiva.					
	9. Eu sei quais são os meus problemas de saúde e o	3. Eu sei quais são os meus problemas de saúde. (7.1; 4.3; 3.4)				
	Eu sei o que os meus	Eu sei o que os meus problemas de saúde podem me causar. (4.2; 5.3; 4.4)				

que estes podem causar.	problemas de saúde podem causar. (8.1)	
10. Eu sei qual foi o motivo que me trouxe à Unidade de Terapia Intensiva.	Eu sei qual foi o motivo da minha internação na Unidade de Terapia Intensiva. (9.1; 6.3)	4. Eu sei qual foi o motivo da minha internação na UTI. (5.4)
11. Eu sei quais foram os profissionais envolvidos em meu cuidado (por exemplo: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, farmacêutico, psicólogo, dentista e/ou assistente social) e seus papéis em meu tratamento na Unidade de Terapia Intensiva.		
12. Eu sei quais foram os cuidados e os equipamentos da Unidade de Terapia Intensiva que precisei até aqui.	Eu sei quais foram os cuidados e os equipamentos que precisei na Unidade de Terapia Intensiva. (10.1; 10.3)	
13. Eu sei para o que servem estes dispositivos que estão em mim hoje (por exemplo: cateter de oxigênio, traqueostomia, válvula de fala, sonda para alimentação, estomia, sonda para auxiliar na eliminação da urina, cateter para administração de medicamentos). (17.3)	12. Eu sei para o que servem estes dispositivos que estão em mim hoje. (13.4)	
14. Eu sei o significado destas pulseiras (na cor branca, amarela e/ou vermelha) que estão em mim hoje.	Eu sei o significado desta(s) pulseira(s) (na cor branca, amarela e/ou vermelha) que está(ão) em mim hoje. (16.3)	11. Eu sei o significado desta(s) pulseira(s) que está(ão) em mim hoje. (12.4)
15. Eu sei quais são os medicamentos que estou tomando hoje (por exemplo: se sigo usando minhas medicações de uso contínuo, ou porque não estou fazendo uso de alguma delas, se iniciei algum novo medicamento e o porquê).	Eu sei quais são os remédios que estou tomando hoje (por exemplo: se sigo usando os remédios que uso em casa, ou porque não estou fazendo uso de algum deles, se iniciei algum novo remédio e o porquê). (11.1; 18.3)	13. Eu sei quais são os remédios que estou tomando hoje (por exemplo: se iniciei algum novo remédio e o porquê, se sigo usando os remédios que usava em casa, ou porque não estou fazendo uso de algum deles). (14.4)

16. Eu sei quais profissionais cuidarão de mim a partir de hoje e os cuidados e os equipamentos que precisarei na Unidade de Internação.	Eu sei quais são os cuidados e os equipamentos que precisarei na Unidade de Internação. (12.1; 15.3)		
17. Eu sei quais os sinais e os sintomas que devo ficar atento(a) e avisar a equipe de saúde na Unidade de Internação (por exemplo: agitação ou sonolência, respiração ofegante ou cansada, ritmo do coração alterado, pele pálida, fria e pegajosa).	Eu sei quais os sinais e os sintomas que devo ficar atento(a) para avisar a equipe de saúde na Unidade de Internação (por exemplo: agitação ou sonolência, respiração ofegante ou cansada, ritmo do coração alterado, pele pálida, fria e pegajosa). (13.1; 19.3)		14. Eu sei quais os sinais e os sintomas que devo ficar atento(a) para avisar a equipe de saúde no quarto. (15.4)
18. Eu entendo que posso contribuir na prevenção de lesões de pele e de quedas na Unidade de Internação.	Eu sei o que devo fazer para evitar que eu tenha lesões de pele por pressão (feridas) ou quedas na Unidade de Internação. (14.1; 20.3)		15. Eu sei o que devo fazer para evitar que eu tenha lesões por pressão (feridas na pele por ficar muito tempo na mesma posição). (16.4) 16. Eu sei o que devo fazer para evitar que eu tenha quedas. (17.4)
19. Eu tenho dúvidas sobre a continuidade do meu tratamento na Unidade de Internação.	Eu não tenho dúvidas sobre a continuidade do meu tratamento na Unidade de Internação. (15.1)	Eu fui esclarecido(a) sobre como será o meu cuidado na Unidade de Internação. (5.2; 14.3)	10. Eu fui esclarecido(a) sobre como será a próxima etapa do meu cuidado no quarto. (11.4)
20. Eu participei ou fui envolvido no planejamento da minha alta da Unidade de Terapia Intensiva para a Unidade de Internação.	Eu participei ou fui envolvido no planejamento da minha alta da Unidade de Terapia Intensiva para a Unidade de Internação. (16.1; 11.3)		
21. Eu fui orientado(a) sobre minha transferência para a Unidade de Internação. (12.3)			5. Eu fui orientado(a) sobre minha alta da UTI e a transferência para o quarto. (6.4)
22. Eu sinto que as minhas preferências foram preservadas nesse processo de alta da Unidade de Terapia Intensiva.	Eu sinto que as minhas preferências foram consideradas nesse processo de alta da Unidade de Terapia Intensiva. (17.1)	Eu sinto que as minhas preferências foram levadas em consideração nesse processo de alta da Unidade de Terapia Intensiva. (6.2; 13.3)	
23. Eu terei algum familiar e/ou amigo para ajudar	Eu terei algum familiar e/ou amigo para ajudar nas minhas necessidades pessoais na Unidade de Internação (por exemplo:		17. Eu terei algum acompanhante no quarto para ajudar nas minhas necessidades pessoais (por exemplo: comer, caminhar, ir

	nas minhas necessidades pessoais na Unidade de Internação (por exemplo: alimentar-me, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).	comer, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal). (18.1; 21.3)	ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal). (18.4)
	24. Eu terei apoio emocional de algum familiar e/ou amigo na Unidade de Internação. (22.3)		18. Eu terei apoio emocional de algum familiar ou amigo(a) após a alta da UTI. (19.4)

Fonte: ZUCATTI, 2021.

Em vermelho: afirmações excluídas no decorrer do estudo; Em verde: afirmações incluídas na versão 4; Numeração entre parênteses ao final da afirmação: correspondente às descritas nas Tabelas 3, 4, 6 e 7.

6 DISCUSSÃO

Este trabalho introduz no contexto brasileiro o construto preparo para a alta da UTI – que se remete à capacidade dos pacientes reconhecerem-se preparados, ou não, para a alta, isto é, julgarem seu estado imediato e suas competências para gerenciar as necessidades de cuidado na unidade de internação –, e a possibilidade de medi-lo por meio de uma ferramenta padronizada.

De modo geral, as recomendações para a elaboração de instrumentos (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015) e a utilização da técnica Delphi foram atendidos (GIOVINAZZO, 2001; SCARPARO *et al.*, 2012). Para enriquecer essa construção, convidaram-se profissionais da equipe multiprofissional, tendo em mente que o construto requer sua avaliação (WEISS *et al.*, 2015; HARRISON *et al.*, 2016; SIQUEIRA; VILA; WEISS, 2018), e indivíduos aos quais o instrumento se destina.

Sobre o uso da estratégia de coleta de dados, a disponibilidade dos especialistas em participar do painel Delphi e a morosidade na devolução do material no período estabelecido estão entre as limitações apontadas por Revorêdo e colaboradores (2015). Essas desvantagens foram identificadas, em especial, no primeiro *round*, com um índice de abstenção de 37,5% e uma duração de 35 dias, sendo atenuadas ao longo do estudo e menos preocupantes quando comparadas a outras pesquisas.

Em um painel Delphi no Brasil, em que 216 enfermeiros foram convidados a analisar os aspectos necessários para um atendimento amigo do idoso nos serviços de emergência, apenas 72 respondentes contribuíram com a primeira rodada, encerrada após 48 dias (SANTOS; LIMA; ZUCATTI, 2016). Assim como, o nível de abstenção também chamou a atenção em um estudo que analisou a opinião dos enfermeiros sobre a atividade de classificação de risco nos serviços de urgência. Foram convidados 476 indivíduos, mas somente 179 formalizaram a intenção de colaborar (DURO; LIMA; WEBER, 2017). Em contrapartida, em um trabalho no Canadá, autores contaram com 13 especialistas no decorrer de três *rounds* até a identificação de 63 elementos essenciais para uma nota de transferência de cuidados intensivos (GROOD *et al.*, 2019).

Acerca da validação da escala, um trabalho denso e dialógico entre as pesquisadoras e o comitê de especialistas, resultou na compreensão das dimensões do construto a serem operacionalizadas em uma medida padronizada. O conteúdo do novo instrumento, em consonância com o preconizado na literatura (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015), alcançou IVC global de 0,96 e está adequado para avaliar o preparo para a alta da UTI na

percepção de indivíduos adultos que vivenciam a transição para as unidades de internação cirúrgica ou clínica.

Conforme supra apresentado, para a elaboração da primeira versão recorreu-se à extensa revisão da literatura sobre a transição do cuidado na alta da UTI, em especial, revisões de escopo (STELFOX *et al.*, 2015; HERVÉ; ZUCATTI; LIMA, 2020), isto porque se acredita que a prontidão para a alta na percepção do paciente está atrelada à condução desse momento, em outras palavras, infere-se que a adoção de estratégias e ferramentas adequadas exerce potencial impacto positivo na autopercepção do indivíduo quanto ao seu preparo.

Entretanto, o encadeamento entre terapia intensiva e enfermaria geral é frágil. São incomuns as unidades hospitalares que possuem uma política de transição do cuidado ou diretrizes escritas para o processo de alta da UTI, as iniciativas concentram-se em práticas isoladas para melhoria desse *continuum* (HERVÉ; ZUCATTI; LIMA, 2020). O que vem ao encontro do já relatado por trabalhadores holandeses: a alta do cuidado intensivo é merecedora de um olhar mais apurado da gestão (SLUISVELD *et al.*, 2017a).

Além disso, o foco de grande parte das pesquisas tem sido a execução e o acompanhamento após a transferência, uma menor parcela preocupa-se com ações desenvolvidas antecipadamente a essa ocasião, como o planejamento das necessidades individuais, a avaliação da prontidão para a alta e o preparo dos envolvidos (paciente e família) (HERVÉ; ZUCATTI; LIMA, 2020).

Do mesmo modo, chama atenção, em recente mapeamento sobre o tema, que dos 37 artigos incluídos apenas um foi desenvolvido no Brasil (HERVÉ; ZUCATTI; LIMA, 2020). A vulnerabilidade intrínseca a esse processo e essa carência de publicações nacionais retratam o longo caminho a ser percorrido para que uma cultura de valorização do processo de transição do cuidado na alta da UTI, mencionada por pesquisadores canadenses (GROOD *et al.*, 2018), seja internalizada nas instituições brasileiras. Em razão dessas evidências, pode-se justificar a exclusão dos itens mais problemáticos para os especialistas e para a população-alvo.

Na versão inicial, a afirmação “*Eu sei quais foram os profissionais envolvidos em meu cuidado (por exemplo: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, farmacêutico, psicólogo, dentista e/ou assistente social) e seus papéis em meu tratamento na Unidade de Terapia Intensiva*” não obteve a aprovação dos juízes. Além de extensa, entendeu-se que entre os profissionais mencionados, alguns não têm interação direta ou interagem menos com o paciente, o que geraria confusão e respostas não fidedignas. Ademais,

discernir o papel de cada membro da equipe multiprofissional exigiria muita orientação de um indivíduo sabidamente em uma situação vulnerável com outras prioridades de informação.

Com essa exclusão e as argumentações dos especialistas, alterou-se ainda o item “*Eu sei quais profissionais cuidarão de mim a partir de hoje e os cuidados e os equipamentos que precisarei na Unidade de Internação*”, suprimindo sua parte inicial. Embora, o contato prévio da equipe receptora com o paciente (HÄGGSTRÖM; BÄCKSTRÖM, 2014; STELFOX *et al.*, 2017) e a transferência de cuidados à beira leito (GRAAN *et al.*, 2016; STELFOX *et al.*, 2017, GROOD *et al.*, 2018; POWELL *et al.*, 2020) sejam estratégias favoráveis à transição do cuidado na alta da terapia intensiva e já relatadas em outros países, como na Suécia, no Canadá e na Austrália (HERVÉ; ZUCATTI; LIMA, 2020).

Essa última afirmação, mesmo alterada para a versão 2 – “*Eu sei quais são os cuidados e os equipamentos que precisarei na Unidade de Internação*” –, não alcançou a compreensão da população-meta. Igualmente, o item “*Eu sei quais foram os cuidados e os equipamentos que precisei na Unidade de Terapia Intensiva*” não foi claro para os pacientes. Diante do resultado, a pertinência dessas afirmações para o julgamento do paciente sobre sua prontidão para a alta da UTI foi revista, atentando-se ainda a construção de um instrumento medianamente extenso com vistas ao menor tempo para sua aplicação.

Na segunda versão, o entendimento das afirmações “*Eu participei ou fui envolvido(a) no planejamento da minha alta da Unidade de Terapia Intensiva para a Unidade de Internação*” e “*Eu sinto que as minhas preferências foram levadas em consideração nesse processo de alta da Unidade de Terapia Intensiva*” também foi controverso entre a população-alvo.

A despeito de que envolver todos os interessados (profissional, paciente e família) (HOFFMAN *et al.*, 2017; GROOD *et al.*, 2018) e aproximar o indivíduo ao seu processo de alta da UTI – compartilhando as informações necessárias, esclarecendo as possíveis dúvidas de forma respeitosa e, quando oportuno, favorecendo o controle de seu próprio cuidado (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013; COGNET; COYER, 2014; HÄGGSTRÖM; ASPLUND; KRISTIANSEN, 2014; HÄGGSTRÖM; BÄCKSTRÖM, 2014; LI *et al.*, 2015; STELFOX *et al.*, 2015; BOYD *et al.*, 2018; VINCENT, 2019) – sejam práticas indicadas na literatura como facilitadoras do planejamento e da execução da alta, gerando satisfação e redução do estresse e da ansiedade dos pacientes e seus principais cuidadores (STELFOX *et al.*, 2015; HERVÉ; ZUCATTI; LIMA, 2020).

Em uma pesquisa qualitativa, familiares dinamarqueses e holandeses notaram a importância do conteúdo e da forma que as informações são repassadas a eles, assim como de ter a oportunidade de manifestar as preferências do paciente e a situação familiar. Também descreveram adversidades relacionadas à alta da UTI, como a redução de monitoramento e a perda de informações, e muitos sentiram que a transferência do seu ente querido para uma enfermaria geral foi precoce (ÅGÅRD *et al.*, 2019). Posto isso, depreende-se que as afirmações não atingiriam o consenso almejado em virtude de tais estratégias não estarem consolidadas na prática assistencial do contexto brasileiro. Por conseguinte, abordá-las entre os itens poderia manipular escores negativos relativos à autopercepção do preparo do paciente para a alta de forma equivocada.

Ademais, no âmbito da pesquisa, uma revisão narrativa contemporânea trouxe à tona o desafio em medicina intensiva de incluir pacientes e familiares na determinação dos desfechos a serem investigados, embora sejam os maiores interessados. A troca de um “modelo paternalista”, médico decisório, para um “modelo de compartilhamento” das decisões com o indivíduo está entre as barreiras para essa implementação (TEIXEIRA; KERN; ROSA, 2021). Powell e coautores (2020) já haviam sinalizado para pesquisas futuras a inclusão de pacientes e seus acompanhantes no desenvolvimento, na implementação e na avaliação de uma intervenção.

Vislumbra-se que a quebra desse paradigma (paciente passivo) é gradual e que a exclusão dessas afirmações poderá ser repensada adiante, a depender de iniciativas disparadas por trabalhos, tal qual o em questão, que espera contribuir para a divulgação do conhecimento do tema.

Todavia, reconhece-se um entrave para generalização da PrATI-PP em diferentes países. O cenário internacional está à frente do Brasil com inúmeras estratégias alinhadas, isoladas ou em conjunto, para o *continuum* de cuidados na alta da terapia intensiva e, por consequência, outros itens, em tese, fazem-se pertinentes no instrumento para a avaliação do construto nessas realidades. Ainda assim, este trabalho dá início às discussões e pode alicerçar investigações sobre o preparo para a alta da UTI na percepção do paciente.

No Canadá, por exemplo, a alta direta da UTI para o domicílio é cada vez mais comum em face da decrescente disponibilidade de leitos de enfermaria. Evidências vêm mostrando taxas entre 12,5% e 21,1%, correlacionadas a pacientes mais jovens, com menos morbidades e a diagnósticos facilmente reversíveis na admissão à UTI (LAU *et al.*, 2018; STELFOX *et al.*, 2018; MARTIN *et al.*, 2020). A alta direta para a casa também é uma realidade no Japão, pesquisadores identificaram outros fatores que afetam essa decisão: o grau

de independência na vida doméstica antes da internação hospitalar e a mobilização precoce na UTI (SHIMOGAI *et al.*, 2019).

Enquanto, pacientes e familiares submetidos a esse processo geralmente estão satisfeitos, os intensivistas não se sentem muito confortáveis com a situação (LAM *et al.*, 2020), apesar desta prática não ter sido associada ao aumento da utilização de serviços de saúde ou da mortalidade em um estudo de coorte retrospectivo (STELFOX *et al.*, 2018). A autopercepção do paciente sobre o seu preparo para a alta da terapia intensiva direta para o domicílio incorporada às avaliações habituais possivelmente garantiria maior segurança ao profissional para essa tomada de decisão.

Essas considerações desencadearam outra reflexão: a transição do cuidado do hospital para a casa pode ser mensurada na perspectiva do usuário pelo *Care Transition Measure* (CTM), instrumento que vem sendo um importante indicador de qualidade de serviços de saúde (COLEMAN *et al.*, [2002?]; ACOSTA, 2016; ACOSTA *et al.*, 2017). Entretanto, até o momento, não existe ferramenta similar para apreciar esse processo na alta da UTI, logo, entende-se que a avaliação do preparo para a alta da terapia intensiva na percepção do paciente poderá ser utilizada enquanto uma medida indireta da qualidade da transição do cuidado na alta da UTI.

Ainda para a estruturação do instrumento, quanto às decisões relacionadas à escala de resposta, ao escore e sua interpretação, consultaram-se as instruções para o escore final e a interpretação do CTM (COLEMAN *et al.*, [2002?]; ACOSTA, 2016; ACOSTA *et al.*, 2017) e a escala *Relocation Stress Syndrome Scale-Short Form*, um instrumento de autorrelato com o propósito de avaliar o estresse de realocação vivenciado por pacientes após a transferência da UTI para uma enfermaria geral (WON; SON, 2020).

Ademais, após o contato com os pacientes, incertezas foram geradas em relação à amplitude do item “*Eu sei o que os meus problemas de saúde podem me causar*”, dado a outros aspectos reconhecidos como essenciais a serem debatidos e consolidados com os indivíduos na ocasião da alta, tais quais “*Eu sei quais são os meus problemas de saúde*” e “*Eu sei qual foi o motivo da minha internação na UTI*”. Corroborando com o questionamento levantado pelas pesquisadoras, os juízes, na quarta rodada do painel Delphi, classificaram a afirmação irrelevante para o construto em questão.

Pesquisadores iranianos, em uma pesquisa qualitativa, identificaram que a falta de consciência dos indivíduos sobre sua doença e tratamento acarreta deficiências para o autocuidado. Bem como, a carência de informações adequadas pode causar estresse, ansiedade e insegurança, ou seja, ser esclarecido e ter um ambiente de apoio durante esse

processo cria uma sensação positiva de bem-estar e melhora a transição que se experimenta (GHORBANZADEH *et al.*, 2021).

Weiss e colaboradores (2015) descreveram um modelo conceitual do preparo para a alta hospitalar na perspectiva do paciente, e entre os pilares, o ensino para a alta, o qual visa fornecer esclarecimentos ao sujeito e sua família para que confiantes tomem as decisões necessárias acerca do cuidado pós-hospitalização. O conteúdo básico inclui orientações como revisão da condição de saúde, próximas etapas do tratamento, instruções para o autocuidado no domicílio, medicamentos atuais, sinais de alerta e informações para atendimento primário e emergências.

De forma semelhante, o planejamento da alta da terapia intensiva deve iniciar com a informação do plano ao paciente e à família, permitindo o acionamento de sistemas de suporte que possam ser necessários e os orientando sobre os cuidados recebidos, os cuidados planejados, o processo de alta e o funcionamento da unidade de destino (STELFOX *et al.*, 2015; HERVÉ; ZUCATTI; LIMA, 2020).

A educação em saúde está entre as principais atividades dos enfermeiros nos processos de transição do cuidado (WEBER *et al.*, 2017; ACOSTA *et al.*, 2018; ALVES; MELO, 2019). Estratégias para encorajar a participação ativa do sujeito e oferecer um espaço para que manifestem seus questionamentos e preocupações são relatadas por enfermeiros para a alta da UTI (BENCH *et al.*, 2014; ZUCCHETTI, 2019), para a educação centrada também na família (HAJALIZADEH *et al.*, 2021) e para os cuidados após esse momento crítico (EATON *et al.*, 2019).

O preparo e as orientações de alta para pacientes e seus acompanhantes foram mencionados em diversos estudos como fundamentais à transição do cuidado entre UTI e unidade de internação (HERVÉ; ZUCATTI; LIMA, 2020). Todavia, uma pesquisa, com o propósito de analisar a associação entre a ocorrência de eventos adversos em 72 horas e as práticas de transição do cuidado na alta da UTI, mostrou que cerca de um terço dos indivíduos não estavam satisfeitos e mencionaram outras orientações que gostariam de ter recebido, sugerindo que essa educação precisa ser ampliada, considerando as suas necessidades individuais (HERVÉ, 2019).

Pacientes e seus familiares ainda são frequentemente excluídos desse processo. As informações fornecidas, por vezes, são conflituosas, divergindo entre os profissionais ou as equipes, e são oferecidas instruções pouco claras sobre cuidados futuros, com termos técnicos e pouco tempo dedicado a essa atividade (HERVÉ; ZUCATTI; LIMA, 2020; POWELL *et al.*, 2020).

Sabe-se que a pressão pela disponibilidade de leitos de terapia intensiva (COGNET; COYER, 2014; ENGER; ANDERSHED, 2018; GOLDWASSER *et al.*, 2018) e a elevada carga de trabalho (POWELL *et al.*, 2020), com frequência, acarretam um ambiente conturbado de tal forma que as oportunidades instrutivas com o paciente, muitas vezes, são menosprezadas (HERVÉ; ZUCATTI; LIMA, 2020; POWELL *et al.*, 2020).

Tal como no planejamento da alta hospitalar, no cenário da terapia intensiva, há *déficits* que desfavorecem a contemplação das diversas necessidades dos indivíduos e o estabelecimento de ações educativas em prol do seu engajamento no gerenciamento da transição do cuidado. Na adaptação transcultural do RHDS para uso no Brasil, observou-se a dificuldade de atender as recomendações para utilização do instrumento, as quais preconizam aplicá-lo pelo menos quatro horas antes da alta hospitalar, em razão do inadequado registro desta condição (SIQUEIRA; VILA; WEISS, 2018).

Do mesmo modo, no campo de estudo desta pesquisa, alguns intensivistas solicitam a chamada pré-alta, geralmente com 24 horas de antecedência à previsão de alta, mas com o intuito meramente de garantir o leito na unidade de internação, não sendo uma estratégia obrigatória e com o propósito de se estabelecer um tempo hábil para o planejamento da alta. Em outro estudo, a solicitação de pré-alta não se mostrou fator protetor para a ocorrência de eventos adversos. Enquanto sua decisão dispara apenas um processo administrativo que agiliza o leito no dia seguinte, a autora sugere que esta ação isolada não traz benefícios no desfecho do paciente pós-alta da terapia intensiva (HERVÉ, 2019).

Em um estudo qualitativo, pacientes e acompanhantes dinamarqueses destacaram que foram avisados sobre a alta apenas algumas horas antes da transferência e que não houve diminuição gradual do monitoramento, razões que acentuaram as discrepâncias entre os ambientes de cuidado e geraram incerteza e insegurança (HERLING *et al.*, 2020). A partir disso, transpõe-se também para a alta da UTI discussões promovidas por Weiss e coautores (2015): o conjunto de intervenções educativas deve ser incorporado no decorrer da internação e atingir o ápice no momento da alta, isto porque quando reservado apenas para o dia da alta sua eficácia pode sofrer influência do tempo do profissional dedicado a esta atividade e da capacidade de atenção do paciente.

Tais autores reverberaram ainda que o envolvimento do sujeito no processo de aprendizagem e a atenção à educação em saúde são as principais prioridades para melhorar o ensino de alta. A qualidade da entrega da informação deve sobrepor-se à quantidade de conteúdo e requer o estabelecimento de uma linha eficaz de comunicação para compreender as barreiras específicas de cada indivíduo e a personalização do ensino ao seu nível de

alfabetização (WEISS *et al.*, 2015). Esses aspectos foram recentemente pontuados por Ghorbanzadeh e colaboradores (2021): a capacidade de autocuidado de cada indivíduo varia de acordo com o nível socioeconômico, fatores que afetam a educação e as experiências de vida.

A população a qual este instrumento almeja contemplar é sabidamente reconhecida como de menor escolaridade, como ratificado com a amostra do pré-teste, em que grande parte dos sujeitos possuía apenas o ensino fundamental, e em outro trabalho que a mediana de escolaridade foi de oito anos de estudo, sendo que 5,4% dos indivíduos incluídos eram analfabetos (HERVÉ, 2019). Sendo assim, ajustes foram necessários para aproximar o instrumento à população-alvo, tal como a inclusão da sentença *“feridas na pele por ficar muito tempo na mesma posição”* para clarificar a afirmação *“Eu sei o que devo fazer para evitar que eu tenha lesões por pressão”*.

Segundo Herling e coautores (2020), a informação é fundamental para direcionar o indivíduo ao empoderamento. A qualidade e o contexto desse esclarecimento irão induzir um efeito para a tomada de decisão do paciente perante o seu cuidado. Diante essas considerações, acredita-se que a ferramenta elaborada tem potencial de direcionar as estratégias ao perfil de cada paciente, como recomendado por autores (WEISS *et al.*, 2015; HERVÉ, 2019; HERVÉ; ZUCATTI; LIMA, 2020; GHORBANZADEH *et al.*, 2021), em um tempo factível, visto que no contato com a população-alvo, a aplicação do instrumento consumiu em média 10 minutos. O enfermeiro poderá empregar a escala para orientar seus afazeres relacionados ao ensino para a alta, inerentes a sua assistência, uma vez que, a depender das respostas do paciente, as fragilidades identificadas poderão ser trabalhadas ainda na UTI ou servir de alerta para a equipe da unidade de internação.

Ainda, extrapolando a discussão dos objetivos desta pesquisa, na etapa do pré-teste, a metade dos respondentes foi acometida pela COVID-19, resultado esperado em virtude da conjuntura vivenciada no último ano. A fim de comparação, identificamos que esses sujeitos eram mais jovens, necessitaram mais e por um período maior de suporte ventilatório invasivo e permaneceram internados na UTI por mais dias em relação a pesquisas desenvolvidas em um período pré-pandemia – no mesmo campo de estudo do trabalho em questão, com 880 sujeitos para avaliar o desempenho de parâmetros inflamatórios e perfusionais do dia da alta da UTI como preditores para readmissão (SANTOS *et al.*, 2014); e em outro hospital universitário de alta complexidade no sul do Brasil com 334 pacientes (HERVÉ, 2019).

Demais características sociodemográficas, clínicas e relativas à internação na UTI, a exemplos sexo, escolaridade, morbidades, tipo de internação e SAPS 3, são passíveis de

analogias entre os indivíduos estudados (SANTOS *et al.*, 2014; HERVÉ, 2019). As discrepâncias encontradas podem ser vinculadas ao perfil de pacientes diagnosticados com COVID-19 e ao curso da doença (TEICH *et al.*, 2020; RANGEL *et al.*, 2021), todavia, acredita-se que essas não tiveram poder de influenciar a compreensão da população-meta quanto às afirmações, não sendo isto um viés para a validação do instrumento.

Outra decorrência da pandemia, a suspensão das visitas no HNSC (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2021) impossibilitou que aqueles pacientes com nível e/ou conteúdo de consciência alterados ou com *déficit* cognitivo e/ou de comunicação importante fossem contemplados na amostra, destoando do esperado no projeto e do descrito em outra pesquisa (HERVÉ, 2019) e em trabalhos que abordam o contexto da alta para a casa (ACOSTA, 2016; WEISS, [2016?]) que levaram em consideração a perspectiva dos acompanhantes.

Há anos, compreende-se que o envolvimento da família é uma etapa imprescindível ao processo de alta da UTI. A necessidade de informação dos acompanhantes deve ser avaliada de forma individualizada, preparando-os para se ajustar a um ambiente com menos pessoal, tecnologia e suporte. Porém, com frequência, a equipe intensivista negligencia esse componente, ocasionando demandas aos profissionais na unidade de internação logo após a chegada do paciente (COGNET; COYER, 2014).

Em um estudo que investigou as percepções dos familiares sobre a qualidade do atendimento durante a transição, mais de 20% sentiam que a informação prestada a eles era inadequada. O resultado mostrou que as informações sobre a transferência eram significativas para os acompanhantes, pois queriam fazer parte do cuidado ao paciente e sentiam-se importantes por ter alguma visão e controle sobre a assistência que era necessária (HÄGGSTRÖM; BÄCKSTRÖM, 2014).

Um trabalho no Irã, com o propósito de determinar as necessidades educacionais dos familiares de indivíduos egressos da UTI, identificou, no ponto de vista dos acompanhantes, como prioridade informativa o autocuidado e a saúde mental do paciente. Os pesquisadores sugerem que programas educacionais flexíveis com base no nível de percepção da família sejam elaborados e implementados (HAJALIZADEH *et al.*, 2021).

Muitos indivíduos vivenciam a alta da terapia intensiva nas condições retratadas acima e visando minimizar as perdas de dados, no caso da impossibilidade de avaliação do paciente, os familiares podem servir como informantes substitutos de desfechos centrados no paciente, uma vez que assumem subitamente papéis decisórios com relação a condutas e tratamentos de seus entes queridos (TEIXEIRA; KERN; ROSA, 2021).

Além disso, para investigações futuras relacionadas ao preparo do paciente para a alta da UTI, deverá ser considerado para caracterização da amostra, ao invés do estado civil, conforme previsto para esta coleta de dados, a informação de com quem o indivíduo reside ou se alguém irá acompanhá-lo na unidade de internação, tendo em vista sua potencial rede de apoio para esse momento, a fim de correlacionar esta informação com o escore final do instrumento. A hipótese identificada para o RHDS (WEISS; PIACENTINE, 2006) também pode valer para transição do cuidado entre UTI e unidade de internação: sujeitos que conhecem um adulto que poderá acompanhá-los terão pontuações mais altas do que aqueles sem um “adulto-acompanhante”.

Outra consideração diz respeito à remoção de dispositivos invasivos desnecessários antes da alta da terapia intensiva. Dos pacientes incluídos no pré-teste, grande parte dos dispositivos não foram descontinuados previamente a essa ocasião. A retirada do cateter urinário até 90 minutos antes da alta foi uma prática considerada importante para a transferência de pacientes de uma UTI neurológica (COON *et al.*, 2015). Um estudo também mostrou um olhar mais atento dos profissionais provedores de cuidado sobre essa condição: menos da metade dos pacientes foi transferido para unidade de internação com acesso venoso central (47,0%), sondas nasogástrica ou nasoentérica (32,3%) e vesical de demora (14,4%). Além disso, 71% deles saíram do leito ainda na UTI (HERVÉ, 2019).

A remoção dos dispositivos é apontada para a melhoria da qualidade da transição e a segurança do paciente (HERVÉ; ZUCATTI; LIMA, 2020). Posto isso, geram-se inquietações quanto à interferência dessa prática, ou não prática, para o julgamento do paciente sobre sua prontidão para a alta: será que indivíduos com menos dispositivos, ou seja, descontinuados os supérfluos, e que já tenham deambulado na UTI irão reconhecer o seu preparo de modo mais satisfatório em detrimento a sujeitos não assim contemplados?

Em face ao exposto, até o presente momento, este estudo fomenta o debate para inclusão da autopercepção do paciente sobre seu preparo, por meio de uma ferramenta padronizada, entre os componentes de avaliação para a transição do cuidado ideal na alta da UTI.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As leituras acerca da temática transição do cuidado na alta da UTI foram sobretudo de origem internacional, uma vez que estudos brasileiros abordando o assunto são escassos. Igualmente, consumiram-se publicações, em especial, sobre o preparo para a alta hospitalar, que, há cerca de 15 anos, vem sendo objeto de estudos em outros países.

Este trabalho dispara no contexto nacional discussões acerca do construto preparo para a alta da terapia intensiva – que foi entendido como a capacidade dos pacientes reconhecerem-se preparados, ou não, para a alta, isto é, julgarem seu estado imediato e suas competências para gerenciar as necessidades de cuidado na unidade de internação – e a possibilidade de torná-lo tangível com uma medida padronizada. A construção e a validação de conteúdo de um instrumento de avaliação do preparo para a alta da UTI na percepção do paciente foram concluídas com sucesso.

A PrATI-PP contém 18 afirmações pontuadas em uma escala Likert de cinco pontos (1 Discordo totalmente; 2 Discordo parcialmente; 3 Não concordo nem discordo; 4 Concordo parcialmente; 5 Concordo totalmente). O escore final será a média dos itens respondidos, ou seja, aqueles assinalados na opção neutra não serão computados. Este resultado será transformado em um número “amigável” entre zero a 100. A interpretação prevê que pontuações mais baixas indicarão um preparo não satisfatório, ao passo que pontuações mais altas, próximas do escore 100, um preparo satisfatório na percepção do paciente. O cálculo do escore e sua interpretação competem ao profissional.

O instrumento deverá ser aplicado pelo menos quatro horas antes da transferência, a fim de que potenciais intervenções tenham tempo hábil de serem executadas. É autoaplicável, mas, para pacientes analfabetos ou com alguma limitação física que impeça a autoaplicação, poderá ser aplicado pelo enfermeiro. Para aqueles com nível e/ou conteúdo de consciência alterados ou com *déficit* cognitivo e/ou de comunicação importante, a perspectiva da família poderá ser considerada.

O conteúdo da ferramenta foi validado com um IVC global de 0,96 e está adequado para avaliar o preparo para a alta da UTI na percepção de indivíduos adultos que vivenciam a transição para unidades de internação cirúrgica ou clínica. A escala está apta para apreciação de suas propriedades psicométricas, o que motiva a continuidade desta pesquisa, com o intuito de consolidar uma medida confiável e válida; explorar os domínios do construto – estado pessoal, conhecimento, envolvimento e autonomia e apoio esperado –, já validados pelo

comitê de especialistas quanto à estrutura e à abrangência; e estabelecer um ponto de corte para a prática assistencial.

Pondera-se um obstáculo para adaptação da PrATI-PP em outras culturas. O Brasil encontra-se distante do panorama mundial no que concerne às práticas de transição do cuidado na alta da terapia intensiva, por consequência, poderá ser fundamental a inclusão de afirmações relevantes para contemplar o construto de interesse nesses países. Outro apontamento refere-se à limitação para a avaliação semântica do instrumento, visto que os familiares não foram incluídos como informantes substitutos, devido à restrição das visitas no HNSC, em decorrência da pandemia vivenciada no último ano.

Espera-se que a avaliação do preparo para a alta na percepção do paciente seja integralizada às atuais estratégias de transição do cuidado na alta da UTI nos diferentes cenários nacionais. A PrATI-PP terá potencial de identificar os indivíduos com maior necessidade de ações educativas e orientar as intervenções do enfermeiro intensivista ou servir como alerta para a equipe da unidade de internação, diminuindo o “degrau” assistencial que esses pacientes experimentam. Ainda poderá ser usada como indicador indireto da qualidade da transição do cuidado realizada na alta da UTI.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M. *et al.* Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 12, n. 12, 2018. Disponível em: <doi: 10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>. Acesso em: 18 mai. 2020.
- ACOSTA, A. M. *et al.* Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. **International Nursing Review**, v. 64, n. 3, p. 379-87, 2017. Disponível em: <doi: 10.1111/inr.12326>. Acesso em: 19 mai. 2020.
- ACOSTA, A. M. **Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio**. 2016. 162 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/152735>. Acesso em: 19 mai. 2020.
- ÅGÅRD, A. S. *et al.* Identifying improvement opportunities for patient- and family-centered care in the ICU: Using qualitative methods to understand family perspectives. **Journal of Critical Care**, v. 49, p. 33-7, 2019. Disponível em: <doi: 10.1016/j.jcrc.2018.10.008>. Acesso em: 10 mar. 2021.
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Patient Safety Primer: Handoffs and Signouts**. São Francisco, 2019. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/9>. Acesso em: 19 jun. 2019.
- ALBERTO, L. *et al.* A description of the ICU liaison nurse role in Argentina. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 30, n. 1, p. 31-7, 2014. Disponível em: <doi: 10.1016/j.iccn.2013.07.001>. Acesso em: 04 jun. 2019.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 3061-68, 2011. Disponível em: <doi: 10.1590/S1413-81232011000800006>. Acesso em: 23 jul. 2021.
- ALVES, M.; MELO, C. L. Transferência de cuidado na perspectiva de profissionais de enfermagem de um pronto-socorro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, 2019. Disponível em: <doi: 10.5935/1415-2762.20190042>. Acesso em: 18 mai. 2020.
- AMARAL, T. L. M. Construção e validação de conteúdo do plano multiprofissional de alta em terapia intensiva. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 1, p. 39-48, 2018. Disponível em: <doi: 10.177651/1983-1870.2018v11n1p39-48>. Acesso em: 12 mar. 2020.
- ARAUJO, T. G. *et al.* Readmissões e óbitos após a alta da UTI - um desafio da terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 25, n. 1, p. 32-8, 2013. Disponível em: <doi: 10.1590/S0103-507X2013000100007>. Acesso em: 21 jun. 2019.
- AZEVEDO, L. C. P. *et al.* Association between nighttime discharge from the Intensive Care Unit and hospital mortality: a multi-center retrospective cohort study. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 378, 2015. Disponível em: <doi: 10.1186/s12913-015-1044-4>. Acesso em: 05 jun. 2019.

BENCH, S. D. *et al.* Providing critical care patients with a personalised discharge summary: a questionnaire survey and retrospective analysis exploring feasibility and effectiveness. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 30, n. 2, p. 69-76, 2014. Disponível em: <doi: 10.1016/j.iccn.2013.08.007>. Acesso em: 04 jun. 2019.

BOSE, S. *et al.* Impact of intensive care unit discharge delays on patient outcomes: a retrospective cohort study. **Journal of Intensive Care Medicine**, p. 1-6, 2018. Disponível em: <doi: 10.1177/0885066618800276>. Acesso em: 06 jun. 2019.

BOSMA, L. B. E. *et al.* Development of a multivariable prediction model for identification of patients at risk for medication transfer errors at ICU discharge. **PLoS One**, v. 14, n. 4, 2019. Disponível em: <doi: 10.1371/journal.pone.0215459>. Acesso em: 04 jun. 2020.

BOYD, J. M. *et al.* Administrator perspectives on ICU-to-ward transfers and content contained in existing transfer tools: a cross-sectional survey. **Journal of General Internal Medicine**, v. 33, n. 10, p. 1738-45, 2018. Disponível em: <doi: 10.1007/s11606-018-4590-8>. Acesso em: 22 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 446**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 12 jun. 2019.

BROWN, K. N. Transfers from intensive care unit to hospital ward: a multicentre textual analysis of physician progress notes. **Critical Care**, v. 22, n. 19, p. 1-8, 2018. Disponível em: <doi: 10.1186/s13054-018-1941-0>. Acesso em: 02 jun. 2019.

CHABOYER, B. W. *et al.* Predictors of adverse events in patients after discharge from the intensive care unit. **American Journal of Critical Care**, v. 17, n. 3, p. 255-64, 2008. Disponível em: <<http://ajcc.aacnjournals.org/content/17/3/255.full.pdf+html>>. Acesso em: 09 jul. 2019.

CHOI, S. *et al.* Effects of a medical emergency team follow-up programme on patients discharged from the medical intensive care unit to the general ward: a single-centre experience. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 22, n. 3, p. 356-62, 2016. Disponível em: <doi: 10.1111/jep.12485>. Acesso em: 04 jul. 2019.

CHOR, D. *et al.* Questionário do ELSA-Brasil: desafios na elaboração de instrumento multidimensional. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 2, p. 27-36, 2013. Disponível em: <doi: 10.1590/S0034-8910.2013047003835>. Acesso em: 24 mai. 2020.

COFFEY, A. McCARTHY, G. M. Older people's perception of their readiness for discharge and postdischarge use of community support and services. **International Journal of Older People Nursing**, v. 8, n. 2, p. 104-15, 2013. Disponível em: <doi: 10.1111/j.1748-3743.2012.00316.x>. Acesso em: 26 abr. 2020.

COGNET, S.; COYER, F. Discharge practices for the intensive care patient: a qualitative exploration in the general ward setting. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 30, n. 5, p. 292-300, 2014. Disponível em: <doi: 10.1016/j.iccn.2014.04.004>. Acesso em: 01 jul. 2019.

- COLEMAN, E. A. *et al.* Care Transitions Measure® Tools – **Scoring the CTM-15®**. [2002?]. Disponível em: < <https://caretransitions.org/all-tools-and-resources/>>. Acesso em: 19 jul. 2021.
- COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-36, 2015. Disponível em: <doi: 10.1590/1413-81232015203.04332013>. Acesso em: 28 abr. 2020.
- COON, E. A. *et al.* Structured handoff checklists improve clinical measures in patients discharged from the neurointensive care unit. **Neurology Clinical Practice**, v. 5, n. 1, p. 42-9, 2015. Disponível em: <doi: 10.1212/CPJ.0000000000000094>. Acesso em: 01 jun. 2019.
- CUNHA, C. M.; NETO, O. P. A.; STACKFLETHC, R. Principais métodos de avaliação psicométrica da confiabilidade de instrumentos de medida. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 14, n. 49, p. 98-103, 2016. Disponível em: <doi: 10.13037/rbcs.vol14n49.3671>. Acesso em: 24 mai. 2020.
- DOĞU, C. *et al.* Importance of the National Early Warning Score (NEWS) at the time of discharge from the intensive care unit. **Turkish Journal of Medical Sciences**, v. 50, p. 1203-09, 2020. Disponível em: <doi: 10.3906/sag-1906-78>. Acesso em: 10 mar. 2021.
- DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. S.; WEBER, L. A. F. Opinião de enfermeiros sobre classificação de risco em serviços de urgência. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, 2017. Disponível em: <doi: 10.5935/1415-2762.20170072>. Acesso em: 27 abr. 2020.
- EATON, T. L. *et al.* Caring for the Critical Illness Survivor: Current Practices and the Role of the Nurse in ICU Aftercare. **American Journal of Critical Care**, v. 28, n. 6, p. 481-85, 2019. Disponível em: <doi: 10.4037/ajcc2019885>. Acesso em: 10 mar. 2021.
- ELLIOTT, M.; PAGE, K.; WORRALL-CARTER, L. Factors associated with post-intensive care unit adverse events: a clinical validation study. **Nursing Critical Care**, v. 19, n. 5, p. 228-35, 2014. Disponível em: <doi: 10.1111/nicc.12091>. Acesso em: 05 jun. 2019.
- ENDACOTT, R. *et al.* Impact of an ICU Liaison Nurse Service on major adverse events in patients recently discharged from ICU. **Resuscitation**, v. 81, n. 2, p. 198-201, 2010. Disponível em: <doi: 10.1016 / j.resuscitation.2009.10.011>. Acesso em: 19 jun. 2019.
- ENGER, R.; ANDERSHED, B. Nurses' experience of the transfer of ICU patients to general wards: a great responsibility and a huge challenge. **Journal of Clinical Nursing**, v. 27, n. 1-2, p. 186-94, 2018. Disponível em: <doi: 10.1111/jocn.13911>. Acesso em: 30 mai. 2019.
- FACHEL, J. M. G.; CAMEY, S. **Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- GANTNER, D. *et al.* Mortality related to after-hours discharge from intensive care in Australia and New Zealand, 2005-2012. **Intensive Care Medicine**, v. 40, n. 10, p. 1528-35, 2014. Disponível em: <doi: 10.1007/s00134-014-3438-x>. Acesso em: 30 mai. 2019.

GHORBANZADEH, K. *et al.* Challenges of the patient transition process from the intensive care unit: a qualitative study. **Acute and Critical Care**, v. 36, n. 2, p. 133-42, 2021. Disponível em: <doi: 10.4266/acc.2020.00626>. Acesso em: 26 set. 2021.

GIOVINAZZO, R. A. Modelo de aplicação da metodologia Delphi pela Internet: vantagens e ressalvas. **Administração Online**, v. 2, n. 2, 2001.

GOLDWASSER, R. S. *et al.* Planejamento e compreensão da rede de terapia intensiva no Estado do Rio de Janeiro: um problema social complexo. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 30, n. 3, p. 347-357, 2018. Disponível em: <doi: 10.5935/0103-507X.20180053>. Acesso em: 23 set. 2019.

GONÇALVES-BRADLEY, D. C. *et al.* Discharge planning from hospital to home. **Cochrane Database Syst Rev [Internet]**, n. 1, 2013. Disponível em: <10.1002/14651858.CD000313.pub4>. Acesso em: 26 abr. 2020.

GOTUR, D. B. *et al.* Analysis of Rothman Index Data to Predict Postdischarge Adverse Events in a Medical Intensive Care Unit. **Intensive Care Medicine**, p. 1-5, 2018. Disponível em: <doi: 10.1177/0885066618770128>. Acesso em: 19 jun. 2019.

GRAAN, S. M. *et al.* Nursing handover from ICU to cardiac ward: standardised tools to reduce safety risks. **Australian Critical Care**, v. 29, p. 165-71, 2016. Disponível em: <doi: 10.1016/j.aucc.2015.09.002>. Acesso em: 30 mai. 2019.

GREEN, A. *et al.* Characteristics and outcomes of patients reviewed by intensive care unit liaison nurses in Australia: a prospective multicentre study. **Critical Care & Resuscitation Journal**, v. 17, n. 4, p. 244-52, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/320143575>. Acesso em: 30 mai. 2019.

GROOD, C. *et al.* Identifying essential elements to include in Intensive Care Unit to hospital ward transfer summaries: a consensus methodology. **Journal of Critical Care**, v. 49, p. 27-32, 2019. Disponível em: <doi: 10.1016/j.jcrc.2018.10.001>. Acesso em: 21 jun. 2019.

GROOD, C. *et al.* Patient, family and provider experiences with transfers from intensive care unit to hospital ward: a multicentre qualitative study. **Canadian Medical Association Journal**, v. 190, n. 22, p. 669-76, 2018. Disponível em: <doi: 10.1503/cmaj.170588>. Acesso em: 31 mai. 2019.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **GHC delibera novas medidas para o enfrentamento da pandemia**. Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/noticia.aberta.asp?idRegistro=23480>. Acesso em 12 set. 2021.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Indicadores das Unidades de Terapia Intensiva do Hospital N. Senhora Conceição S/A**: de 01/01/2019 a 31/12/2019. Porto Alegre, 2020b.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Quem Somos**. Porto Alegre, 2020a. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=1>. Acesso em: 28 abr. 2020.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Recomendações contra a COVID-19**. Porto Alegre, 2020c. Disponível em: <<https://www.ghc.com.br/covid/#recomendacoes>>. Acesso em 08 out. 2020.

HÄGGSTRÖM, M. *et al.* Ward visits- one essential step in intensive care follow-up. An interview study with critical care nurses' and ward nurses'. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 49, p. 21-7, 2018. Disponível em: <doi: 10.1016/j.iccn.2018.08.011>. Acesso em: 03 jun. 2019.

HÄGGSTRÖM, M.; ASPLUND, K.; KRISTIANSEN, L. Important quality aspects in the transfer process. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 27, n. 2, p. 123-39, 2014. Disponível em: <doi: 10.1108/IJHCQA-09-2012-0090>. Acesso em: 06 jun. 2019.

HÄGGSTRÖM, M.; BÄCKSTRÖM, B. Organizing safe transitions from intensive care. **Nursing Research and Practice**, v. 2014, ID 175314, p. 1-11, 2014. Disponível em: <doi: 10.1155/2014/175314>. Acesso em: 23 jul. 2019.

HAJALIZADEH, A. *et al.* The Educational Needs of Family of Patients Discharged from the Intensive Care Units: The Viewpoints of Nurses and the Patients' Families. **Critical Care Research and Practice**, v. 2021, p. 1-6, 2021. Disponível em: <doi: 10.1155/2021/9956023>. Acesso em: 27 set. 2021.

HARRISON, J. D. *et al.* Not ready, not set...discharge: patient reported barriers to discharge readiness at an academic medical center. **Journal of Hospital Medicine**, v. 11, n. 9, p. 610-4, 2016. Disponível em: <doi: 10.1002/jhm.2591>. Acesso em: 26 abr. 2020.

HERLING, S. F. *et al.* Patient and spouses experiences with transition from intensive care unit to hospital ward – qualitative study. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 34, p. 206-14, 2020. Disponível em: <doi: 10.1111/scs.12722>. Acesso em: 07 mar. 2021.

HERVÉ, M. E. W. **Associação da transição do cuidado com eventos adversos após a alta de um centro de terapia intensiva**. 2019. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/201308/001105589.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 12 mar. 2020.

HERVÉ, M. E. W.; ZUCATTI, P. B.; LIMA, M. A. D. S. Transição do cuidado na alta da Unidade de Terapia Intensiva: revisão de escopo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, e3325, 2020. Disponível em: <doi: 10.1590/1518-8345.4008.3325>. Acesso em: 15 jul. 2020.

HOFFMAN, R. L. *et al.* Development and implementation of a risk identification tool to facilitate critical care transitions for high-risk surgical patients. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 29, n. 3, p. 412-9, 2017. Disponível em: <doi: 10.1093/intqhc/mzx032>. Acesso em: 27 jun. 2019.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **SBAR Tool: Situation-Background-Assessment-Recommendation**. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, [2012?].

- Disponível em: <<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/sbartoolkit.aspx>>. Acesso em: 19 jun. 2019.
- JO, Y. S. *et al.* Readmission to medical intensive care units: risk factors and prediction. **Yonsei Medical Journal**, v. 56, n. 2, p. 543-9, 2015. Disponível em: <doi: 10.3349/ymj.2015.56.2.543>. Acesso em: 19 jun. 2019.
- KATSIARI, M. *et al.* Predictors of adverse outcome early after ICU discharge. **International Journal of Critical Care and Emergency Medicine**, v. 5, n. 1, 2018. Disponível em: <doi: 10.23937/2474-3674/1510065>. Acesso em: 12 abr. 2020.
- KHEIR *et al.* A 24-Hour post intensive care unit transition-of-care model shortens hospital stay. **Journal of Intensive Care Medicine**, v. 31, n. 9, p. 597-602, 2016. Disponível em: <doi: 10.1177/0885066615569701>. Acesso em: 04 jun. 2019.
- KNIER, S. *et al.* Patients' perceptions of the quality of discharge teaching and readiness for discharge. **Rehabilitation Nursing Journal**, v. 40, n. 1, p. 30-9, 2015. Disponível em: <doi: 10.1002/rnj.164>. Acesso em: 26 abr. 2020.
- LAM, J. N. H. *et al.* Patient, Family, and Physician Satisfaction With Planning for Direct Discharge to Home From Intensive Care Units: Direct From ICU Sent Home Study. **Journal of Intensive Care Medicine**, v. 35, n. 1, p. 82-90, 2020. Disponível em: <doi: 10.1177/0885066617731263>. Acesso em: 10 mar. 2021.
- LAU, V. I. *et al.* Factors Associated With the Increasing Rates of Discharges Directly Home From Intensive Care Units-A Direct From ICU Sent Home Study. **Journal of Intensive Care Medicine**, v. 33, n. 2, p. 121-27, 2018. Disponível em: <doi: 10.1177/0885066616668483>. Acesso em: 24 set. 2021.
- LEE, E. Y.; PARK, J. H. A phenomenological study on the experiences of patient transfer from the intensive care unit to general wards. **PLoS One**, v. 16, n. 7, 2021. Disponível em: <doi: 10.1371/journal.pone.0254316>. Acesso em: 27 set. 2021.
- LI, P. *et al.* Stakeholder views regarding patient discharge from intensive care: suboptimal quality and opportunities for improvement. **Canadian Respiratory Journal**, v. 22, n. 2, p. 109-18, 2015. Disponível em: <doi: 10.1155/2015/457431>. Acesso em: 23 jul. 2019.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Nursing Research: methods, critical appraisal, and utilization**. 8. ed. Saint Louis: Mosby, 2013.
- MARTIN, C. M. *et al.* Determinants of Direct Discharge Home From Critical Care Units: A Population-Based Cohort Analysis. **Critical Care Medicine**, v. 48, n. 4, p. 475-83, 2020. Disponível em: <doi: 10.1097/CCM.0000000000004178>. Acesso em: 10 mar. 2021.
- McINTYRE, T. *et al.* Differences in the characteristics, treatment, and outcomes of patient groups reviewed by intensive care liaison nurses in Australia: A multicentre prospective study. **Australian Critical Care**, v. 32, p. 403-9, 2019. Disponível em: <doi: 10.1016/j.aucc.2018.11.004>. Acesso em: 10 mar. 2021.

McMILLAN, S. S.; KING, M.; TULLY, M. P. How to use the nominal group and Delphi techniques. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 38, n. 3, p. 655-62, 2016. Disponível em: <doi: 10.1007/s11096-016-0257-x>. Acesso em: 11 jun. 2019.

MOREIRA, H. E. *et al.* Prognostic impact of the time of admission and discharge from the intensive care unit. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 29, n. 1, p. 63-9, 2017. Disponível em: <doi: 10.5935/0103-507x.20170010>. Acesso em: 31 mai. 2019.

MORTON, B. *et al.* Clinician perception of long-term survival at the point of critical care discharge: a prospective cohort study. **Anaesthesia**, v. 75, p. 896-903, 2020. Disponível em: <doi: 10.1111/anae.15040>. Acesso em: 07 mar. 2021.

MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M. Avaliação e mensuração de variáveis psicossociais: desafio para pesquisa e clínica de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 309-14, 2007. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4674/2607>. Acesso em: 24 mai. 2020.

MÜLLER, M. *et al.* Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. **British Medical Journal Open**, v. 8, 2018. Disponível em: <doi: 10.1136/bmjopen-2018-022202>. Acesso em: 19 jun. 2019.

NAYLOR, M. D. *et al.* The care span: the importance of transitional care in achieving health reform. **Health Affairs**, v. 30, n. 4, p. 746-54, 2011. Disponível em: <doi: 10.1377 / hlthaff.2011.0041>. Acesso em: 26 abr. 2020.

OFOMA, U. R. *et al.* A qualitative exploration of the discharge process and factors predisposing to readmissions to the intensive care unit. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 6, 2018. Disponível em: <doi: 10.1186/s12913-017-2821-z>. Acesso em: 21 jun. 2019.

OFOMA, U. R. *et al.* Findings from the implementation of a validated readmission predictive tool in the discharge workflow of a medical intensive care unit. **Annals of the American Thoracic Society**, v. 11, n. 5, p. 737-43, 2014. Disponível em: <doi: 10.1513/AnnalsATS.201312-436OC>. Acesso em: 01 mai. 2019.

ÖSTERLIND, J.; GERHARDSSON, J.; MYRBERG, T. Critical care transition programs on readmission or death: A systematic review and meta-analysis. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, v. 64, p. 870-83, 2020. Disponível em: <doi: 10.1111/aas.13591>. Acesso em: 07 mar. 2021.

PARENMARK, F. *et al.* Reducing night-time discharge from intensive care. A nationwide improvement project with public display of ICU outcomes. **Journal of Critical Care**, v. 49, p. 7-13, 2019. Disponível em: <doi: 10.1016/j.jcrc.2018.09.022>. Acesso em: 10 mar. 2021.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 206-13, 1998. Disponível em: <http://mpet.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2020.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 992-9, 2009. Disponível em: <doi: 10.1590/S0080-62342009000500002>. Acesso em: 07 mai. 2020.

PILATTI, L. A.; PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G. L. Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação: um debate necessário. **Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia**, v. 3, n. 1, 2010. Disponível em: <doi: 10.3895/S1982-873X2010000100005>. Acesso em: 24 mai. 2020.

PIPER, G. L. *et al.* Using the Rothman index to predict early unplanned surgical intensive care unit readmissions. **Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, v. 77, n. 1, p. 78-82, p. 2014. Disponível em: <doi: 10.1097/TA.0000000000000265>. Acesso em: 01 mai. 2019.

POWELL, M. *et al.* Handover practices of nurses transferring trauma patients from intensive care units to the ward: A multimethod observational study. **Australian Critical Care**, v. 33, p. 538-45, 2020. Disponível em: <doi: 10.1016/j.aucc.2020.03.004>. Acesso em: 10 mar. 2021.

RANGEL, A. R. *et al.* COVID-19 em China, Itália e Estados Unidos da América: uma breve revisão. **Revista de Medicina**, v. 100, n. 2, p. 162-70, 2021. Disponível em: <doi: 10.11606/issn.1679-9836.v100i2p162-170>. Acesso em: 26 ago. 2021.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Estratégias para a segurança do paciente**: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Estrat%C3%A9gias-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-manual-para-profissionais-da-sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2019.

REIS, C. T.; PAIVA, S. G.; SOUSA, P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of hospital survey on patient safety culture dimensions. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 30, n. 9, p. 660-77, 2018. Disponível em <doi: 10.1093/intqhc/mzy080>. Acesso em: 04 set. 2019.

REWORÊDO, L. S. *et al.* O uso da técnica Delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 16-21, 2015. Disponível em: <doi: 10.17696/2318-3691.22.2.2015.136>. Acesso em: 21 jun. 2019.

RODRIGUES, L. B. B. **Adaptação e validação de um instrumento para avaliar a coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde: fase I**. 2013. 130 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-20052014-201509/publico/LudmilaBarbosaBandeiraRodrigues.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2020.

ROSENBERG, A. *et al.* A taxonomy and cultural analysis of intra-hospital patient transfers. **Research in Nursing & Health**, v. 41, p. 378-88, 2018. Disponível em: <doi: 10.1002/nur.21875>. Acesso em: 05 jun. 2019.

SANTAMARIA, J. D. *et al.* The timing of discharge from the intensive care unit and subsequent mortality. A prospective, multicenter study. **American Journal of Respiratory**

and Critical Care Medicine, v. 191, n. 9, p. 1033-9, 2015. Disponível em: <doi: 10.1164/rccm.201412-2208OC>. Acesso em: 02 jun. 2019.

SANTOS, M. C. *et al.* Marcadores inflamatórios e perfusionais como preditores e fatores de risco para readmissão de pacientes gravemente enfermos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 26, n. 2, p. 130-36, 2014. Disponível em: <doi: 10.5935/0103-507X.20140019>. Acesso em: 23 nov. 2020.

SANTOS, M. T.; LIMA, M. A. D. S.; ZUCATTI, P. B. Serviços de emergência amigos do idoso no Brasil: condições necessárias para o cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 4, p. 592-99, 2016. Disponível em: <doi: 10.1590/S0080-623420160000500008>. Acesso em: 11 jun. 2019.

SARQUIS, L. M. M.; KUZNIER, T. P.; MATTEI, A. T. Pesquisa metodológica: da teoria à prática. In: LACERDA, M. R.; RIBEIRO, R. P.; COSTENARO, R. G. S. (Org.) **Metodologias da Pesquisa para a Enfermagem e Saúde**: volume II. 10. ed. Porto Alegre: Moriá, 2018, p. 151-176.

SCARPARO, A. F. *et al.* Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista Rene**, v. 13, n. 1, p. 242-51, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3803/3000>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

SHIMOGAI, T. *et al.* Factors Affecting Discharge to Home of Medical Patients Treated in an Intensive Care Unit. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 4324, p. 1-9, 2019. Disponível em: <doi: 10.3390/ijerph16224324>. Acesso em: 07 mar. 2021.

SILVEIRA, L. T. Y. *et al.* Decline in functional status after intensive care unit discharge is associated with ICU readmission: a prospective cohort study. **Physiotherapy**, v. 105, p. 321-7, 2019. Disponível em: <doi: 10.1016/j.physio.2018.07.010>. Acesso em: 10 mar. 2021.

SIQUEIRA, T. H., VILA, V. S. C., WEISS, M. E. Adaptação transcultural do instrumento Readiness For Hospital Discharge Scale – Adult Form. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1046-54, 2018. Disponível em: <doi: 10.1590/0034-7167-2017-0241>. Acesso em: 12 mar. 2020.

SLUISVELD, N. V. *et al.* Barriers and facilitators to improve safety and efficiency of the ICU discharge process: a mixed methods study. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 251, 2017a. Disponível em: <doi: 10.1186/s12913-017-2139-x>. Acesso em: 21 jun. 2019.

SLUISVELD, N. V. *et al.* Variation in rates of ICU readmissions and post-ICU in-hospital mortality and their association with ICU discharge practices. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 281, 2017b. Disponível em: <doi: 10.1186/s12913-017-2234-z>. Acesso em: 03 jun. 2019.

SO, H. M.; YAN, W. W.; CHAIR, S. Y. A nurse-led critical care outreach program to reduce readmission to the intensive care unit: A quasi-experimental study with a historical control group. **Australian Critical Care**, v. 32, p. 494-501, 2019. Disponível em: <doi: 10.1016/j.aucc.2018.11.005>. Acesso em: 10 mar. 2021.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 649-59, 2017. Disponível em: <doi: 10.5123/S1679-49742017000300022>. Acesso em: 19 mai. 2020.

STELFOX, H. T. *et al.* A multi-center prospective cohort study of patient transfers from the intensive care unit to the hospital ward. **Intensive Care Medicine**, v. 43, n. 10, p. 1485-94, 2017. Disponível em: <doi: 10.1007/s00134-017-4910-1>. Acesso em: 22 mai. 2019.

STELFOX, H. T. *et al.* A scoping review of patient discharge from intensive care: opportunities and tools to improve care. **CHEST Journal**, v. 147, n. 2, p. 317-27, 2015. Disponível em: <doi: 10.1378/chest.13-2965>. Acesso em: 21 jun. 2019.

STELFOX, H. T. *et al.* Critical care transition programs and the risk of readmission or death after discharge from ICU. **Intensive Care Medicine**, v. 42, n. 3, p. 401-10, 2016. Disponível em: <doi: 10.1007/s00134-015-4173-7>. Acesso em: 21 jun. 2019.

STELFOX, H. T. *et al.* Assessment of the Safety of Discharging Select Patients Directly Home From the Intensive Care Unit: A Multicenter Population-Based Cohort Study. **JAMA Internal Medicine**, v. 178, n. 10, p. 1390-9, 2018. Disponível em: <doi: 10.1001/jamainternmed.2018.3675>. Acesso em: 26 set. 2021.

TANIGUCHI, L. U. *et al.* Subjective score and outcomes after discharge from the intensive care unit: a prospective observational study. **Journal of International Medical Research**, v. 47, n. 9, p. 4183-93, 2019. Disponível em: <doi: 10.1177/0300060519859736>. Acesso em: 04 jun. 2020.

TEICH, V. D. *et al.* Características epidemiológicas e clínicas dos pacientes com COVID-19 no Brasil. **einstein**, v. 18, p. 1-7, 2020. Disponível em: <doi: 10.31744/einstein_journal/2020AO6022>. Acesso em: 26 ago. 2021.

TEIXEIRA, C.; KERN, M.; ROSA, R. G. Quais desfechos devem ser avaliados nos pacientes graves? **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 33, n. 2, p. 312-19, 2021. Disponível em: <doi: 10.5935/0103-507X.20210040>. Acesso em: 25 ago. 2021.

THE JOINT COMMISSION. **Sentinel Event Alert**. The Joint Commission, n. 58, 2017. Disponível em: <[https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_58_Hand_off_Comms_9_6_17_FINAL_\(1\).pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_58_Hand_off_Comms_9_6_17_FINAL_(1).pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2019.

THE JOINT COMMISSION. **Transitions of care**: the need for a more effective approach to continuing patient care. The Joint Commission, 2012.

TIRUVOIPATI, R. *et al.* Intensive care discharge delay is associated with increased hospital length of stay: a multicentre prospective observational study. **PLoS One**, v. 12, n. 7, p. 1-13, 2017. Disponível em: <doi: 10.1371/journal.pone.0181827>. Acesso em: 29 mai. 2019.

VINCENT, J. L. The continuum of critical care. **Critical Care**, v. 23, n. 122, 2019. Disponível em: <doi: 10.1186/s13054-019-2393-x>. Acesso em: 21 jun. 2019.

WEBER, L. A. F. *et al.* Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, 2017. Disponível em: <doi: 10.5380/ce.v22i3.47615>. Acesso em: 18 mai. 2020.

WEISS, M. E. *et al.* A model for hospital discharge preparation: from case management to care transition. **Journal of Nursing Administration**, v. 45, n. 12, p. 606-14, 2015. Disponível em: <doi: 10.1097/NNA.0000000000000273>. Acesso em: 26 abr. 2020.

WEISS, M. E. *et al.* Effect of implementing discharge readiness assessment in adult medical-surgical units on 30-day return to hospital. **JAMA Network Open**, v. 2, n. 1, 2019. Disponível em: <doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.7387>. Acesso em: 26 abr. 2020.

WEISS, M. E. Marquette University // College of Nursing // **READINESS FOR HOSPITAL DISCHARGE SCALE (RHDS)**. [2016?]. Disponível em: <<https://www.marquette.edu/nursing/readiness-hospital-discharge-scale.php>>. Acesso em: 12 mar. 2020.

WEISS, M. E., PIACENTINE, L. B. Psychometric properties of the Readiness For Hospital Discharge Scale. **Journal of Nursing Measurement**, v. 14, n. 3, p. 163-80, 2006. Disponível em: <doi: 10.1891/jnm-v14i3a002 >. Acesso em: 26 abr. 2020.

WEISS, M. E., YAKUSHEVA, O., BOBAY, K. L. Quality and cost analysis of nurse staffing, discharge preparation, and postdischarge utilization. **BMC Health Services Research**, v. 46, n. 5, p. 1473-94, 2011. Disponível em: <doi: 10.1111/j.1475-6773.2011.01267.x>. Acesso em: 26 abr. 2020.

WON, M. H.; SON, Y. J. Development and psychometric evaluation of the Relocation Stress Syndrome Scale-Short Form for patients transferred from adult intensive care units to general wards. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 58, 102800, 2020. Disponível em: <doi: 10.1016/j.iccn.2020.102800>. Acesso em: 10 mar. 2021.

WOOD, S. D.; COSTER, S.; NORMAN, I. Comparing the monitoring of patients transferred from a critical care unit to hospital wards at after-hours with day transfers: an exploratory, prospective cohort study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 70, n. 12, p. 2757-66, 2014. Disponível em: <doi: 10.1111/jan.12410>. Acesso em: 13 jun. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Transitions of care: technical series on safer primary care**. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf;jsessionid=821A4A0994ED7D40174A7DB2CFBDAAA4?sequence=1>>. Acesso em 21 jun. 2019.

YUN, S. H. *et al.* Development and effects of a transition nursing program for patients and family caregivers at a neurological ICU in Korea. **Clinical Nursing Research**, v. 26, n. 1, p. 27-46, 2017. Disponível em: <doi: 10.1177/1054773815616973>. Acesso em: 13 jun. 2019.

ZAIDI, H.; BADER-EL-DEN, M.; McNICHOLAS, J. Using the National Early Warning Score (NEWS/NEWS 2) in different Intensive Care Units (ICUs) to predict the discharge location of patients. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, 2019. Disponível em: <doi: 10.1186/s12889-019-7541-3>. Acesso em: 04 jun. 2020.

ZUCCHETTI, M. **Desenvolvimento e validação de um manual interprofissional de cuidados ao paciente crítico**. 2019. 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Programa de Residência Multiprofissional em Adulto Crítico, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/205982/001111965.pdf?sequence=1>>. Acesso em 25 abr. 2020.

APÊNDICE A – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO (PRIMEIRA RODADA DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)

Prezado(a) Senhor(a),

Em virtude da sua trajetória e experiência, acreditamos que possa contribuir para o desenvolvimento de nossa pesquisa, e gostaríamos de convidá-lo(a) a integrar nosso comitê de especialistas. O estudo tem como objetivo construir e validar um instrumento de avaliação do preparo para a alta da terapia intensiva na perspectiva do paciente. Trata-se de um projeto de pesquisa de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Se você aceitar participar da pesquisa, sua colaboração envolverá responder individualmente um formulário *on-line* para validar o conteúdo do instrumento de avaliação do preparo para a alta da terapia intensiva na perspectiva do paciente, elaborado pelas pesquisadoras. O questionário contempla dados de identificação e questões fechadas, quanto à clareza e relevância dos itens e à abrangência dos domínios estruturados, nas quais basta escolher e assinalar uma das opções expostas.

Como sua participação será de forma remota e assíncrona, o questionário pode ser respondido no horário e local de sua preferência e consome entre 20 a 30 minutos para o seu completo preenchimento. Assista a este vídeo (<https://www.youtube.com/watch?v=vfITNKcbVm0>) para melhor esclarecimento quanto ao estudo e sua contribuição. Manifestando-se de forma favorável quanto à participação na pesquisa, basta clicar no *link* apresentado ao final do *e-mail*, o qual irá direcioná-lo(a) para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Caso seja assinalada a opção de aceite de participação, o formulário será aberto.

Pedimos a gentileza de que seja respondido no prazo de **duas semanas**. Em qualquer momento, você poderá retornar as dúvidas que surgirem para a pesquisadora Paula Buchs Zucatti (alta.terapia.intensiva@gmail.com).

Link para o questionário: <https://forms.gle/J4egzbCPgG1U85jv7>.

Desde já, agradecemos a atenção dispensada.

Atenciosamente,

Paula Buchs Zucatti

Enfermeira, Mestranda do PPGENF da Escola de Enfermagem da UFRGS

Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Professora Titular aposentada e Docente Convidada do PPGENF da Escola de Enfermagem
da UFRGS

**APÊNDICE B – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO (SEGUNDA
RODADA DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)**

Prezado(a) Senhor(a),

Agradecemos sua contribuição até o momento e gostaríamos de convidá-lo(a) para a segunda rodada do estudo.

Se você aceitar participar, sua colaboração envolverá responder um questionário *on-line*. Para este estágio da validação de conteúdo, pedimos que você reavalie seu posicionamento perante as modificações da Escala sobre o Preparo para a Alta da Unidade de Terapia Intensiva na Percepção do Paciente e o *feedback* estatístico das respostas da rodada anterior, levando em conta os critérios de clareza e relevância.

Como sua participação será de forma remota e assíncrona, o questionário pode ser respondido no horário e local de sua preferência e consome entre 10 a 20 minutos para o seu completo preenchimento. Caso tenha interesse em rever, seguem em anexo, a breve apresentação do objetivo da pesquisa e alguns conceitos envolvidos e a primeira versão do instrumento.

Pedimos a gentileza de que o questionário seja respondido no prazo de **sete** dias. Em qualquer momento, você poderá retornar as dúvidas que surgirem para a pesquisadora Paula Buchs Zucatti (alta.terapia.intensiva@gmail.com).

Link para o questionário: <https://forms.gle/Z189cpNtNuHKdWbJ7>.

Atenciosamente,

Paula Buchs Zucatti

Enfermeira, Mestranda do PPGENF da Escola de Enfermagem da UFRGS

Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Professora Titular aposentada e Docente Convidada do PPGENF da Escola de Enfermagem
da UFRGS

**APÊNDICE C – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO (TERCEIRA
RODADA DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)**

Prezado(a) Senhor(a),

Agradecemos sua contribuição até o momento e gostaríamos de convidá-lo(a) para a terceira e última rodada do estudo.

Se você aceitar participar, sua colaboração envolverá responder um questionário *on-line*. Para este estágio da validação de conteúdo, pedimos que você reavalie seu posicionamento perante as modificações da Escala de Preparo para a Alta da Unidade de Terapia Intensiva na Percepção do Paciente e o *feedback* estatístico das respostas das rodadas anteriores, levando em conta os critérios de clareza e relevância.

Como sua participação será de forma remota e assíncrona, o questionário pode ser respondido no horário e local de sua preferência e consome entre cinco a 10 minutos para o seu completo preenchimento.

Pedimos a gentileza de que o questionário seja respondido no prazo de **sete** dias. Em qualquer momento, você poderá retornar as dúvidas que surgirem para a pesquisadora Paula Buchs Zucatti (alta.terapia.intensiva@gmail.com).

Link para o questionário: <https://forms.gle/owSt9FmtjDe7z5KA7>.

Atenciosamente,

Paula Buchs Zucatti

Enfermeira, Mestranda do PPGENF da Escola de Enfermagem da UFRGS

Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Professora Titular aposentada e Docente Convidada do PPGENF da Escola de Enfermagem
da UFRGS

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS (PRIMEIRA RODADA DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Esta primeira parte do questionário de pesquisa contempla dados de identificação, na qual solicitamos o registro para fins de caracterização dos participantes.

1. *E-mail*: _____
2. **Sexo**: () Masculino () Feminino
3. **Idade**: _____
4. **Você já foi paciente em uma Unidade de Terapia Intensiva?** () Sim () Não
5. **Você é um profissional da área da saúde?** () Sim* () Não

*CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE

6. **Curso de graduação**: _____
7. **Ano de conclusão do curso de graduação**: _____
8. **Possui formação em nível de pós-graduação? (Se sim, responda a próxima pergunta)**
() Sim () Não
9. **Indique o nível de formação que possui:**
 - () Especialização ou Residência
 - () Mestrado acadêmico
 - () Mestrado profissional
 - () Doutorado
 - () Pós-doutorado
10. **Você trabalha?** () Sim () Não
11. **É pesquisador(a)?** () Sim () Não
12. **Atual área de atuação (marcar mais de uma opção, se for o caso):**
 - () Instituição Hospitalar Pública
 - () Instituição Hospitalar Privada
 - () Instituição Hospitalar Filantrópica
 - () Instituição de Ensino Público
 - () Instituição de Ensino Privado
 - () Outros: _____
13. **Anos de experiência (assistencial, de gestão, ensino e/ou pesquisa) em sua atual área de atuação:** _____

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO: AFIRMAÇÕES

Nesta segunda parte do questionário, para verificar se as afirmações e os domínios levantados até então são apropriados para medir o construto desejado e validar o conteúdo da Escala de Preparo para a Alta da Terapia Intensiva na Perspectiva do Paciente, descrevemos abaixo critérios que devem ser considerados em sua avaliação:

- Clareza: inteligível, com expressões simples e inequívocas;
- Relevância: não insinua atributo diferente do definido; e
- Abrangência: cada domínio foi adequadamente coberto pelo conjunto de afirmações.

1. **Eu sei onde estou, que dia é hoje e há quantos dias estou internado(a) aqui.**
() Não clara () Indiferente () Clara

() Não relevante () Indiferente () Relevante

Sugestões ou comentários: _____

2. Sinto-me em condições físicas para ir para a unidade de internação.

() Não clara () Indiferente () Clara

() Não relevante () Indiferente () Relevante

Sugestões ou comentários: _____

3. Sinto-me capaz de cuidar das minhas necessidades pessoais sozinho(a) (por exemplo: alimentar-me, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).

() Não clara () Indiferente () Clara

() Não relevante () Indiferente () Relevante

Sugestões ou comentários: _____

4. Sinto-me em condições emocionais para ir para a unidade de internação.

() Não clara () Indiferente () Clara

() Não relevante () Indiferente () Relevante

Sugestões ou comentários: _____

5. Sinto dor e/ou desconforto hoje.

() Não clara () Indiferente () Clara

() Não relevante () Indiferente () Relevante

Sugestões ou comentários: _____

6. Sinto-me estressado(a) e/ou ansioso(a) hoje.

() Não clara () Indiferente () Clara

() Não relevante () Indiferente () Relevante

Sugestões ou comentários: _____

7. Sinto-me capaz de identificar minhas limitações (o que eu posso ou não fazer) hoje.

() Não clara () Indiferente () Clara

() Não relevante () Indiferente () Relevante

Sugestões ou comentários: _____

8. Estou me sentindo seguro(a) com a alta da unidade de terapia intensiva.

() Não clara () Indiferente () Clara

() Não relevante () Indiferente () Relevante

Sugestões ou comentários: _____

9. Eu sei quais são os meus problemas de saúde e o que estes podem causar.

() Não clara () Indiferente () Clara

() Não relevante () Indiferente () Relevante

Sugestões ou comentários: _____

10. Eu sei qual foi o motivo que me trouxe à Unidade de Terapia Intensiva.

() Não clara () Indiferente () Clara

() Não relevante () Indiferente () Relevante

Sugestões ou comentários: _____

11. Eu sei quais foram os profissionais envolvidos em meu cuidado (por exemplo: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, farmacêutico, psicólogo, dentista e/ou assistente social) e seus papéis em meu tratamento na Unidade de Terapia Intensiva.

Não clara Indiferente Clara

Não relevante Indiferente Relevante

Sugestões ou comentários: _____

12. Eu sei quais foram os cuidados e os equipamentos da Unidade de Terapia Intensiva que precisei até aqui.

Não clara Indiferente Clara

Não relevante Indiferente Relevante

Sugestões ou comentários: _____

13. Eu sei para o que servem estes dispositivos que estão em mim hoje (por exemplo: cateter de oxigênio, traqueostomia, válvula de fala, sonda para alimentação, estomia, sonda para auxiliar na eliminação da urina, cateter para administração de medicamentos).

Não clara Indiferente Clara

Não relevante Indiferente Relevante

Sugestões ou comentários: _____

14. Eu sei o significado destas pulseiras (na cor branca, amarela e/ou vermelha) que estão em mim hoje.

Não clara Indiferente Clara

Não relevante Indiferente Relevante

Sugestões ou comentários: _____

15. Eu sei quais são os medicamentos que estou tomando hoje (por exemplo: se sigo usando minhas medicações de uso contínuo, ou porque não estou fazendo uso de alguma delas, se iniciei algum novo medicamento e o porquê).

Não clara Indiferente Clara

Não relevante Indiferente Relevante

Sugestões ou comentários: _____

16. Eu sei quais profissionais cuidarão de mim a partir de hoje e os cuidados e os equipamentos que precisarei na unidade de internação.

Não clara Indiferente Clara

Não relevante Indiferente Relevante

Sugestões ou comentários: _____

17. Eu sei quais os sinais e os sintomas que devo ficar atento(a) e avisar a equipe de saúde na unidade de internação (por exemplo: agitação ou sonolência, respiração ofegante ou cansada, ritmo do coração alterado, pele pálida, fria e pegajosa).

Não clara Indiferente Clara

Não relevante Indiferente Relevante

Sugestões ou comentários: _____

18. Eu entendo que posso contribuir na prevenção de lesões de pele e de quedas na unidade de internação.

- Não clara Indiferente Clara
 Não relevante Indiferente Relevante

Sugestões ou comentários: _____

19. Eu tenho dúvidas sobre a continuidade do meu tratamento na unidade de internação.

- Não clara Indiferente Clara
 Não relevante Indiferente Relevante

Sugestões ou comentários: _____

20. Eu participei ou fui envolvido no planejamento da minha alta da unidade de terapia intensiva para a unidade de internação.

- Não clara Indiferente Clara
 Não relevante Indiferente Relevante

Sugestões ou comentários: _____

21. Eu fui orientado(a) sobre minha transferência para a unidade de internação.

- Não clara Indiferente Clara
 Não relevante Indiferente Relevante

Sugestões ou comentários: _____

22. Eu sinto que as minhas preferências foram preservadas nesse processo de alta da Unidade de Terapia Intensiva.

- Não clara Indiferente Clara
 Não relevante Indiferente Relevante

Sugestões ou comentários: _____

23. Eu terei algum familiar e/ou amigo para ajudar nas minhas necessidades pessoais na unidade de internação (por exemplo: alimentar-me, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).

- Não clara Indiferente Clara
 Não relevante Indiferente Relevante

Sugestões ou comentários: _____

24. Eu terei apoio emocional de algum familiar e/ou amigo na unidade de internação.

- Não clara Indiferente Clara
 Não relevante Indiferente Relevante

Sugestões ou comentários: _____

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO: DOMÍNIOS

Considere para sua avaliação:

→ Domínio ESTADO PESSOAL (itens 1 ao 8): condições físicas e emocionais antes da alta da UTI;

→ Domínio CONHECIMENTO (itens 9 ao 19): percepção dos indivíduos quanto às informações necessárias e recebidas para subsidiar a resolução de potenciais problemas e minimizar preocupações frente ao novo cenário assistencial;

→ Domínio ENVOLVIMENTO E AUTONOMIA (itens 20 ao 22): proximidade do paciente ao processo de alta da terapia intensiva e quão empoderado e ativo foi perante tal planejamento; e

→ Domínio APOIO ESPERADO (itens 23 e 24): disponibilidade de suporte emocional e para continuidade do cuidado no período de transição para a unidade de internação.

25. A estrutura (título e definição) do domínio ESTADO PESSOAL está adequada.

() Não concordo () Concordo

Sugestões ou comentários: _____

26. Cada afirmação do domínio ESTADO PESSOAL (itens 1 ao 8) realmente expressa seu conteúdo.

() Não concordo () Concordo

Sugestões ou comentários: _____

27. As afirmações do domínio ESTADO PESSOAL (itens 1 ao 8) são apropriadas aos respondentes e devem permanecer neste domínio.

() Não concordo () Concordo

Sugestões ou comentários: _____

28. A estrutura (título e definição) do domínio CONHECIMENTO está adequada.

() Não concordo () Concordo

Sugestões ou comentários: _____

29. Cada afirmação do domínio CONHECIMENTO (itens 9 ao 19) realmente expressa seu conteúdo.

() Não concordo () Concordo

Sugestões ou comentários: _____

30. As afirmações do domínio CONHECIMENTO (itens 9 ao 19) são apropriadas aos respondentes e devem permanecer neste domínio.

() Não concordo () Concordo

Sugestões ou comentários: _____

31. A estrutura (título e definição) do domínio ENVOLVIMENTO E AUTONOMIA está adequada.

() Não concordo () Concordo

Sugestões ou comentários: _____

32. Cada afirmação do domínio ENVOLVIMENTO E AUTONOMIA (itens 20 ao 22) realmente expressa seu conteúdo.

() Não concordo () Concordo

Sugestões ou comentários: _____

33. As afirmações do domínio ENVOLVIMENTO E AUTONOMIA (itens 20 ao 22) são apropriadas aos respondentes e devem permanecer neste domínio.

() Não concordo () Concordo

Sugestões ou comentários: _____

34. A estrutura (título e definição) do domínio APOIO ESPERADO está adequada.

() Não concordo () Concordo

Sugestões ou comentários: _____

35. Cada afirmação do domínio APOIO ESPERADO (itens 23 e 24) realmente expressa seu conteúdo.

() Não concordo () Concordo

Sugestões ou comentários: _____

36. As afirmações do domínio APOIO ESPERADO (itens 23 e 24) são apropriadas aos respondentes e devem permanecer neste domínio.

() Não concordo () Concordo

Sugestões ou comentários: _____

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO: INSTRUMENTO EM GERAL

Consulte o instrumento na íntegra, encaminhado em anexo no *e-mail* que você recebeu, para sua melhor avaliação.

37. O título do instrumento é claro, pertinente e abrange o construto desejado.

() Não concordo () Concordo

Sugestões ou comentários: _____

38. O layout do instrumento é claro, pertinente e abrange o construto desejado.

() Não concordo () Concordo

Sugestões ou comentários: _____

39. As instruções do instrumento são claras, pertinentes e abrangem o construto desejado.

() Não concordo () Concordo

Sugestões ou comentários: _____

40. As escalas de resposta das afirmações do instrumento são claras, pertinentes e abrangem o construto desejado.

() Não concordo () Concordo

Sugestões ou comentários: _____

41. A interpretação da escala é clara, pertinente e abrange o construto desejado.

() Não concordo () Concordo

Sugestões ou comentários: _____

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO: APLICAÇÃO DA ESCALA NA PRÁTICA

Algumas considerações para a aplicação prática da escala já foram discutidas pelas pesquisadoras, mas gostaríamos de finalizar este formulário com a opinião de vocês sobre esses aspectos.

42. A escala é autoaplicável.

() Não concordo () Concordo

Sugestões ou comentários: _____

43. Quando necessário, a escala poderá ser aplicada por um profissional da área da saúde.

Entenda "quando necessário" para pacientes analfabetos e/ou com alguma limitação física que impeça a autoaplicação. Para aqueles com nível e/ou conteúdo de consciência alterados ou *déficit* cognitivo e/ou de comunicação importante, outra escala deverá ser direcionada ao familiar.

Não concordo Concordo

Sugestões ou comentários: _____

44. A escala deverá ser aplicada pelo menos quatro horas antes da transferência para a unidade de internação.

Não concordo Concordo

Sugestões ou comentários: _____

45. Qualquer profissional da área da saúde poderá empregar a escala no desenvolvimento de suas atividades e agir perante o resultado, porém, entende-se o enfermeiro como o profissional mais indicado para tal aplicação.

Não concordo Concordo

Sugestões ou comentários: _____

Sua resposta foi registrada. Obrigada pela sua contribuição!

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS (SEGUNDA RODADA DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Frente às sugestões do grupo (n = 20), considerando ainda, conforme a literatura, 80% de concordância, preferencialmente, acima de 90%, para assegurar a validade dos itens avaliados, as pesquisadoras mantiveram, alteraram ou excluíram itens.

Para este estágio da validação de conteúdo, pedimos que você reavalie seu posicionamento perante as modificações da Escala de Preparo para a Alta da Unidade de Terapia Intensiva na Percepção do Paciente e o *feedback* estatístico das respostas da rodada anterior, levando em conta os critérios de clareza (inteligível, com expressões simples e inequívocas) e relevância (não insinua atributo diferente do definido).

1. Eu sei onde estou.

<i>Como era...</i>	
Eu sei onde estou, que dia é hoje e há quantos dias estou internado(a) aqui.	
95% clara (n = 19)	100% relevante (n = 20)

Clara () Não () Sim

Relevante () Não () Sim

Sugestões ou comentários: _____

2. Eu sei que dia é hoje e há quantos dias estou aqui.

<i>Como era...</i>	
Eu sei onde estou, que dia é hoje e há quantos dias estou internado(a) aqui.	
95% clara (n = 19)	100% relevante (n = 20)

Clara () Não () Sim

Relevante () Não () Sim

Sugestões ou comentários: _____

3. Eu me sinto bem, sem dor ou qualquer desconforto.

<i>Como era...</i>	
Sinto dor e/ou desconforto hoje.	
85% clara (n = 17)	95% relevante (n = 19)

Clara () Não () Sim

Relevante () Não () Sim

Sugestões ou comentários: _____

4. Sinto que consigo cuidar das minhas necessidades pessoais sozinho(a) na Unidade de Internação (por exemplo: comer, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).

<i>Como era...</i>	
Sinto-me capaz de cuidar das minhas necessidades pessoais sozinho(a) (por exemplo: alimentar-me, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).	
90% clara (n = 18)	85% relevante (n = 17)

Clara Não SimRelevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

5. Sinto que estou emocionalmente preparado para ir para a Unidade de Internação (por exemplo: estou disposto, sinto tranquilidade, não estou estressado e/ou ansioso, não sinto medo, receio e/ou insegurança).

<i>Como era...</i>	
Sinto-me em condições emocionais para ir para a Unidade de Internação.	
70% clara (n = 14)	80% relevante (n = 16)

Clara Não SimRelevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

6. Sinto que consigo perceber o que eu posso ou não fazer.

<i>Como era...</i>	
Sinto-me capaz de identificar minhas limitações (o que eu posso ou não fazer) hoje.	
80% clara (n = 16)	95% relevante (n = 19)

Clara Não SimRelevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

7. Eu sei quais são os meus problemas de saúde.

<i>Como era...</i>	
Eu sei quais são os meus problemas de saúde e o que estes podem causar.	
80% clara (n = 16)	85% relevante (n = 17)

Clara Não SimRelevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

8. Eu sei o que os meus problemas de saúde podem causar.

<i>Como era...</i>	
Eu sei quais são os meus problemas de saúde e o que estes podem causar.	
80% clara (n = 16)	85% relevante (n = 17)

Clara Não SimRelevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

9. Eu sei qual foi o motivo da minha internação na Unidade de Terapia Intensiva.

Como era...	
Eu sei qual foi o motivo que me trouxe à Unidade de Terapia Intensiva.	
90% clara (n = 18)	95% relevante (n = 19)

Clara Não SimRelevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

10. Eu sei quais foram os cuidados e os equipamentos que precisei na Unidade de Terapia Intensiva.

Como era...	
Eu sei quais foram os cuidados e os equipamentos da Unidade de Terapia Intensiva que precisei até aqui.	
85% clara (n = 17)	70% relevante (n = 14)

Clara Não SimRelevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

11. Eu sei quais são os remédios que estou tomando hoje (por exemplo: se sigo usando os remédios que uso em casa, ou porque não estou fazendo uso de algum deles, se iniciei algum novo remédio e o porquê).

Como era...	
Eu sei quais são os medicamentos que estou tomando hoje (por exemplo: se sigo usando minhas medicações de uso contínuo, ou porque não estou fazendo uso de alguma delas, se iniciei algum novo medicamento e porquê).	
75% clara (n = 15)	85% relevante (n = 17)

Clara Não SimRelevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

12. Eu sei quais são os cuidados e os equipamentos que precisarei na Unidade de Internação.

Como era...	
Eu sei quais profissionais cuidarão de mim a partir de hoje e os cuidados e os equipamentos que precisarei na Unidade de Internação.	
85% clara (n = 17)	90% relevante (n = 18)

Clara Não SimRelevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

13. Eu sei quais os sinais e os sintomas que devo ficar atento(a) para avisar a equipe de saúde na Unidade de Internação (por exemplo: agitação ou sonolência, respiração ofegante ou cansada, ritmo do coração alterado, pele pálida, fria e pegajosa).

<i>Como era...</i>	
Eu sei quais os sinais e os sintomas que devo ficar atento(a) e avisar a equipe de saúde na Unidade de Internação (por exemplo: agitação ou sonolência, respiração ofegante ou cansada, ritmo do coração alterado, pele pálida, fria e pegajosa).	
95% clara (n = 19)	90% relevante (n = 18)

Clara Não SimRelevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

14. Eu sei o que devo fazer para evitar que eu tenha lesões de pele por pressão (feridas) ou quedas na Unidade de Internação.

<i>Como era...</i>	
Eu entendo que posso contribuir na prevenção de lesões de pele e de quedas na Unidade de Internação.	
70% clara (n = 14)	90% relevante (n = 18)

Clara Não SimRelevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

15. Eu não tenho dúvidas sobre a continuidade do meu tratamento na Unidade de Internação.

<i>Como era...</i>	
Eu tenho dúvidas sobre a continuidade do meu tratamento na Unidade de Internação.	
70% clara (n = 14)	90% relevante (n = 18)

Clara Não SimRelevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

16. Eu participei ou fui envolvido no planejamento da minha alta da Unidade de Terapia Intensiva para a Unidade de Internação.

75% clara (n = 15)	85% relevante (n = 17)
------------------------------	----------------------------------

Clara Não SimRelevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

17. Eu sinto que as minhas preferências foram consideradas nesse processo de alta da Unidade de Terapia Intensiva.

<i>Como era...</i>	
Eu sinto que as minhas preferências foram preservadas nesse processo de alta da Unidade de Terapia Intensiva.	
75% clara (n = 15)	80% relevante (n = 16)

Clara Não SimRelevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

18. Eu terei algum familiar e/ou amigo para ajudar nas minhas necessidades pessoais na Unidade de Internação (por exemplo: comer, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).

<i>Como era...</i>	
Eu terei algum familiar e/ou amigo para ajudar nas minhas necessidades pessoais na Unidade de Internação (por exemplo: alimentar-me, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).	
95% clara (n = 19)	100% relevante (n = 20)

Clara Não Sim

Relevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

19. O título da escala ficou claro, pertinente e abrange o construto desejado.

<i>Como era...</i>	
Escala de Preparo para Alta da Terapia Intensiva na Perspectiva do Paciente (PrATI-PP)	
85% concordaram (n = 17)	15% não concordaram (n = 3)
<i>Como ficou...</i>	
Escala de Preparo para a Alta da Unidade de Terapia Intensiva na Percepção do Paciente (PrATI-PP)	

Não concordo Concordo

Sugestões ou comentários: _____

20. As instruções da escala ficaram claras, pertinentes e abrangem o construto desejado.

<i>Como era...</i>	
Por favor, marque com um círculo sua resposta. As respostas estão em uma escala de zero a 10 pontos. As descrições ao lado dos números indicam o que o zero e o 10 significam. Escolha o número que melhor descreve como você se sente. Por exemplo, ao escolher o número sete, você se sente mais próximo da descrição do número 10 do que do número zero.	
90% concordaram (n = 18)	10% não concordaram (n = 2)
<i>Como ficou...</i>	
Esta escala irá avaliar a sua percepção sobre o seu preparo para alta da Unidade de Terapia Intensiva. Por favor, assinala a sua concordância, ou discordância, em relação às afirmações abaixo. Por exemplo, se a frase representar totalmente como você se sente, você irá marcar a opção "concordo muito".	

Não concordo Concordo

Sugestões ou comentários: _____

21. A escala de resposta ficou clara, pertinente e abrange o construto desejado.

Como era...												
Sinto que consigo cuidar das minhas necessidades pessoais sozinho(a) (por exemplo: comer, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).												
<i>Não tenho capacidade</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Capacidade preservada</i>
95% concordaram (n = 19)						5% não concordaram (n = 1)						
Como ficou...												
Sinto que consigo cuidar das minhas necessidades pessoais sozinho(a) (por exemplo: comer, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).												
<input type="checkbox"/> Discordo muito	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Não discordo nem concordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo muito								

Não concordo Concordo

Sugestões ou comentários: _____

22. A interpretação da escala ficou clara, pertinente e abrange o construto desejado.

Como era...			
ESCORE TOTAL	É a média das respostas, ou seja, as pontuações deverão ser somadas e divididas pelo número de itens do instrumento. As afirmações 5, 6 e 19 requerem codificação reversa para o cálculo final.		_____
Preparo elevado (9 - 10)	Preparo satisfatório (8 - 8,9)	Preparo moderado (7 - 7,9)	Baixo preparo (< 7)
75% concordaram (n = 15)		25% não concordaram (n = 5)	
Como ficou...			
ESCORE TOTAL	Percentual de concordância (agrupando as opções "concordo" e "concordo muito").		_____
Preparo muito satisfatório (90 a 100% de concordância)	Preparo satisfatório (80 a 80,9% de concordância)	Preparo pouco satisfatório (70 a 70,9% de concordância)	Preparo não satisfatório (< 70% de concordância)

Não concordo Concordo

Sugestões ou comentários: _____

Sua resposta foi registrada. Obrigada pela sua contribuição!

APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS (TERCEIRA RODADA DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Frente às sugestões do grupo (n = 15) na segunda rodada de opiniões, considerando ainda, conforme a literatura, 80% de concordância, preferencialmente, acima de 90%, para assegurar a validade dos itens avaliados, as pesquisadoras mantiveram, alteraram ou excluíram itens.

Para este estágio da validação de conteúdo, pedimos que você reavalie seu posicionamento perante as modificações da Escala de Preparo para a Alta da Unidade de Terapia Intensiva na Percepção do Paciente e o *feedback* estatístico das respostas das rodadas anteriores, levando em conta os critérios de clareza (inteligível, com expressões simples e inequívocas) e relevância (não insinua atributo diferente do definido).

1. Sinto que estou emocionalmente preparado(a), disposto(a), tranquilo(a), sem medo, receio e/ou insegurança para ir para a Unidade de Internação.

<i>Como era na 1ª rodada...</i>	
Sinto-me em condições emocionais para ir para a Unidade de Internação.	70% clara (n = 14) 80% relevante (n = 16)
<i>Como era na 2ª rodada...</i>	
Sinto que estou emocionalmente preparado para ir para a Unidade de Internação (por exemplo: estou disposto, sinto tranquilidade, não estou estressado e/ou ansioso, não sinto medo, receio e/ou insegurança).	93,3% clara (n = 14) 86,7% relevante (n = 13)

Clara () Não () Sim

Relevante () Não () Sim

Sugestões ou comentários: _____

2. Estou sem dor ou qualquer desconforto.

<i>Como era na 1ª rodada...</i>	
Sinto dor e/ou desconforto hoje.	85% clara (n = 17) 95% relevante (n = 19)
<i>Como era na 2ª rodada...</i>	
Eu me sinto bem, sem dor ou qualquer desconforto.	86,7% clara (n = 13) 100% relevante (n = 15)

Clara () Não () Sim

Relevante () Não () Sim

Sugestões ou comentários: _____

3. Sinto que consigo perceber minhas limitações (o que eu posso ou não fazer).

<i>Como era na 1ª rodada...</i>	
Sinto-me capaz de identificar minhas limitações (o que eu posso ou não fazer) hoje.	80% clara (n = 16) 95% relevante (n = 19)
<i>Como era na 2ª rodada...</i>	
Sinto que consigo perceber o que eu posso ou não fazer.	53,3% clara (n = 8) 100% relevante (n = 15)

Clara () Não () Sim

Relevante () Não () Sim

Sugestões ou comentários: _____

4. Eu sei o que os meus problemas de saúde podem me causar.

<i>Como era na 1ª rodada...</i>	80% clara (n = 16)
Eu sei quais são os meus problemas de saúde e o que estes podem causar.	85% relevante (n = 17)
<i>Como era na 2ª rodada...</i>	73,3% clara (n = 11)
Eu sei o que os meus problemas de saúde podem causar.	93,3% relevante (n = 14)

Clara Não Sim

Relevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

5. Eu fui esclarecido(a) sobre como será o meu cuidado na Unidade de Internação.

<i>Como era na 1ª rodada...</i>	70% clara (n = 14)
Eu tenho dúvidas sobre a continuidade do meu tratamento na Unidade de Internação.	90% relevante (n = 18)
<i>Como era na 2ª rodada...</i>	73,3% clara (n = 11)
Eu não tenho dúvidas sobre a continuidade do meu tratamento na Unidade de Internação.	93,3% relevante (n = 14)

Clara Não Sim

Relevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

6. Eu sinto que as minhas preferências foram levadas em consideração nesse processo de alta da Unidade de Terapia Intensiva.

<i>Como era na 1ª rodada...</i>	75% clara (n = 15)
Eu sinto que as minhas preferências foram preservadas nesse processo de alta da Unidade de Terapia Intensiva.	80% relevante (n = 16)
<i>Como era na 2ª rodada...</i>	80% clara (n = 12)
Eu sinto que as minhas preferências foram consideradas nesse processo de alta da Unidade de Terapia Intensiva.	93,3% relevante (n = 14)

Clara Não Sim

Relevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

Sua resposta foi registrada. Obrigada pela sua contribuição!

APÊNDICE G – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Número do participante: _____

Sexo: () Masculino () Feminino **Idade:** _____ **Estado civil:** _____

Grau de escolaridade: () Ensino fundamental () Ensino médio () Ensino superior

Tipo de internação na UTI: () Cirúrgica () Clínica

Motivo da internação na UTI:

- () Choque séptico/sepsé () Choque hipovolêmico () Choque cardiogênico
 () Insuficiência respiratória aguda () Parada cardiorrespiratória
 () Acidente vascular encefálico () Pós-operatório () Outros: _____

Morbidades:

- () Neoplasias () Diabetes *mellitus* () Doenças neurológicas () Depressão
 () Insuficiência cardíaca congestiva () Infarto agudo do miocárdio
 () Hipertensão arterial sistêmica () Doença vascular periférica
 () Doença pulmonar obstrutiva crônica () Asma
 () Doenças hepáticas () Doenças renais
 () Doenças musculoesqueléticas () Doenças infectocontagiosas () Outras: _____

SAPS 3 _____

Uso de analgosedação endovenosa contínua: () Sim () Não

Diagnóstico de *delirium*: () Sim () Não

Necessidade de ventilação mecânica invasiva: () Sim () Não

Tempo de ventilação mecânica invasiva: _____ dias

Uso de drogas vasoativas: () Sim () Não

Necessidade de terapia renal substitutiva: () Contínua () Intermitente () Não

Dispositivos presentes na alta da UTI: () Cateter de oxigênio () Traqueostomia

() Sonda nasoenteral () Sonda vesical de demora () Cateter venoso central

() Cateter venoso periférico () Outros: _____

Tempo de internação na UTI: _____ dias

Neste último ano, teve outra internação na UTI () Sim () Não

APÊNDICE H – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS (PRÉ-TESTE)

Número do participante: _____

→ Avalie a clareza das afirmações:

	1 Não entendi	2 Entendi mais ou menos	3 Entendi
Afirmação 1			
Sugestões ou comentários:			
Afirmação 2			
Sugestões ou comentários:			
Afirmação 3			
Sugestões ou comentários:			
Afirmação 4			
Sugestões ou comentários:			
Afirmação 5			
Sugestões ou comentários:			
Afirmação 6			
Sugestões ou comentários:			
Afirmação 7			
Sugestões ou comentários:			
Afirmação 8			
Sugestões ou comentários:			
Afirmação 9			
Sugestões ou comentários:			
Afirmação 10			
Sugestões ou comentários:			
Afirmação 11			
Sugestões ou comentários:			
Afirmação 12			
Sugestões ou comentários:			
Afirmação 13			
Sugestões ou comentários:			
Afirmação 14			
Sugestões ou comentários:			

Afirmção 15			
Sugestões ou comentários:			
Afirmção 16			
Sugestões ou comentários:			
Afirmção 17			
Sugestões ou comentários:			
Afirmção 18			
Sugestões ou comentários:			
Afirmção 19			
Sugestões ou comentários:			
Afirmção 20			
Sugestões ou comentários:			
Afirmção 21			
Sugestões ou comentários:			
Afirmção 22			
Sugestões ou comentários:			

→ Avalie a clareza e a sua preferência quanto aos escores de resposta, observe o exemplo a seguir:

() Escala intervalar de zero a 10

() Escala Likert de cinco pontos

Sugestões ou comentários: _____

Eu sei quais são os meus problemas de saúde.												
<i>Não tenho conhecimento</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Tenho conhecimento sobre tudo</i>
Eu sei quais são os meus problemas de saúde.												
() Discordo muito	() Discordo	() Não concordo nem discordo	() Concordo	() Concordo muito								

APÊNDICE I – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO (QUARTA RODADA DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)

Olá.

Nosso último contato foi em maio, e, na ocasião, acreditamos que seria a última rodada de opiniões. Após a sua contribuição, entre junho e julho, foi realizada a avaliação semântica do instrumento Escala de Preparo para a Alta da Unidade de Terapia Intensiva na Percepção do Paciente com a população-alvo. Com base em impressões subjetivas no decorrer da coleta de dados com os pacientes e diante dos resultados dessa etapa, acreditamos que o instrumento requer alterações significativas. A fim de elucidar as modificações que julgamos necessárias, gostaríamos de convidá-la para delinear uma nova versão.

Se você aceitar participar, sua colaboração envolverá responder um questionário *on-line*, reavaliando seu posicionamento perante as alterações do instrumento e o *feedback* estatístico da etapa anterior, levando em conta os critérios de clareza e relevância.

Como sua participação será de forma remota e assíncrona, o questionário pode ser respondido no horário e local de sua preferência e consome entre 10 a 15 minutos para o seu completo preenchimento.

Pedimos a gentileza de que o questionário seja respondido no prazo de **sete** dias. Em qualquer momento, você poderá retornar as dúvidas que surgirem para a pesquisadora Paula Buchs Zucatti (alta.terapia.intensiva@gmail.com).

Link para o questionário: <https://forms.gle/MSBvGEJuudrJDB9v8>.

Atenciosamente,

Paula Buchs Zucatti

Enfermeira, Mestranda do PPGENF da Escola de Enfermagem da UFRGS

Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Professora Titular aposentada e Docente Convidada do PPGENF da Escola de Enfermagem
da UFRGS

APÊNDICE J - QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS (QUARTA RODADA DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO: AFIRMAÇÕES

Após a sua última contribuição, o instrumento Escala de Preparo para a Alta da Unidade de Terapia Intensiva na Percepção do Paciente foi posto para avaliação semântica com a população-alvo (n = 30). A taxa de concordância de 80% foi considerada para assegurar a clareza das afirmações. Diante dos resultados dessa etapa e a partir de impressões subjetivas no decorrer da coleta de dados com os pacientes, acreditamos que o instrumento requer alterações significativas e, por conta disto, gostaríamos de convidá-lo(a) para delinear uma nova versão.

Deixamos alguns comentários ao longo deste formulário, a fim de elucidar as modificações que julgamos necessárias. Pedimos que você reavalie seu posicionamento perante as alterações da Escala de Preparo para a Alta da Unidade de Terapia Intensiva na Percepção do Paciente, as nossas considerações e o *feedback* estatístico da etapa anterior, levando em conta os critérios de clareza (inteligível, com expressões simples e inequívocas) e relevância (não insinua atributo diferente do definido).

1. Eu sei onde estou.

Consideração das pesquisadoras: afirmação mantida sem alteração para a versão final.

	Não entendi		Entendi mais ou menos		Entendi	
	n	%	n	%	n	%
<i>Como foi apresentada ao paciente...</i>						
Eu sei onde estou.	0	0,0	0	0,0	30	100

Clara () Não () Sim

Relevante () Não () Sim

Sugestões ou comentários: _____

2. Eu sei que dia é hoje e há quantos dias estou aqui.

Consideração das pesquisadoras: afirmação mantida sem alteração para a versão final.

	Não entendi		Entendi mais ou menos		Entendi	
	n	%	n	%	n	%
<i>Como foi apresentada ao paciente...</i>						
Eu sei que dia é hoje e há quantos dias estou aqui.	0	0,0	0	0,0	30	100

Clara () Não () Sim

Relevante () Não () Sim

Sugestões ou comentários: _____

3. Eu sei quais são os meus problemas de saúde.

Consideração das pesquisadoras: afirmação mantida sem alteração para a versão final.

	Não entendi		Entendi mais ou menos		Entendi	
	n	%	n	%	n	%
<i>Como foi apresentada ao paciente...</i>						
Eu sei quais são os meus problemas de saúde.	0	0,0	0	0,0	30	100

Clara () Não () Sim

Relevante () Não () Sim

Sugestões ou comentários: _____

4. Eu sei o que os meus problemas de saúde podem me causar.

Consideração das pesquisadoras: afirmação sem alteração. Solicitamos que você avalie se no contexto de alta da UTI o paciente efetivamente tem condições de ter conhecimento ou ser esclarecido sobre a amplitude da

informação "o que os seus problemas de saúde podem causar", se este dado tem influência significativa para o construto avaliado e se deve permanecer na versão final.

	Não entendi		Entendi mais ou menos		Entendi	
	n	%	n	%	n	%
<i>Como foi apresentada ao paciente...</i>						
Eu sei o que os meus problemas de saúde podem me causar.	0	0,0	0	0,0	30	100

Clara Não Sim

Relevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

5. Eu sei qual foi o motivo da minha internação na UTI.

Consideração das pesquisadoras: afirmação alterada para a versão final.

	Não entendi		Entendi mais ou menos		Entendi	
	n	%	n	%	n	%
<i>Como foi apresentada ao paciente...</i>						
Eu sei qual foi o motivo da minha internação na Unidade de Terapia Intensiva.	0	0,0	0	0,0	30	100

Clara Não Sim

Relevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

6. Eu fui orientado(a) sobre minha alta da UTI e a transferência para o quarto.

Consideração das pesquisadoras: afirmação alterada para a versão final.

	Não entendi		Entendi mais ou menos		Entendi	
	n	%	n	%	n	%
<i>Como foi apresentada ao paciente...</i>						
Eu fui orientado(a) sobre minha transferência para a Unidade de Internação.	0	0,0	0	0,0	30	100

Clara Não Sim

Relevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

7. Estou sem dor ou desconforto.

Consideração das pesquisadoras: afirmação alterada para a versão final.

	Não entendi		Entendi mais ou menos		Entendi	
	n	%	n	%	n	%
<i>Como foi apresentada ao paciente...</i>						
Estou sem dor ou qualquer desconforto.	0	0,0	0	0,0	30	100

Clara Não Sim

Relevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

8. Sinto que estou emocionalmente preparado(a) para ir para o quarto (por exemplo: disposto(a), tranquilo(a), sem medo, receio ou insegurança).

Consideração das pesquisadoras: afirmação alterada para a versão final.

	Não entendi		Entendi mais ou menos		Entendi	
	n	%	n	%	n	%
<i>Como foi apresentada ao paciente...</i>						
Sinto que estou emocionalmente preparado(a), disposto(a), tranquilo(a), sem medo, receio e/ou insegurança para ir para a Unidade de Internação.	0	0,0	0	0,0	30	100

Clara Não Sim

Relevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

9. Sinto que consigo cuidar das minhas necessidades pessoais sozinho(a) no quarto (por exemplo: comer, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).

Consideração das pesquisadoras: afirmação alterada para a versão final.

	Não entendi		Entendi mais ou menos		Entendi	
	n	%	n	%	n	%
<i>Como foi apresentada ao paciente...</i> Sinto que consigo cuidar das minhas necessidades pessoais sozinho(a) na Unidade de Internação (por exemplo: comer, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).	0	0,0	0	0,0	30	100

Clara Não Sim

Relevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

10. Sinto que consigo perceber minhas limitações (o que eu posso ou não fazer).

Consideração das pesquisadoras: afirmação mantida sem alteração para a versão final.

	Não entendi		Entendi mais ou menos		Entendi	
	n	%	n	%	n	%
<i>Como foi apresentada ao paciente...</i> Sinto que consigo perceber minhas limitações (o que eu posso ou não fazer).	1	3,3	1	3,3	28	93,3

Clara Não Sim

Relevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

11. Eu fui esclarecido(a) sobre como será a próxima etapa do meu cuidado no quarto.

Consideração das pesquisadoras: afirmação alterada para a versão final.

	Não entendi		Entendi mais ou menos		Entendi	
	n	%	n	%	n	%
<i>Como foi apresentada ao paciente...</i> Eu fui esclarecido(a) sobre como será o meu cuidado na Unidade de Internação.	0	0,0	6	20,0	24	80,0

Clara Não Sim

Relevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

12. Eu sei o significado desta(s) pulseira(s) que está(ão) em mim hoje.

Consideração das pesquisadoras: afirmação alterada para a versão final. Julgou-se necessária a exclusão dos exemplos a fim de não influenciar a resposta.

	Não entendi		Entendi mais ou menos		Entendi	
	n	%	n	%	n	%
<i>Como foi apresentada ao paciente...</i> Eu sei o significado desta(s) pulseira(s) (na cor branca, amarela e/ou vermelha) que está(ão) em mim hoje.	0	0,0	0	0,0	30	100

Clara Não Sim

Relevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

13. Eu sei para o que servem estes dispositivos que estão em mim hoje.

Consideração das pesquisadoras: afirmação alterada para a versão final. Julgou-se necessária a exclusão dos exemplos a fim de não influenciar a resposta.

	Não entendi		Entendi mais ou menos		Entendi	
	n	%	n	%	n	%
<i>Como foi apresentada ao paciente...</i> Eu sei para o que servem estes dispositivos que estão em mim hoje (por exemplo: cateter de oxigênio, traqueostomia, válvula de fala, sonda para alimentação, estomia, sonda para auxiliar na eliminação da urina, cateter para administração de medicamentos).	0	0,0	0	0,0	30	100

Clara Não Sim

Relevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

14. Eu sei quais são os remédios que estou tomando hoje (por exemplo: se iniciei algum novo remédio e o porquê, se sigo usando os remédios que usava em casa, ou porque não estou fazendo uso de algum deles).

Consideração das pesquisadoras: afirmação alterada para a versão final.

	Não entendi		Entendi mais ou menos		Entendi	
	n	%	n	%	n	%
<i>Como foi apresentada ao paciente...</i>						
Eu sei quais são os remédios que estou tomando hoje (por exemplo: se sigo usando os remédios que uso em casa, ou porque não estou fazendo uso de algum deles, se iniciei algum novo remédio e porquê).	0	0,0	3	10,0	27	90,0

Clara Não Sim

Relevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

15. Eu sei quais os sinais e os sintomas que devo ficar atento(a) para avisar a equipe de saúde no quarto.

Consideração das pesquisadoras: afirmação alterada para a versão final. Julgou-se necessária a exclusão dos exemplos a fim de não influenciar a resposta.

	Não entendi		Entendi mais ou menos		Entendi	
	n	%	n	%	n	%
<i>Como foi apresentada ao paciente...</i>						
Eu sei quais os sinais e os sintomas que devo ficar atento(a) para avisar a equipe de saúde na Unidade de Internação (por exemplo: agitação ou sonolência, respiração ofegante ou cansada, ritmo do coração alterado, pele pálida, fria e pegajosa).	0	0,0	0	0,0	30	100

Clara Não Sim

Relevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

16. Eu sei o que devo fazer para evitar que eu tenha lesões por pressão (feridas na pele por ficar muito tempo na mesma posição).

Consideração das pesquisadoras: afirmação alterada para a versão final. A totalidade dos participantes compreendeu a questão quando explicada como "feridas na pele por ficar muito tempo na mesma posição". Além disto, julgou-se necessária a fragmentação da afirmação (lesões por pressão e quedas) com o intuito de analisar os dados pretendidos de forma isolada. Avalie se a afirmação ficou mais clara para o paciente, e se este dado tem influência significativa para o construto avaliado. Considere se, mesmo com o percentual de clareza < 80%, deve permanecer na versão final, após o ajuste.

	Não entendi		Entendi mais ou menos		Entendi	
	n	%	n	%	n	%
<i>Como foi apresentada ao paciente...</i>						
Eu sei o que devo fazer para evitar que eu tenha lesões de pele por pressão (feridas) ou quedas na Unidade de Internação.	16	53,3	5	16,7	9	30,0

Clara Não Sim

Relevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

17. Eu sei o que devo fazer para evitar que eu tenha quedas.

Consideração das pesquisadoras: afirmação incluída na versão final. Julgou-se necessária a fragmentação da afirmação (lesões por pressão e quedas) com o intuito de analisar os dados pretendidos de forma isolada.

Clara Não Sim

Relevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

18. Eu terei algum acompanhante no quarto para ajudar nas minhas necessidades pessoais (por exemplo: comer, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).

Consideração das pesquisadoras: afirmação alterada para a versão final.

	Não entendi		Entendi mais ou menos		Entendi	
	n	%	n	%	n	%
<i>Como foi apresentada ao paciente...</i>						
Eu terei algum familiar e/ou amigo para ajudar nas minhas necessidades pessoais na Unidade de Internação (por exemplo: comer, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).	0	0,0	0	0,0	30	100

Clara Não Sim

Relevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

19. Eu terei apoio emocional de algum familiar ou amigo(a) após a alta da UTI.

Consideração das pesquisadoras: afirmação alterada para a versão final.

	Não entendi		Entendi mais ou menos		Entendi	
	n	%	n	%	n	%
<i>Como foi apresentada ao paciente...</i>						
Eu terei apoio emocional de algum familiar e/ou amigo na Unidade de Internação.	0	0,0	0	0,0	30	100

Clara Não Sim

Relevante Não Sim

Sugestões ou comentários: _____

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO: INSTRUMENTO EM GERAL

Consulte o instrumento na íntegra, encaminhado em anexo no *e-mail* que você recebeu, para sua melhor avaliação.

20. O título do instrumento é claro, pertinente e abrange o construto desejado.

ESCALA DE PREPARO PARA A ALTA DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NA PERCEPÇÃO DO PACIENTE

Não concordo Concordo

Sugestões ou comentários: _____

21. A ordem de apresentação das afirmações é clara, pertinente e abrange o construto desejado.

Não concordo Concordo

Sugestões ou comentários: _____

22. O layout do instrumento é claro, pertinente e abrange o construto desejado.

Não concordo Concordo

Sugestões ou comentários: _____

23. As instruções do instrumento são claras, pertinentes e abrangem o construto desejado.

Ressaltamos que competirá ao profissional a realização do cálculo do escore total.

Esta escala irá avaliar a sua percepção sobre você estar preparado para a alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Por favor, assinale o quanto você concorda, ou discorda, com a frase. Por exemplo, se a afirmação representar totalmente como você se sente, você irá marcar a opção "Concordo totalmente".

ESCORE TOTAL	<p>Passo 1 Considere as pontuações: Discordo totalmente = 1; Discordo parcialmente = 2; Concordo parcialmente = 3; Concordo totalmente = 4</p> <p>Passo 2 Calcule a média: some as respostas e divida pelo número de itens respondidos, isto é, desconsidere os assinalados como "Não concordo nem discordo"</p> <p>Passo 3 Use a fórmula: Média dos itens respondidos - 1 / 3 x 100 =</p>	_____
---------------------	--	-------

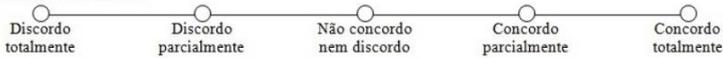
() Não concordo () Concordo

Sugestões ou comentários: _____

24. A escala de resposta é clara, pertinente e abrange o construto desejado.

Escala Likert de cinco pontos

1. **Eu sei onde estou.**



() Não concordo () Concordo

Sugestões ou comentários: _____

2. A interpretação da escala é clara, pertinente e abrange o construto desejado.

Ressaltamos que competirá ao profissional realizar a interpretação da escala.

* Pontuações mais baixas indicam um *preparo não satisfatório*, ao passo que **pontuações mais altas**, próximas do escore 100, um **preparo satisfatório**.

() Não concordo () Concordo

Sugestões ou comentários: _____

Sua resposta foi registrada. Obrigada pela sua contribuição!

APÊNDICE K – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PRIMEIRA RODADA DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), intitulada “**Preparo para alta da terapia intensiva na perspectiva do paciente: construção e validação de instrumento**”, que tem como objetivo construir e validar um instrumento de avaliação do preparo para a alta da terapia intensiva na perspectiva do paciente. O tema escolhido se justifica pela importância de melhorar os processos de alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para a unidade de internação.

O trabalho está sendo realizado pela Enfermeira **Paula Buchs Zucatti** sob supervisão e orientação da Professora Doutora **Maria Alice Dias da Silva Lima**. Estando de acordo, sua colaboração envolve o procedimento a seguir: responder um questionário *on-line* por meio da plataforma Google Forms®, analisando e revisando a clareza e relevância dos itens e a abrangência dos domínios do instrumento de avaliação do preparo para a alta da terapia intensiva na perspectiva do paciente elaborado pelas pesquisadoras. O questionário contempla dados de identificação e questões fechadas, nas quais basta escolher e assinalar uma das opções expostas, e consome entre 20 a 30 minutos para o seu completo preenchimento.

Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes preservados. As informações obtidas serão utilizadas somente para fins de pesquisa e divulgação em meio acadêmico e científico, sendo os dados armazenados pelas autoras durante cinco anos e após totalmente destruídos, conforme preconiza a Resolução 466/12.

A participação tem caráter voluntário, e há possibilidade de desistência a qualquer momento no decorrer do estudo, sem prejuízos pessoais, para a sua atuação profissional ou o seu atendimento na instituição. Os possíveis desconfortos ou riscos decorrentes da participação na pesquisa são mínimos, os quais estão relacionados ao tempo dedicado ao preenchimento do questionário, à possibilidade de ocorrência de certo desconforto em responder algum tema abordado e à eventual quebra de confidencialidade dos dados pela utilização da plataforma eletrônica. Por conta disto, as respostas fornecidas serão automaticamente armazenadas em um banco de dados específico de acesso restrito as pesquisadoras, mediante usuário e senha.

Você não terá benefício pessoal ao participar da pesquisa, contudo, por meio de sua experiência e seu conhecimento, estará contribuindo na realização deste estudo, que espera

trazer melhorias, a médio e longo prazo, para a qualidade da transição do cuidado entre UTI e unidade de internação.

Em qualquer etapa do estudo é possível solicitar esclarecimentos à equipe de pesquisa. O contato com a pesquisadora responsável Maria Alice Dias da Silva Lima e com a pesquisadora Paula Buchs Zucatti poderá ser realizado pelo *e-mail* alta.terapia.intensiva@gmail.com. Se houver dúvidas quanto a questões éticas, também poderão ser contatados o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS, pelo telefone (51) 3308-3738 e endereço Av. Paulo Gama 110, Farroupilha, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, de segunda a sexta, das 08h às 12h e das 13h às 17h, e a coordenadora-geral do CEP do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Daniela Montano Wilhelms, pelo telefone (51) 3357-2813 e endereço Av. Francisco Trein 326, Cristo Redentor, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde (Escola Técnica GHC), Gerência de Ensino e Pesquisa, de segunda a sexta, das 08h às 12h e das 14h30min às 15h30min.

Estando ciente e de acordo, sinalize abaixo a aceitação do termo:

- Aceito participar da pesquisa
- Não tenho interesse em participar da pesquisa

**APÊNDICE L – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(SEGUNDA RODADA DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)**

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), intitulada “**Preparo para alta da terapia intensiva na perspectiva do paciente: construção e validação de instrumento**”, que tem como objetivo construir e validar um instrumento de avaliação do preparo para a alta da terapia intensiva na perspectiva do paciente. O tema escolhido se justifica pela importância de melhorar os processos de alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para a unidade de internação.

O trabalho está sendo realizado pela Enfermeira **Paula Buchs Zucatti** sob supervisão e orientação da Professora Doutora **Maria Alice Dias da Silva Lima**. Estando de acordo, sua colaboração envolve o procedimento a seguir: responder um questionário *on-line* por meio da plataforma Google Forms®, reavaliando sua opinião perante as alterações da Escala de Preparo para a Alta da Unidade de Terapia Intensiva na Percepção do Paciente e o *feedback* estatístico das respostas da rodada anterior, considerando ainda os critérios de clareza e relevância. O questionário contempla questões fechadas, nas quais basta escolher e assinalar uma das opções expostas, e consome entre 10 a 20 minutos para o seu completo preenchimento.

Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes preservados. As informações obtidas serão utilizadas somente para fins de pesquisa e divulgação em meio acadêmico e científico, sendo os dados armazenados pelas autoras durante cinco anos e após totalmente destruídos, conforme preconiza a Resolução 466/12.

A participação tem caráter voluntário, e há possibilidade de desistência a qualquer momento no decorrer do estudo, sem prejuízos pessoais, para a sua atuação profissional ou o seu atendimento na instituição. Os possíveis desconfortos ou riscos decorrentes da participação na pesquisa são mínimos, os quais estão relacionados ao tempo dedicado ao preenchimento do questionário, à possibilidade de ocorrência de certo desconforto em responder algum tema abordado e à eventual quebra de confidencialidade dos dados pela utilização da plataforma eletrônica. Por conta disto, as respostas fornecidas serão automaticamente armazenadas em um banco de dados específico de acesso restrito às pesquisadoras, mediante usuário e senha.

Você não terá benefício pessoal ao participar da pesquisa, contudo, por meio de sua experiência e de seu conhecimento, estará contribuindo na realização deste estudo, que espera trazer melhorias, a médio e longo prazo, para a qualidade da transição do cuidado entre UTI e unidade de internação.

Em qualquer etapa do estudo é possível solicitar esclarecimentos à equipe de pesquisa. O contato com a pesquisadora responsável Maria Alice Dias da Silva Lima e com a pesquisadora Paula Buchs Zucatti poderá ser realizado pelo *e-mail* alta.terapia.intensiva@gmail.com. Se houver dúvidas quanto a questões éticas, também poderão ser contatados o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS, pelo telefone (51) 3308-3738 e endereço Av. Paulo Gama 110, Farroupilha, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, de segunda a sexta, das 08h às 12h e das 13h às 17h, e a coordenadora-geral do CEP do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Daniela Montano Wilhelms, pelo telefone (51) 3357-2813 e endereço Av. Francisco Trein 326, Cristo Redentor, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde (Escola Técnica GHC), Gerência de Ensino e Pesquisa, de segunda a sexta, das 08h às 12h e das 14h30min às 15h30min.

Estando ciente e de acordo, sinalize abaixo a aceitação do termo:

- Aceito participar da pesquisa
- Não tenho interesse em participar da pesquisa

**APÊNDICE M – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TERCEIRA RODADA DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)**

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), intitulada “**Preparo para alta da terapia intensiva na perspectiva do paciente: construção e validação de instrumento**”, que tem como objetivo construir e validar um instrumento de avaliação do preparo para a alta da terapia intensiva na perspectiva do paciente. O tema escolhido se justifica pela importância de melhorar os processos de alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para a unidade de internação.

O trabalho está sendo realizado pela Enfermeira **Paula Buchs Zucatti** sob supervisão e orientação da Professora Doutora **Maria Alice Dias da Silva Lima**. Estando de acordo, sua colaboração envolve o procedimento a seguir: responder um questionário *on-line* por meio da plataforma Google Forms®, reavaliando sua opinião perante as alterações da Escala de Preparo para a Alta da Unidade de Terapia Intensiva na Percepção do Paciente e o *feedback* estatístico das respostas da rodada anterior, considerando ainda os critérios de clareza e relevância. O questionário contempla questões fechadas, nas quais basta escolher e assinalar uma das opções expostas, e consome entre cinco a 10 minutos para o seu completo preenchimento.

Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes preservados. As informações obtidas serão utilizadas somente para fins de pesquisa e divulgação em meio acadêmico e científico, sendo os dados armazenados pelas autoras durante cinco anos e após totalmente destruídos, conforme preconiza a Resolução 466/12.

A participação tem caráter voluntário, e há possibilidade de desistência a qualquer momento no decorrer do estudo, sem prejuízos pessoais, para a sua atuação profissional ou o seu atendimento na instituição. Os possíveis desconfortos ou riscos decorrentes da participação na pesquisa são mínimos, os quais estão relacionados ao tempo dedicado ao preenchimento do questionário, à possibilidade de ocorrência de certo desconforto em responder algum tema abordado e à eventual quebra de confidencialidade dos dados pela utilização da plataforma eletrônica. Por conta disto, as respostas fornecidas serão automaticamente armazenadas em um banco de dados específico de acesso restrito às pesquisadoras, mediante usuário e senha.

Você não terá benefício pessoal ao participar da pesquisa, contudo, por meio de sua experiência e de seu conhecimento, estará contribuindo na realização deste estudo, que espera trazer melhorias, a médio e longo prazo, para a qualidade da transição do cuidado entre UTI e unidade de internação.

Em qualquer etapa do estudo é possível solicitar esclarecimentos à equipe de pesquisa. O contato com a pesquisadora responsável Maria Alice Dias da Silva Lima e com a pesquisadora Paula Buchs Zucatti poderá ser realizado pelo *e-mail* alta.terapia.intensiva@gmail.com. Se houver dúvidas quanto a questões éticas, também poderão ser contatados o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS, pelo telefone (51) 3308-3738 e endereço Av. Paulo Gama 110, Farroupilha, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, de segunda a sexta, das 08h às 12h e das 13h às 17h, e a coordenadora-geral do CEP do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Daniela Montano Wilhelms, pelo telefone (51) 3357-2813 e endereço Av. Francisco Trein 326, Cristo Redentor, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde (Escola Técnica GHC), Gerência de Ensino e Pesquisa, de segunda a sexta, das 08h às 12h e das 14h30min às 15h30min.

Estando ciente e de acordo, sinalize abaixo a aceitação do termo:

- Aceito participar da pesquisa
- Não tenho interesse em participar da pesquisa

APÊNDICE N – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PRÉ-TESTE)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), intitulada “**Preparo para alta da terapia intensiva na perspectiva do paciente: construção e validação de instrumento**”, que tem como objetivo construir e validar um instrumento de avaliação do preparo para a alta da terapia intensiva na perspectiva do paciente. O tema escolhido se justifica pela importância de melhorar os processos de alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para a unidade de internação.

O trabalho está sendo realizado pela Enfermeira **Paula Buchs Zucatti** sob supervisão e orientação da Professora Doutora **Maria Alice Dias da Silva Lima**. Estando de acordo sua colaboração envolve o procedimento a seguir: responder um formulário sobre a clareza das afirmações da Escala de Preparo para a Alta da Unidade de Terapia Intensiva na Percepção do Paciente elaborada pelas pesquisadoras. Você poderá fazer sugestões para melhoria da escala, e sua participação poderá ter duração média de 20 minutos.

Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes preservados. As informações obtidas serão utilizadas somente para fins de pesquisa e divulgação em meio acadêmico e científico, sendo os dados armazenados pelas autoras durante cinco anos e após totalmente destruídos, conforme preconiza a Resolução 466/12.

A participação tem caráter voluntário. Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são mínimos, os quais estão relacionados ao tempo dedicado a responder o formulário e à possibilidade de ocorrência de certo desconforto com algum tema abordado. Nesses casos, há possibilidade de desistência a qualquer momento, sem prejuízos pessoais ou para o seu atendimento na instituição, e, se necessário, a pesquisadora estará à disposição para uma escuta ativa e acolhedora.

Você não terá benefício direto ao participar da pesquisa, contudo, por meio de sua experiência, estará contribuindo na realização deste estudo, que espera trazer melhorias, a médio e longo prazo, para a qualidade da transição do cuidado entre UTI e unidade de internação.

Em qualquer etapa do estudo é possível solicitar esclarecimentos à equipe de pesquisa. O contato com a pesquisadora responsável Maria Alice Dias da Silva Lima e com a pesquisadora Paula Buchs Zucatti poderá ser realizado pelo *e-mail*

alta.terapia.intensiva@gmail.com. Se houver dúvidas quanto a questões éticas, também poderão ser contatados o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS, pelo telefone (51) 3308-3738 e endereço Av. Paulo Gama 110, Farroupilha, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, de segunda a sexta, das 08h às 12h e das 13h às 17h, e a coordenadora-geral do CEP do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Daniela Montano Wilhelms, pelo telefone (51) 3357-2813 e endereço Av. Francisco Trein 326, Cristo Redentor, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde (Escola Técnica GHC), Gerência de Ensino e Pesquisa, de segunda a sexta, das 08h às 12h e das 14h30min às 15h30min.

Este termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para as pesquisadoras.

Eu _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Porto Alegre, ____, de _____ de 2021.

Nome do participante da pesquisa ^{ab}	Assinatura
<u>Paula Buchs Zucatti</u> Nome da pesquisadora	 Assinatura
<u>Maria Alice Dias da Silva Lima</u> Nome da orientadora	 Assinatura

^aQuando o participante da pesquisa apresentar alguma limitação física que o impeça de assinar os campos abaixo serão preenchidos.

Este formulário foi lido para _____ em ____/____/____ pela pesquisadora Paula Buchs Zucatti enquanto eu estava presente.

Nome da testemunha	Assinatura
--------------------	------------

^bCaso o paciente apresente nível e/ou conteúdo de consciência alterados ou *déficit* cognitivo e/ou de comunicação importante que o impeça de consentir, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será direcionado ao seu responsável.

Nome do responsável	Assinatura
---------------------	------------

APÊNDICE O – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (QUARTA RODADA DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), intitulada “Preparo para alta da terapia intensiva na perspectiva do paciente: construção e validação de instrumento”, que tem como objetivo construir e validar um instrumento de avaliação do preparo para a alta da terapia intensiva na perspectiva do paciente. O tema escolhido se justifica pela importância de melhorar os processos de alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para a unidade de internação.

O trabalho está sendo realizado pela Enfermeira Paula Buchs Zucatti sob supervisão e orientação da Professora Doutora Maria Alice Dias da Silva Lima. Estando de acordo, sua colaboração envolve o procedimento a seguir: responder um questionário on-line por meio da plataforma Google Forms®, reavaliando sua opinião perante as alterações da Escala de Preparo para a Alta da Unidade de Terapia Intensiva na Percepção do Paciente e o feedback estatístico da etapa do pré-teste com a população-alvo, considerando ainda os critérios de clareza e relevância. O questionário contempla questões fechadas, nas quais basta escolher e assinalar uma das opções expostas, e consome entre 10 a 15 minutos para o seu completo preenchimento.

Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes preservados. As informações obtidas serão utilizadas somente para fins de pesquisa e divulgação em meio acadêmico e científico, sendo os dados armazenados pelas autoras durante cinco anos e após totalmente destruídos, conforme preconiza a Resolução 466/12.

A participação tem caráter voluntário, e há possibilidade de desistência a qualquer momento no decorrer do estudo, sem prejuízos pessoais, para a sua atuação profissional ou o seu atendimento na instituição. Os possíveis desconfortos ou riscos decorrentes da participação na pesquisa são mínimos, os quais estão relacionados ao tempo dedicado ao preenchimento do questionário, à possibilidade de ocorrência de certo desconforto em responder algum tema abordado e à eventual quebra de confidencialidade dos dados pela utilização da plataforma eletrônica. Por conta disto, as respostas fornecidas serão automaticamente armazenadas em um banco de dados específico de acesso restrito às pesquisadoras, mediante usuário e senha.

Você não terá benefício pessoal ao participar da pesquisa, contudo, por meio de sua experiência e de seu conhecimento, estará contribuindo na realização deste estudo, que espera

trazer melhorias, a médio e longo prazo, para a qualidade da transição do cuidado entre UTI e unidade de internação.

Em qualquer etapa do estudo é possível solicitar esclarecimentos à equipe de pesquisa. O contato com a pesquisadora responsável Maria Alice Dias da Silva Lima e com a pesquisadora Paula Buchs Zucatti poderá ser realizado pelo e-mail alta.terapia.intensiva@gmail.com. Se houver dúvidas quanto a questões éticas, também poderão ser contatados o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS, pelo telefone (51) 3308-3738 e endereço Av. Paulo Gama 110, Farroupilha, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, de segunda a sexta, das 08h às 12h e das 13h às 17h, e a coordenadora-geral do CEP do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Daniela Montano Wilhelms, pelo telefone (51) 3357-2813 e endereço Av. Francisco Trein 326, Cristo Redentor, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde (Escola Técnica GHC), Gerência de Ensino e Pesquisa, de segunda a sexta, das 08h às 12h e das 14h30min às 15h30min.

Estando ciente e de acordo, sinalize abaixo a aceitação do termo:

- Aceito participar da pesquisa
- Não tenho interesse em participar da pesquisa

**APÊNDICE P – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS
(PLATAFORMA ELETRÔNICA)**

Título da pesquisa: Preparo para alta da terapia intensiva na perspectiva do paciente: construção e validação de instrumento

As pesquisadoras do presente projeto, abaixo identificadas, comprometem-se a preservar a confidencialidade e o anonimato dos participantes do estudo, como preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Concordam, igualmente, que os dados somente poderão ser divulgados em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Salienta-se ainda que, no que diz respeito à coleta de dados por plataforma eletrônica, estão previstas medidas para minimizar o risco eventual de quebra de confidencialidade e anonimato. Assim, as respostas fornecidas serão automaticamente armazenadas em banco de dados de acesso restrito às pesquisadoras, por meio de usuário e senha específicos, preservando a confidencialidade dos dados.

Porto Alegre, 09, de junho de 2020.

Envolvidas na coleta e manipulação dos dados:

Nome completo	CPF	Assinatura
Paula Buchs Zucatti	848.450.400-00	
Maria Alice Dias da Silva Lima	293.456.770-20	

**APÊNDICE Q – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS
(PRONTUÁRIO DOS PACIENTES)**

Título da pesquisa: Preparo para alta da terapia intensiva na perspectiva do paciente: construção e validação de instrumento

As pesquisadoras do presente projeto, abaixo identificadas, comprometem-se a manter a confidencialidade sobre os dados que serão coletados nos arquivos vinculados ao Hospital Nossa Senhora da Conceição, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Informamos que os dados a serem coletados dizem respeito ao objetivo de construir e validar um instrumento de avaliação do preparo para a alta da terapia intensiva na perspectiva do paciente. Ademais, os dados somente poderão ser divulgados em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 09, de junho de 2020.

Envolvidas na coleta e manipulação dos dados:

Nome completo	CPF	Assinatura
Paula Buchs Zucatti	848.450.400-00	
Maria Alice Dias da Silva Lima	293.456.770-20	

APÊNDICE R – VERSÃO 1 DO INSTRUMENTO

ESCALA DE PREPARO PARA A ALTA DA TERAPIA INTENSIVA NA PERSPECTIVA DO PACIENTE

Por favor, marque com um círculo sua resposta. As respostas estão em uma escala de zero a 10 pontos. As descrições ao lado dos números indicam o que o zero e o 10 significam. Escolha o número que melhor descreve como você se sente. Por exemplo, ao escolher o número sete, você se sente mais próximo da descrição do número 10 do que do número zero.

1. Eu sei onde estou, que dia é hoje e há quantos dias estou internado(a) aqui.

<i>Não estou orientado(a)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Estou muito orientado(a)</i>
-------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------------------

2. Sinto-me em condições físicas para ir para a unidade de internação.

<i>Não estou em condições</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Estou em plenas condições</i>
-------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------------------

3. Sinto-me capaz de cuidar das minhas necessidades pessoais sozinho(a) (por exemplo: alimentar-me, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).

<i>Não tenho capacidade</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Capacidade preservada</i>
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------------

4. Sinto-me em condições emocionais para ir para a unidade de internação.

<i>Não estou em condições</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Estou em plenas condições</i>
-------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------------------

5. Sinto dor e/ou desconforto hoje.

<i>Sem dor e/ou desconforto</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Dor e/ou desconforto máximo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------------------

6. Sinto-me estressado(a) e/ou ansioso(a) hoje.

<i>Sem estresse e/ou ansiedade</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Estresse e/ou ansiedade máximo</i>
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------------------------

7. Sinto-me capaz de identificar minhas limitações (o que eu posso ou não fazer) hoje.

<i>Não identifico minhas limitações</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Identifico todas as minhas limitações</i>
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

8. Estou me sentindo seguro(a) com a alta da unidade de terapia intensiva.

<i>Não estou</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Estou muito</i>
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------

<i>seguro(a)</i>												<i>seguro(a)</i>
9. Eu sei quais são os meus problemas de saúde e o que estes podem causar.												
<i>Não tenho conhecimento</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Tenho conhecimento sobre tudo</i>
10. Eu sei qual foi o motivo que me trouxe à Unidade de Terapia Intensiva.												
<i>Não tenho conhecimento</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Tenho conhecimento sobre tudo</i>
11. Eu sei quais foram os profissionais envolvidos em meu cuidado (por exemplo: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, farmacêutico, psicólogo, dentista e/ou assistente social) e seus papéis em meu tratamento na Unidade de Terapia Intensiva.												
<i>Não conheço</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Conheço todos os profissionais</i>
12. Eu sei quais foram os cuidados e os equipamentos da Unidade de Terapia Intensiva que precisei até aqui.												
<i>Não tenho conhecimento</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Tenho conhecimento sobre tudo</i>
13. Eu sei para o que servem estes dispositivos que estão em mim hoje (por exemplo: cateter de oxigênio, traqueostomia, válvula de fala, sonda para alimentação, estomia, sonda para auxiliar na eliminação da urina, cateter para administração de medicamentos).												
<i>Não tenho conhecimento</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Tenho conhecimento sobre todos</i>
14. Eu sei o significado destas pulseiras (na cor branca, amarela e/ou vermelha) que estão em mim hoje.												
<i>Não tenho conhecimento</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Tenho conhecimento sobre todas</i>
15. Eu sei quais são os medicamentos que estou tomando hoje (por exemplo: se sigo usando minhas medicações de uso contínuo, ou porque não estou fazendo uso de alguma delas, se iniciei algum novo medicamento e o porquê).												
<i>Não tenho conhecimento</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Tenho conhecimento sobre todos</i>
16. Eu sei quais profissionais cuidarão de mim a partir de hoje e os cuidados e os equipamentos que precisarei na unidade de internação.												
<i>Não tenho conhecimento</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Tenho conhecimento sobre tudo</i>
17. Eu sei quais os sinais e os sintomas que devo ficar atento(a) e avisar a equipe de saúde na unidade de internação (por exemplo: agitação ou sonolência, respiração ofegante ou cansada, ritmo do coração alterado, pele pálida, fria e pegajosa).												

<i>Não tenho conhecimento</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Tenho conhecimento sobre todos</i>
18. Eu entendo que posso contribuir na prevenção de lesões de pele e de quedas na unidade de internação.												
<i>Não tenho conhecimento</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Tenho conhecimento sobre tudo</i>
19. Eu tenho dúvidas sobre a continuidade do meu tratamento na unidade de internação.												
<i>Não tenho dúvidas</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Tenho muitas dúvidas</i>
20. Eu participei ou fui envolvido no planejamento da minha alta da unidade de terapia intensiva para a unidade de internação.												
<i>Não participei</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Participei ativamente</i>
21. Eu fui orientado(a) sobre minha transferência para a unidade de internação.												
<i>Não estou orientado(a)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Estou muito orientado(a)</i>
22. Eu sinto que as minhas preferências foram preservadas nesse processo de alta da Unidade de Terapia Intensiva.												
<i>Não foram preservadas</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Foram preservadas ao máximo</i>
23. Eu terei algum familiar e/ou amigo para ajudar nas minhas necessidades pessoais na unidade de internação (por exemplo: alimentar-me, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).												
<i>Não terei ajuda</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Terei toda a ajuda necessária</i>
24. Eu terei apoio emocional de algum familiar e/ou amigo na unidade de internação.												
<i>Não terei apoio</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Terei todo o apoio necessário</i>

ESCORE TOTAL	É a média das respostas, ou seja, as pontuações deverão ser somadas e divididas pelo número de itens do instrumento. As afirmações 5, 6 e 19 requerem codificação reversa para o cálculo final.			_____
Preparo elevado (9 - 10)	Preparo satisfatório (8 – 8,9)	Preparo moderado (7 – 7,9)	Baixo preparo (< 7)	

APÊNDICE S – VERSÃO 2 DO INSTRUMENTO**ESCALA DE PREPARO PARA A ALTA DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NA PERCEPÇÃO DO PACIENTE**

- 1. Eu sei onde estou.**
- 2. Eu sei que dia é hoje e há quantos dias estou aqui.**
- 3. Estou sem dor ou qualquer desconforto.**
- 4. Eu sei quais são os meus problemas de saúde.**
- 5. Eu sei o que os meus problemas de saúde podem me causar.**
- 6. Eu sei qual foi o motivo da minha internação na Unidade de Terapia Intensiva.**
- 7. Sinto que consigo cuidar das minhas necessidades pessoais sozinho(a) na Unidade de Internação (por exemplo: comer, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).**
- 8. Sinto que estou emocionalmente preparado(a), disposto(a), tranquilo(a), sem medo, receio e/ou insegurança para ir para a Unidade de Internação.**
- 9. Sinto que consigo perceber minhas limitações (o que eu posso ou não fazer).**
- 10. Eu sei quais foram os cuidados e os equipamentos que precisei na Unidade de Terapia Intensiva.**
- 11. Eu participei ou fui envolvido(a) no planejamento da minha alta da Unidade de Terapia Intensiva para a Unidade de Internação.**
- 12. Eu fui orientado(a) sobre minha transferência para a Unidade de Internação.**
- 13. Eu sinto que as minhas preferências foram levadas em consideração nesse processo de alta da Unidade de Terapia Intensiva.**
- 14. Eu fui esclarecido(a) sobre como será o meu cuidado na Unidade de Internação.**
- 15. Eu sei quais são os cuidados e os equipamentos que precisarei na Unidade de Internação.**
- 16. Eu sei o significado desta(s) pulseira(s) (na cor branca, amarela e/ou vermelha) que está(ão) em mim hoje.**
- 17. Eu sei para o que servem estes dispositivos que estão em mim hoje (por exemplo: cateter de oxigênio, traqueostomia, válvula de fala, sonda para alimentação, estomia, sonda para auxiliar na eliminação da urina, cateter para administração de medicamentos).**
- 18. Eu sei quais são os remédios que estou tomando hoje (por exemplo: se sigo usando os remédios que uso em casa, ou porque não estou fazendo uso de algum deles, se iniciei algum novo remédio e o porquê).**
- 19. Eu sei quais os sinais e os sintomas que devo ficar atento(a) para avisar a equipe de saúde na Unidade de Internação (por exemplo: agitação ou sonolência, respiração ofegante ou cansada, ritmo do coração alterado, pele pálida, fria e pegajosa).**
- 20. Eu sei o que devo fazer para evitar que eu tenha lesões de pele por pressão (feridas)**

ou quedas na Unidade de Internação.

21. Eu terei algum familiar e/ou amigo para ajudar nas minhas necessidades pessoais na Unidade de Internação (por exemplo: comer, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).

22. Eu terei apoio emocional de algum familiar e/ou amigo na Unidade de Internação.

APÊNDICE T – VERSÃO 3 DO INSTRUMENTO

ESCALA DE PREPARO PARA A ALTA DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NA PERCEPÇÃO DO PACIENTE

Esta escala irá avaliar a sua percepção sobre você estar preparado para a alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Por favor, assinale o quanto você concorda, ou discorda, com a frase. Por exemplo, se a afirmação representar totalmente como você se sente, você irá marcar a opção “Concordo totalmente”.

1. Eu sei onde estou.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
2. Eu sei que dia é hoje e há quantos dias estou aqui.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
3. Eu sei quais são os meus problemas de saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
4. Eu sei o que os meus problemas de saúde podem me causar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
5. Eu sei qual foi o motivo da minha internação na UTI.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
6. Eu fui orientado(a) sobre minha alta da UTI e a transferência para o quarto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
7. Estou sem dor ou desconforto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
8. Sinto que estou emocionalmente preparado(a) para ir para o quarto (por exemplo: disposto(a), tranquilo(a), sem medo, receio ou insegurança).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
9. Sinto que consigo cuidar das minhas necessidades pessoais sozinho(a) no quarto (por exemplo: comer, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

10. Sinto que consigo perceber minhas limitações (o que eu posso ou não fazer).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

11. Eu fui esclarecido(a) sobre como será a próxima etapa do meu cuidado no quarto.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

12. Eu sei o significado desta(s) pulseira(s) que está(ão) em mim hoje.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

13. Eu sei para o que servem estes dispositivos que estão em mim hoje.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

14. Eu sei quais são os remédios que estou tomando hoje (por exemplo: se iniciei algum novo remédio e o porquê, se sigo usando os remédios que usava em casa, ou porque não estou fazendo uso de algum deles).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

15. Eu sei quais os sinais e os sintomas que devo ficar atento(a) para avisar a equipe de saúde no quarto.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

16. Eu sei o que devo fazer para evitar que eu tenha lesões por pressão (feridas na pele por ficar muito tempo na mesma posição).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

17. Eu sei o que devo fazer para evitar que eu tenha quedas.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

18. Eu terei algum acompanhante no quarto para ajudar nas minhas necessidades pessoais (por exemplo: comer, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

19. Eu terei apoio emocional de algum familiar ou amigo(a) após a alta da UTI.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

ESCORE TOTAL	Passo 1 Considere as pontuações: Discordo totalmente = 1; Discordo parcialmente = 2; Concordo parcialmente = 3; Concordo totalmente = 4	_____
	Passo 2 Calcule a média: some as respostas e divida pelo número de itens	

	respondidos, isto é, desconsidere os assinalados como “Não concordo nem discordo” Passo 3 Use a fórmula: $\text{Média dos itens respondidos} - 1 / 3 \times 100 =$	
♦ <i>Pontuações mais baixas</i> indicam um <i>preparo não satisfatório</i> , ao passo que pontuações mais altas , próximas do escore 100, um preparo satisfatório .		

APÊNDICE U – VERSÃO 4 DO INSTRUMENTO

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO PREPARO PARA A ALTA DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NA PERCEPÇÃO DO PACIENTE (PrATI-PP)

Esta escala irá avaliar a sua percepção sobre você estar preparado para a alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Por favor, assinale o quanto você concorda, ou discorda, com a frase. Por exemplo, se a afirmação representar totalmente como você se sente, você irá marcar a opção “Concordo totalmente”.

1. Eu sei onde estou.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	
2. Eu sei que dia é hoje e há quantos dias estou aqui.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	
3. Eu sei quais são os meus problemas de saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	
4. Eu sei qual foi o motivo da minha internação na UTI.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	
5. Eu fui orientado(a) sobre minha alta da UTI e a transferência para o quarto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	
6. Estou sem dor ou desconforto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	
7. Sinto que estou emocionalmente preparado(a) para ir para o quarto (por exemplo: disposto(a), tranquilo(a), sem medo, receio ou insegurança).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	
8. Sinto que consigo cuidar das minhas necessidades pessoais sozinho(a) no quarto (por exemplo: comer, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	
9. Sinto que consigo perceber minhas limitações (o que eu posso ou não fazer).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	

10. Eu fui esclarecido(a) sobre como será a próxima etapa do meu cuidado no quarto.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

11. Eu sei o significado desta(s) pulseira(s) que está(ão) em mim hoje.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

12. Eu sei para o que servem estes dispositivos que estão em mim hoje.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

13. Eu sei quais são os remédios que estou tomando hoje (por exemplo: se iniciei algum novo remédio e o porquê, se sigo usando os remédios que usava em casa, ou porque não estou fazendo uso de algum deles).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

14. Eu sei quais os sinais e os sintomas que devo ficar atento(a) para avisar a equipe de saúde no quarto.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

15. Eu sei o que devo fazer para evitar que eu tenha lesões por pressão (feridas na pele por ficar muito tempo na mesma posição).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

16. Eu sei o que devo fazer para evitar que eu tenha quedas.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

17. Eu terei algum acompanhante no quarto para ajudar nas minhas necessidades pessoais (por exemplo: comer, caminhar, ir ao banheiro, tomar banho, realizar higiene pessoal).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

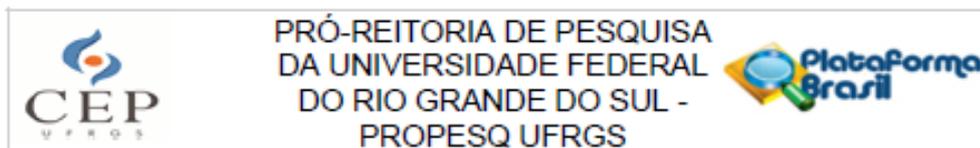
18. Eu terei apoio emocional de algum familiar ou amigo(a) após a alta da UTI.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

ESCORE TOTAL	<p>Passo 1 <u>Considere as pontuações:</u> Discordo totalmente = 1; Discordo parcialmente = 2; Concordo parcialmente = 3; Concordo totalmente = 4</p> <p>Passo 2 <u>Calcule a média:</u> some as respostas e divida pelo número de itens respondidos, isto é, desconsidere os assinalados como “Não concordo nem discordo”</p> <p>Passo 3 <u>Use a fórmula:</u></p>	_____
---------------------	---	-------

	Média dos itens respondidos – $1 / 3 \times 100 =$	
♦	<i>Pontuações mais baixas</i> indicam um <i>preparo não satisfatório</i> , ao passo que pontuações mais altas , próximas do escore 100, um preparo satisfatório .	

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Preparo para alta da terapia intensiva na perspectiva do paciente: construção e validação de instrumento

Pesquisador: Maria Alice Dias da Silva Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40784220.6.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.470.928

Apresentação do Projeto:

O projeto refere-se a Dissertação de Mestrado de Paula Buchs Zucatti orientada pela Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS, visa construir e validar um instrumento de avaliação do preparo para a alta da terapia intensiva na perspectiva do paciente.

Trata-se de um estudo metodológico, que apresenta nas "cinco primeiras etapas – estabelecimento da estrutura conceitual; dos objetivos e da população-alvo; construção dos itens e das escalas de resposta; seleção, organização; e estruturação do instrumento – serão desenvolvidas com base em escala já existente, revisões de escopo e a própria experiência laboral. Na sexta etapa será constituída pela validação de conteúdo do instrumento por um comitê de especialistas com a utilização da técnica Delphi de forma on-line."

Fase 1: validação de conteúdo – etapa VI – serão convidados 30 especialistas.

"Na sétima etapa, será realizado um pré-teste com a aplicação do instrumento em uma amostra aleatória de 30 pacientes de alta da UTI do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). Por fim, serão verificadas as propriedades psicométricas do instrumento nos seguintes aspectos: confiabilidade, quanto à consistência interna, e validade de construto.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Fariópolis CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -
PROPESQ UFRGS



Continuação do Parecer: 4.470.028

Fase 1: pré-teste – será constituído por uma amostra de 30 participantes que serão selecionados por conveniência conforme os critérios de inclusão: pacientes com mais de 18 anos com um tempo de permanência no serviço de pelo menos sete dias com solicitação de pré-alta, alta registrada no prontuário eletrônico aguardando leito de internação cirúrgico ou clínico do HNSC ou pacientes com até 48 horas de transferência para estas unidades. Serão excluídos aqueles em coma, déficit cognitivo ou de comunicação importante que não tenham um familiar responsável no momento da coleta de dados; em cuidados paliativos exclusivos descritos no prontuário eletrônico; aguardando transferência ou transferidos para as áreas de isolamento COVID-19; pacientes sob os cuidados da enfermeira pesquisadora no momento da transferência; e indivíduos não alfabetizados.

Para tal, o instrumento será aplicado a uma nova amostra aleatória de pacientes de alta da UTI do HNSC. Os dados obtidos serão transpostos para o programa Excel®, e as análises serão fundamentadas na estatística analítica ($p < 0,05$) com a utilização do Statistical Package for the Social Sciences® versão 21.0.*

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Construir e validar um instrumento de avaliação do preparo para a alta da terapia intensiva na perspectiva do paciente.

Objetivo Secundário

- Estabelecer a estrutura conceitual e definir os objetivos de um instrumento de avaliação do preparo para a alta da UTI na perspectiva do paciente;

- Construir os itens e as escalas de resposta e estruturar um instrumento de avaliação do preparo para a alta da UTI na perspectiva do paciente;

- Validar o conteúdo do instrumento elaborado; - Analisar a compreensão dos pacientes quanto à

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Fariópolis CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -
PROPESQ UFRGS



Continuação do Parecer: 4.470.928

estrutura e aos itens do instrumento construído; e verificar as propriedades psicométricas do instrumento elaborado, quanto à confiabilidade, por meio da consistência interna, e à validade de construto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa oferecerá riscos mínimos aos participantes envolvidos, relacionados ao tempo dedicado a cada atividade proposta e à possibilidade de ocorrência de certo desconforto em responder algum tema abordado. Nesses casos, o indivíduo poderá interromper sua participação a qualquer momento, e, se necessário, a pesquisadora se colocará à disposição para uma escuta ativa e acolhedora. Além disso, evidencia-se ainda eventual quebra de confidencialidade dos dados pela utilização da plataforma eletrônica, sendo previsto o acesso restrito aos dados armazenados na plataforma Google Forms® às autoras por meio de usuário e senha específicos.

Benefícios:

Não há benefícios pessoais previstos para os participantes, sendo os possíveis benefícios do estudo, a médio e longo prazo, contribuir para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, auxiliando a realização de trabalhos futuros, e para a melhoria da transição do cuidado de pacientes com alta da terapia intensiva

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

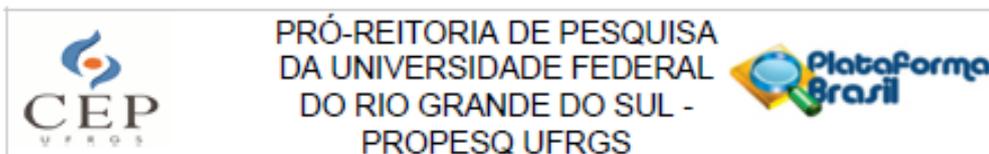
Projeto apresenta temática de relevância científica e para área do cuidado à saúde de pacientes em processo de alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), considerando o "somatório de fatores que contribui para um ambiente vulnerável ao movimento físico de pacientes com capacidade fisiológica reduzida, a gravidade da doença, as múltiplas comorbidades".

O referencial teórico e metodológico são pertinentes aos propósitos do estudo. Os aspectos éticos relacionados a pesquisas envolvendo seres humanos estão contemplados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos listados abaixo estão anexados ao projeto. Destaca-se que estão adequadamente elaborados.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.470.028

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Validação de Conteúdo;
 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Pré-teste;
 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a Avaliação das Propriedades
 psicométricas;
 Termo de Compromisso de Utilização de Dados –TUCD para Plataforma Eletrônica;
 Termo de Compromisso de Utilização de Dados –TUCD para Prontuário dos Pacientes;
 Instrumento Preparo para Alta da Terapia Intensiva na Perspectiva do Paciente;
 Carta Convite para Participação no Estudo - Validação de Conteúdo;
 Questionário de Coleta de Dados - Validação De Conteúdo;
 Questionário de Coleta de Dados Pré-Teste
 Ficha de Identificação do Participante.
 Cronograma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto encontra-se em condições de aprovação.

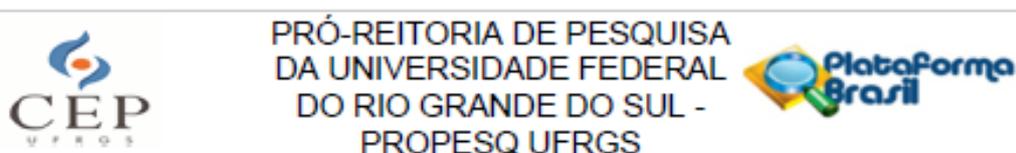
Considerações Finais a critério do CEP:

APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1670796.pdf	05/12/2020 12:26:58		Aceito
Folha de Rosto	FR_MariaAlice.pdf	05/12/2020 12:14:22	Paula Buchs Zucatti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.docx	04/12/2020 17:52:30	Paula Buchs Zucatti	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	04/12/2020 17:47:35	Paula Buchs Zucatti	Aceito
Outros	TCUD_prontuario_dos_pacientes.pdf	04/12/2020 12:32:13	Paula Buchs Zucatti	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.470.928

Outros	TCUD_plataforma_eletronica.pdf	04/12/2020 12:31:38	Paula Buchs Zucatti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_avalicao_das_propriedades_psicometricas.pdf	03/12/2020 13:28:40	Paula Buchs Zucatti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pre_teste.pdf	03/12/2020 13:28:29	Paula Buchs Zucatti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_validacao_de_conteudo.pdf	03/12/2020 13:27:48	Paula Buchs Zucatti	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Paula_Buchs_Zucatti.pdf	03/12/2020 12:13:54	Paula Buchs Zucatti	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Maria_Alice_Dias_da_Silva_Lima.pdf	03/12/2020 12:13:33	Paula Buchs Zucatti	Aceito
Outros	Termo_de_entrega_de_relatorios_parciais_e_final.pdf	03/12/2020 12:12:38	Paula Buchs Zucatti	Aceito
Outros	Relacao_de_integrantes_da_pesquisa.pdf	03/12/2020 12:11:55	Paula Buchs Zucatti	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia_do_responsavel_pelo_servico_ounde_sera_realizada_a_pesquisa_no_GHC.pdf	03/12/2020 12:11:21	Paula Buchs Zucatti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 17 de Dezembro de 2020

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-050
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Preparo para alta da terapia intensiva na perspectiva do paciente: construção e validação de instrumento

Pesquisador: Maria Alice Dias da Silva Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40784220.6.3001.5530

Instituição Proponente: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO SA

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.497.475

Apresentação do Projeto:

A avaliação do preparo para a alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por meio da estratificação de risco é elencada entre as práticas para integrar uma estratégia ideal de transição do cuidado. Contudo, as avaliações, em suma, descrevem o foco de uma estabilidade física e não levam em conta a ótica do paciente. Estudos relacionados à transição para casa consideram o preparo para a alta como um construto complexo e multidimensional que requer uma avaliação processual e multiprofissional para a tomada de decisão, esse construto refere-se à capacidade dos pacientes e familiares julgarem-se preparados ou não para a alta hospitalar. Assim, a avaliação do preparo para esse momento tem sido relatada como uma intervenção efetiva para guiar o planejamento e prevenir complicações, assim como propiciar o empoderamento e o engajamento do indivíduo e da família no autogerenciamento da continuidade do cuidado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

- Construir e validar um instrumento de avaliação do preparo para a alta da terapia intensiva na perspectiva do paciente.

Objetivos específicos:

- Estabelecer a estrutura conceitual e definir os objetivos de um instrumento de avaliação do

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2805 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 4.497.475

preparo para a alta da UTI na perspectiva do paciente;

- Construir os itens e as escalas de resposta e estruturar um instrumento de avaliação do preparo para a alta da UTI na perspectiva do paciente;
- Validar o conteúdo do instrumento elaborado;
- Analisar a compreensão dos pacientes quanto à estrutura e aos itens do instrumento construído; e
- Verificar as propriedades psicométricas do instrumento elaborado, quanto à confiabilidade, por meio da consistência interna, e à validade de construto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores apontam maneiras de minimizar riscos de quebra de confidencialidade e apontam como mínimo desconforto o tempo dedicado ao preenchimento dos formulários e possível transtorno que alguns itens do formulário possam gerar ao participante, nesse caso, é assegurado a desistência em qualquer etapa do preenchimento do formulário e a pesquisadora estará disponível para realizar escuta.

Quanto aos benefícios, não são identificados objetivos diretos ao participante, sendo os possíveis benefícios do estudo, a médio e longo prazo, contribuir para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, auxiliando a realização de trabalhos futuros, e para a melhoria da transição do cuidado de pacientes com alta da terapia intensiva.

Além disso, é apontado a possibilidade de se colocar à disposição da equipe intensivista uma ferramenta para obter dados de autorrelato dos pacientes, gerenciar suas necessidades e possibilitar a identificação de barreiras e a adoção de intervenções necessárias para a continuidade da assistência, sendo tal recurso uma oportunidade de somar a mensuração de aspectos subjetivos aos parâmetros clínicos e, assim, estabelecer planos terapêuticos capazes de efetivamente preparar esses indivíduos para a transição entre a UTI e a unidade de internação, favorecendo o empoderamento do paciente e desfechos positivos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo cuja finalidade é construir e validar um instrumento de avaliação do preparo para a alta da terapia intensiva na perspectiva do paciente. Esse tipo de estudo diferencia-se de outros delineamentos por contemplar uma forma distinta de coleta, análise e interpretação dos dados, sendo que o principal interesse é identificar um construto intangível e torná-lo tangível

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR CEP: 91.350-200
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2805 E-mail: cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 4.497.475

com um instrumento ou técnica de investigação.

O presente estudo seguirá oito etapas dispostas em duas fases metodológicas, a seguir:

I – Estabelecimento da estrutura conceitual; II – Definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida; III – Construção dos itens e das escalas de resposta; IV – Seleção e organização dos itens; V – Estruturação do instrumento; VI – Validade de Conteúdo; VII – Pré-teste; e VIII – Avaliação das propriedades psicométricas.

A fase 1 integra as etapas I a VII e a fase 2 compreende a etapa VIII.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O presente estudo apresenta TCUD, Termo de anuência do responsável do setor no GHC, Termo de compromisso para entrega de relatório, relação dos integrantes do projeto de pesquisa e o currículo lattes das duas participantes do estudo.

Foi apresentando, também, três TCLE para as fases distintas: validação de conteúdo, pré-teste e avaliação das propriedades psicométricas. Os termos apresentam linguagem clara e adequada aos objetivos do estudo.

Recomendações:

As pesquisadoras informam, também, a devolução dos resultados do estudo conforme preconiza a Resolução CNS 580/2018.

Recomendamos a atualização do cronograma do estudo às devidas etapas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendência documental, não há maiores inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.docx	04/12/2020 17:52:30	Paula Buchs Zucatti	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	04/12/2020 17:47:35	Paula Buchs Zucatti	Aceito
Outros	TCUD_prontuario_dos_pacientes.pdf	04/12/2020 12:32:13	Paula Buchs Zucatti	Aceito

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR CEP: 91.350-200
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2805 E-mail: cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 4.407.475

Outros	TCUD_plataforma_eletronica.pdf	04/12/2020 12:31:38	Paula Buchs Zucatti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_avalicao_das_propriedades_psicometricas.pdf	03/12/2020 13:28:40	Paula Buchs Zucatti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pre_teste.pdf	03/12/2020 13:28:29	Paula Buchs Zucatti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_validacao_de_conteudo.pdf	03/12/2020 13:27:48	Paula Buchs Zucatti	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Paula_Buchs_Zucatti.pdf	03/12/2020 12:13:54	Paula Buchs Zucatti	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Maria_Alice_Dias_da_Silva_Lima.pdf	03/12/2020 12:13:33	Paula Buchs Zucatti	Aceito
Outros	Termo_de_entrega_de_relatorios_parcial_e_final.pdf	03/12/2020 12:12:38	Paula Buchs Zucatti	Aceito
Outros	Relacao_de_integrantes_da_pesquisa.pdf	03/12/2020 12:11:55	Paula Buchs Zucatti	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia_do_responsavel_pelo_servico_ounde_sera_realizada_a_pesquisa_no_GHC.pdf	03/12/2020 12:11:21	Paula Buchs Zucatti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 13 de Janeiro de 2021

Assinado por:
Daniel Demétrio Faustino da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR CEP: 91.350-200
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2805 E-mail: cep-ghc@ghc.com.br