



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE –
EDUCAÇÃO MÉDICA

**PRODUÇÃO E VALIDAÇÃO DE *E-BOOK* PARA A ATUAÇÃO EM PRONTO
ATENDIMENTO NO CONTEXTO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO TRAUMA**

LORENA DE ALMEIDA COSTA

BELÉM - PARÁ

2021

LORENA DE ALMEIDA COSTA

**PRODUÇÃO E VALIDAÇÃO DE *E-BOOK* PARA A ATUAÇÃO EM PRONTO
ATENDIMENTO NO CONTEXTO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO TRAUMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde – Educação Médica do Centro Universitário do Estado do Pará para obtenção do título de mestre em Educação em Saúde. Orientadora: Dra. Ismari Perini Furlaneto.

BELÉM – PARÁ

2021

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
Biblioteca do CESUPA, Belém – PA

Costa, Lorena de Almeida.

Produção e validação de e-book para atuação em pronto atendimento no contexto do programa de residência multiprofissional de urgência e emergência no trauma / Lorena de Almeida Costa; orientadora Ismari Perini Furlaneto. – 2021.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde-Educação Médica) – Centro Universitário do Estado do Pará. Belém, 2021.

- Traumatismo. 2. Emergências médicas. 3. Assistência ao paciente. 4. Prática profissional. I. Furlaneto, Ismari Perini, orient. III. Título.

23ª ed. 616.0252

CDD

FOLHA DE APROVAÇÃO

LORENA ALMEIDA DA COSTA

**PRODUÇÃO DE E-BOOK PARA ATUAÇÃO EM PRONTO ATENDIMENTO NO
CONTEXTO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO TRAUMA**

Dissertação de mestrado aprovado como requisito parcial à obtenção do título de Mestre, Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde – Educação Médica, Centro Universitário do Pará, pela seguinte banca examinadora:

Conceito: _____

Aprovado em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dra Ismari Perini Furlaneto

Orientadora

Prof. Dr. Renato da Costa Teixeira

Prof. Dr. Adenauer Marinho de Oliveira Góes Junior

Prof. Dra Ana Emília Vita Carvalho

RESUMO

Objetivo: produzir e validar um *e-book* para a atuação multiprofissional ao paciente crítico em pronto atendimento (PA) no contexto do Programa de Residência Multiprofissional de Urgência e Emergência no Trauma do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência. Método: foram aplicados dois questionários que apoiassem o desenvolvimento do *e-book*, tratava-se de um questionário com perguntas fechadas contendo uma breve caracterização dos participantes, formação profissional, maior titulação, além de uma pergunta sobre seu grau de satisfação com o conhecimento teórico-prático na área abordada, classificada em uma escala tipo Likert de 4 pontos. A última questão indicava os temas que foram considerados essenciais para a formação multiprofissional, além de um espaço para comentários. Resultados: participaram do estudo 31 voluntários, das áreas de fisioterapia (58,07%), enfermagem (16,13%), psicologia (16,13%), fonoaudiologia (6,45%) e terapia ocupacional (3,22%). A maioria residentes egressos do Programa e possuía a especialização como maior titulação acadêmica. Quanto ao grau de satisfação em relação ao conhecimento teórico-prático no atendimento ao paciente crítico em PA, 38,71% estavam pouco satisfeitos, 25,81% muito satisfeitos, 25,81% satisfeitos e 3,22% revelaram-se insatisfeitos; 6,45% responderam que a pergunta não “era aplicável” a si. Em relação aos conteúdos elencados pelos participantes como essenciais para a atuação multiprofissional em PA, ‘Avaliação do paciente crítico e Escalas’ foi escolhido por 12,90%, os referentes à ‘Parada Cardiorrespiratória’ por 41,93% e os alusivos à ‘Insuficiência Respiratória’ listados por 48,39%. Conclusão: o aprendizado teórico, não pode ser desvinculado do aprendizado do campo prático. Por isso, propomos a produção e validação de um *e-book* que auxilie a atuação multiprofissional ao paciente crítico em Pronto atendimento no contexto do Programa de Residência Multiprofissional de Urgência e Emergência no Trauma do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência. Como benefícios temos a possibilidade de produzir um material que atenda às necessidades vivenciadas na prática no contexto do Programa de Residência, em um formato de fácil consulta e acesso, sem a pretensão de substituir a literatura base da área.

Palavras chave: Internato e Residência; Prática Profissional; Assistência ao Paciente; Atenção à Saúde; Capacitação em Serviço.

ABSTRACT

Objective: to produce and validate an e-book for multidisciplinary action to critically ill patients in Emergency Care in the context of the Emergency and Emergency Multidisciplinary Residency Program in Trauma of the Metropolitan Hospital of Urgency and Emergency. Method: two questionnaires were applied to support the development of the e-book, it was a questionnaire with closed questions containing a brief characterization of the participants, professional training, higher degree, in addition to a question about their degree of satisfaction with theoretical knowledge-practical in the area covered, classified on a 4-point Likert scale, namely: 1=dissatisfied or 2=not very satisfied or 3=satisfied or 4=very satisfied or not applicable. The last question indicated the themes that were considered essential for multidisciplinary training, as well as a space for comments. Results: 31 volunteers participated in the study, from the areas of Physiotherapy (58.07%), Nursing (16.13%), Psychology (16.13%), Speech Therapy (6.45%) and Occupational Therapy (3.22%). Most residents graduated from the Program and had the specialization as the highest academic degree. As for the degree of satisfaction in relation to theoretical-practical knowledge in the care of critically ill patients in the Emergency Room (AP), 38.71% were little satisfied, 25.81% very satisfied, 25.81% satisfied and 3.22% revealed themselves dissatisfied; 6.45% answered that the question "was not applicable" to you. Regarding the contents listed by the participants as essential for multidisciplinary work in AP, 'Critical Patient Assessment and Scales' was chosen by 12.90%, those referring to 'Cardiorespiratory Arrest' by 41.93% and those referring to 'Insufficiency Respiratory' listed by 48.39%. Conclusion: theoretical learning cannot be separated from practical field learning. Therefore, we propose the production and validation of an e-book that helps multidisciplinary work to critically ill patients in emergency care in the context of the Multiprofessional Residency Program for Urgency and Emergency in Trauma at the Metropolitan Hospital of Urgency and Emergency. As benefits, we are able to produce material that meets the needs experienced in practice in the context of the Residency Program, in a format that is easy to consult and access, without intending to replace the basic literature in the area.

Keywords: Internship and Residency, Professional Practice, Patient Care, Delivery of Health Care, Inservice Training.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 Estrutura das residências multiprofissionais	12
2.2 Urgência e emergência no trauma	14
2.3 Educação permanente em saúde	20
3 OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo geral	25
3.2 Objetivos específicos	25
4 MATERIAL E MÉTODO	26
4.1 Caracterização do estudo	26
4.2 Local da pesquisa	26
4.3 População, amostra e amostragem	27
4.4 Critérios de elegibilidade	27
4.5 Instrumentos de coleta de dados	28
4.6 Etapas do estudo	30
4.7 Critérios de inclusão e exclusão	30
4.8 Análise estatística	31
4.9 Aspectos éticos	32
5 RESULTADOS	33
5.1 Identificação dos temas	33
5.2 Caracterização dos juízes	35
5.3 Produção do <i>E-book</i>	35
5.4 Validação do <i>E-book</i>	38
6 DISCUSSÃO	40
CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICES	55

1 INTRODUÇÃO

As residências iniciaram com a área médica e foram instituídas pelo Decreto nº 80.281 de 1977 como uma modalidade de ensino de Pós-Graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, que lhe conferia o título de especialista, por meio de Programas que fossem credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) (BRASIL, 1977).

Anos depois, com a promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, surgiram os Programas de Residência multiprofissional e em área profissional da saúde orientado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais, abrangendo as diferentes profissões da área da saúde, a saber: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, educadores físicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais, conforme está previsto na Resolução CNS nº 287/1998 (BRASIL, 1998).

Após o surgimento das residências multiprofissionais, houve a necessidade de constituir uma comissão para avaliar e acreditar esses Programas no sentido de garantir que atendam às exigências sócio epidemiológicas da população brasileira, credenciando os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, bem como as instituições habilitadas para oferecê-los, e ainda para registrar esses certificados, de validade nacional, com especificação de categoria e ênfase do programa (BRASIL, 1998).

Com as atribuições supracitadas, surgiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS, coordenada conjuntamente pelo Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC), sendo instituída por meio da Portaria Interministerial nº 1.077 de 12 de novembro de 2009, que define:

Art. 1º - os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional terão duração mínima de dois anos, equivalente a uma carga horária mínima total de 5760 (cinco mil setecentos e sessenta) horas.

Art. 2º - Os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional serão desenvolvidos com 80% (oitenta por cento) da carga horária total sob

a forma de estratégias educacionais práticas e teórico-práticas, com garantia das ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social e 20% (vinte por cento) sob forma de estratégias educacionais teóricas (BRASIL,2009).

Quanto às estratégias educacionais práticas, são aquelas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das categorias profissionais da saúde, obrigatoriamente sob supervisão do corpo docente assistencial, enquanto as estratégias teórico-práticas são as de simulação em laboratórios, as ações em territórios de saúde e em instâncias de controle social, em ambientes virtuais de aprendizagem, as de análise de casos clínicos e ações de saúde coletiva, entre outras, sob orientação do corpo docente assistencial (BRASIL, 2009; SHIROMA, 2014).

No que diz respeito às estratégias educacionais teóricas, são definidas como aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, em que o profissional da saúde residente conta, formalmente, com orientação do corpo docente assistencial e convidados. Além de formação específica voltada às áreas de concentração e categorias profissionais, estas estratégias devem contemplar temas relacionados à bioética, à ética profissional, à metodologia científica, à epidemiologia, à estatística, à segurança do paciente, às políticas públicas de saúde e ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009; BRASIL, 2015).

Ofertada na capital do Estado do Pará, a residência multiprofissional da Universidade do Estado do Pará (UEPA) disponibiliza as seguintes áreas de concentração: Estratégia Saúde da Família; Atenção à Saúde Mental; Atenção à Saúde Cardiovascular; Urgência e Emergência no Trauma; Oncologia - Cuidados Paliativos; Atenção em Nefrologia; Atenção à Saúde da Mulher e da Criança; Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia, Atenção em Hemoterapia e Hematologia. Os Programas em Área Profissional estão distribuídos nas áreas de concentração Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial e Enfermagem Oncológica, Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva e Enfermagem em Clínica Cirúrgica Oncológica (UEPA, 2019).

O Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência no Trauma é desenvolvido em associação com o Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE), referência em urgência e emergência na região metropolitana de Belém e referência da região Norte em queimados, em parceria estabelecida desde 2012. Atualmente, são ofertadas anualmente seis vagas, distribuídas para os profissionais graduados nas seguintes categorias: enfermagem (1 vaga), psicologia (1 vaga), terapia ocupacional (1 vaga), fonoaudiologia (1 vaga) e fisioterapia (2 vagas). Dentro deste Programa, a carga horária teórica e teórico-prática representa 20% do total de 5760 horas, e compreende a abordagem dos temas independentes de categoria profissional e área de concentração no primeiro ano, devendo os demais conteúdos e temas específicos serem abordados em seu local de atuação (UEPA, 2019).

No entanto, no decorrer das atividades que abordam os temas específicos por categoria profissional vivenciadas pela autora durante a Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência no Trauma/HMUE, percebeu-se que os residentes apresentavam dificuldades específicas em termos de conteúdo prévio, o que dificulta de certa forma o desenvolvimento e a progressão proveitosa dos objetivos propostos pelo Programa; além disso, identificou-se a necessidade de que fosse estabelecido e alcançado um nível mínimo de conhecimento teórico que deixasse os residentes aptos ao serviço em saúde durante a residência, desenvolvendo habilidades e competências condizentes com seu ano e sua área de especialidade e atuação.

Como exemplo de nivelamento dentro da graduação, têm-se as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), as quais são um conjunto de normas educacionais elaboradas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) que compreendem os itens essenciais para cada área básica do conhecimento, bem como o campo do saber ou mesmo a profissão. Comum a todas as DCN envolvidas no Programa de residência (medicina, fisioterapia, enfermagem, terapia ocupacional, psicologia e fonoaudiologia), está o fato de que os profissionais egressos têm suas competências, habilidades e atitudes pautadas no trabalho em equipe de caráter interprofissional, humanista, técnica, científica e de ordem prática presencial, permeada pela integração ensino, serviço e comunidade, experienciando a

diversidade de cenários/espços de vivências e práticas ancoradas nos princípios do SUS (BRASIL, 2014, 2011, 2002a, 2002b, 2002c, 2001).

Assim como nas DCN que relatam a necessidade do trabalho em equipe de caráter interdisciplinar, transdisciplinar e interprofissional, na lógica da clínica ampliada e a redução de danos, às residências multiprofissionais também abordam necessidades curriculares de acordo com as áreas de concentração e categorias envolvidas, visto que durante referida experiência desta autora como residente e, também após - e atualmente -, como preceptora do Programa de Residência Multiprofissional de Urgência e Emergência no Trauma, foi possível verificar que a interação entre os profissionais é constante durante todo o processo de assistência ao paciente, sendo portanto, de interesse de todos que o aprendizado multiprofissional se torne cada vez mais transprofissional, ou seja, quando o profissional tem um conhecimento abrangente com as percepção dos demais profissionais através de constantes trocas respeitando a atuação restrita à sua categoria (BRASIL, 2014, 2011, 2002a, 2002b, 2002c, 2001).

A partir dessa análise, julgou-se oportuno e pertinente identificar os conteúdos clínicos mínimos indispensáveis aos profissionais da saúde recém ingressantes do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência no Trauma/HMUE, para que estes desenvolvam adequada e proveitosamente suas atividades, além de organizar esse conteúdo em uma mídia e validar esse material instrucional.

Segundo Pasquali (2009), é imprescindível que os instrumentos possuam fidedignidade e validade para minimizar a possibilidade de julgamentos subjetivos. Assim, o reconhecimento da qualidade dos instrumentos torna-se um aspecto fundamental para a legitimidade e credibilidade dos resultados de uma pesquisa, o que reforça a importância do processo de validação. Os métodos mais mencionados para obtenção da validade de uma medida pelos psicometristas são a validade de construto, a validade de critério e a validade de conteúdo.

A validade de construto verifica a amplitude em que a medida corresponde à construção teórica do fenômeno a ser mensurado, relaciona-se com os conceitos que são realidades abstratas e com operações concretas por meio de

comportamentos físicos. Por sua vez, a validade de critério é a correlação existente entre a medida avaliada em relação à outra medida ou instrumento que serve como critério de avaliação, que possui atributos iguais ou semelhantes (PASQUALI, 2009).

Em relação à validade de conteúdo, inicia o processo de associação entre conceitos abstratos com indicadores mensuráveis, bem como representa a extensão de cada item da medida comprovam o fenômeno de interesse que propõem investigar em duas etapas: a primeira é o desenvolvimento do instrumento e a segunda é a análise e julgamento dos especialistas (MEDEIROS, *et al*, 2015).

A análise de juízes ou análise de conteúdo é baseada no julgamento realizado por um grupo de profissionais experientes na área que analisam se o conteúdo está correto e adequado ao proposto pelo estudo (MEDEIROS, *et al*, 2015).

Para eleger os profissionais com expertise em uma área específica, Melo *et al* (2011) relatam que podem ser elaborados critérios próprios com ênfase no conhecimento teórico e aliado à experiência clínica, identificando o tempo de atuação clínica como indicador de experiência e conseqüente habilidade em diagnosticar, além de definir que quanto mais títulos e mais pesquisas realizadas na temática estudada, maior a probabilidade do profissional ser considerado perito na área.

Segundo Landoni, Wilson e Gibb (2000), para a correta elaboração de um material digital é necessário considerar o seu estilo e leiaute; além disso, ele deve conter uma estruturação lógica, respeitando paginação, índice e aspectos tipográficos que facilitem o manuseio, entendimento e interpretação por parte do leitor, sendo estes requisitos prioridade para serem contemplados neste estudo.

A produção de um *e-book* possibilita fácil acesso ao seu conteúdo e conta com crescente número de publicações com esta estrutura. Os seus acessos e distribuição digitais oportunizam o rompimento das limitações impostas por um livro físico e permitem o alcance do seu conteúdo por um público maior (POSSATI, SILVA E PERRY, 2018).

Desta forma, com a criação e desenvolvimento do produto proposto, os profissionais ingressantes no programa de Residência Multiprofissional em Urgência

e Emergência no Trauma terão um recurso de fácil acesso e uma ferramenta auxiliar no processo de ensino-aprendizagem em saúde, direcionando suas ações práticas a partir de um conteúdo teórico que permite a integração e fortalecimento do conceito de transdisciplinaridade, e elaborado com os conteúdos clínicos reconhecidos pelos especialistas como essenciais neste cenário do Programa de residência (LANDONI, WILSON E GIBB, 2003).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ESTRUTURA DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) constituem uma modalidade de ensino de pós-graduação *Lato sensu*, sob a forma de cursos de especialização, caracterizadas pelo treinamento em serviço, supervisionada por profissionais capacitados, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde. Foram oficialmente instituídas pela Lei nº 11.129/2005, e assim como as residências médicas, tem duração mínima de 2 anos, com 60 horas semanais de atividades (HADDAD, 2017).

Os programas estão presentes nas cinco regiões brasileiras e destinam-se a profissionais de saúde, das áreas de biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, exceto médicos. Além disso, integram diferentes linhas de cuidado como atenção básica, atenção ao câncer, saúde mental, enfermagem obstétrica, física médica, urgência/trauma, neonatologia, saúde bucal, cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, intensivismo, saúde funcional e reabilitação, saúde coletiva e atenção clínica especializada (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde Resolução CNRMS Nº2, de 13 de abril de 2012, dispõe sobre as diretrizes gerais para os programas de Residência Multiprofissional e em profissional de saúde. Considerando a Lei coordenada conjuntamente pelo Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC), sendo instituída por meio da Portaria Interministerial nº1.077 de 12 de novembro de 2009, que define:

Art. 5º - As instituições que oferecem Programas de Residência Multiprofissional e em Área de Profissional da Saúde serão responsáveis pela organização do Projeto Pedagógico – PP dos respectivos programas de pós-graduação, em consonância com a legislação vigente.

§ 2º O Projeto Pedagógico de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde é orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de

conhecimento, integrando o núcleo de saberes e práticas de diferentes profissões, devendo, para isto, considerar que:

I. para ser considerado como Residência Multiprofissional em Saúde, o programa deverá ser constituído por, no mínimo, 03 (três) profissões da saúde;

II. quando o programa constituir-se por mais de uma área de concentração, cada área deverá também contemplar, no mínimo, três profissões da saúde;

III. as atividades teóricas, práticas e teórico-práticas de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde devem ser organizadas por:

a. um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar;

b. um ou mais eixos integradores para a (s) área (s) de concentração constituinte (s) do Programa;

c. eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de forma a preservar a identidade profissional.

IV. o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde deve ser orientado por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos de gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar.

V. o PP deve prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação de atenção e de gestão na saúde (BRASIL, 2012).

Quanto aos recursos humanos, quatro são os atores envolvidos neste cenário, o residente, o preceptor, o tutor e o docente. O residente é o profissional da saúde em formação, o preceptor é o profissional da mesma área profissional do residente que atua na instituição executora do programa e tem como função principal a supervisão direta das atividades práticas realizadas pelo profissional de saúde residente. Já o tutor é o profissional com titulação mínima de mestre e experiência profissional de no mínimo três anos e sua função consiste em orientações acadêmicas de preceptores e profissionais da saúde residentes. Os docentes são profissionais vinculados às instituições formadoras e executoras que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas previstas no projeto pedagógico do curso (SASSI & MACHADO, 2017).

A proposta do Programa de RMS de superar a fragmentação profissional do cuidado e propiciar um espaço de aprendizagens compartilhadas traz resultados positivos, isso porque momentos de aprendizagens compartilhadas estimulam e sensibilizam o residente para melhor reconhecimento de seu papel no contexto do trabalho em equipe e da importância e papel do outro na prestação da assistência em saúde. Além disso, proporciona o desenvolvimento de competências comuns a todas as áreas profissionais, competências específicas de cada uma e competências colaborativas, possibilitando uma prática diferenciada (PEREGO & BATISTA, 2016; BATISTA, 2012).

2.2 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO TRAUMA

Lesões decorrentes de trauma são agravos súbitos à saúde que podem levar à morte (VENDRAMIN, *et al*, 2018). Estão inseridos nesse contexto os eventos de violência urbana e os acidentes de trânsito, denominados causas externas na Classificação Internacional de Doenças – CID (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ATENDIMENTO INTEGRAL AO TRAUMATIZADO, 2015).

Dentre os acidentes traumáticos, os automobilísticos representam a segunda causa de morte não natural evitável, gerando em torno de 40 mil óbitos por ano no Brasil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Além disso, em 2015, o tratamento das vítimas feridas neste tipo de acidente custou cerca de R\$ 7,7 bilhões para a economia brasileira (LIMA; MACENA; MOTA, 2020)

Segundo Souza, et al. (2019), num estudo realizado pelo centro de Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), os homens são as maiores vítimas tanto em acidentes traumáticos como em violências, com maior percentual na faixa etária de adultos jovens, com idade entre 20 e 29 anos.

Já Soares, et al. (2015), em um outro estudo desenvolvido na cidade de Picos, no Piauí, verificou-se que a maioria dos traumas envolvendo motociclistas, aconteceram com maior prevalência na faixa etária entre 18 e 29 anos, correspondendo a 40% das vítimas atendidas.

Castro, et al. (2013), em um estudo realizado na enfermaria de ortopedia de um hospital público em Salvador Bahia mostrou que entre junho e dezembro de 2008 a maioria das internações ocorreram entre homens (89,6%), sendo a maioria jovem.

Já um estudo realizado por Vedramin, et al. (2019), pelo serviço de Cirurgia Plástica do Hospital metropolitano de Urgência e Emergência no estado do Pará evidenciou que entre os pacientes vítimas de trauma houve maior frequência de indivíduos entre 21 e 30 anos (32,05%), seguida da faixa etária de 11 a 20 anos (21,79%) e da faixa etária entre 31 e 40 anos (20,51%). O sexo masculino foi predominante entre os pacientes e, além disso, 32,05% tinham procedência do município de Belém e eram autônomos (34,62%).

O mesmo estudo mostrou ainda que, em relação ao mecanismo do trauma, 78% dos acidentes foram causados por traumas contusos, 18% traumas penetrantes e 4% não foram declaradas (VEDRAMIN, et al, 2019)

O ambiente doméstico também se configura como um lugar propício para incitar alguma lesão, uma vez que esse ambiente apresenta uma diversidade de equipamentos eletrônicos, eletrodomésticos, materiais perfurantes e cortantes (SOUZA, 2019).

Um estudo realizado em 2011 envolvendo 71 serviços de urgência e emergência no âmbito do SUS, localizados no Distrito Federal e em mais 24 capitais brasileiras, analisou o perfil de crianças menores de 10 anos atendidas nesses serviços (MALTA, et al, 2015). Entre os 7224 registros de atendimentos de emergência para crianças de 0-9 anos de idade, 97,5% eram de vítimas de acidentes e 2,5% de vítimas de outros tipos de violência (MALTA, et al, 2015).

O mesmo estudo aponta que a maioria das ocorrências aconteceu no domicílio 67,4%, sendo esse local associado estatisticamente aos acidentes; as contusões foram as lesões mais frequentes 32,5%, seguidos dos cortes 30,5%. A cabeça e pescoço 42,8% foram os segmentos mais atingidos, em especial nos casos de violência (MALTA, et al, 2015).

Nesse contexto, foi necessária a criação de uma Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente

a Linha de cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências através da Portaria Nº 1365, de 8 de julho de 2013, que define:

Art. 1º - Fica aprovada a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º – São objetivos da Linha de Cuidado ao Trauma:

- I. Reduzir a morbimortalidade pelo trauma no Brasil, por meio de ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde e implantação da Linha de Cuidado ao Trauma na RUE;
- II. Desenvolver ações voltadas à vigilância e prevenção do trauma por meio de incentivo para implantação de núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (PVPS) e projetos de prevenção relacionados ao trauma;
- III. Estabelecer a Rede de Atendimento Hospitalar ao Trauma, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e a atenção integral ao paciente traumatizado;
- IV. Estabelecer e implementar a Linha de Cuidado ao Trauma e habilitar Centros de Trauma, para realização do atendimento hierarquizado e referenciado;
- V. Ampliar o acesso regulado dos pacientes vítimas de trauma aos cuidados qualificados em todos os pontos de atenção da RUE;
- VI. Incentivar processos formativos para os profissionais de saúde envolvidos na atenção ao trauma em todos os níveis e pontos de atenção, inclusive para aqueles que atuam diretamente nas centrais de regulação;
- VII. VII. Estruturar e descrever a Linha de Cuidado ao Trauma desde a cena à atenção hospitalar e reabilitação, bem como na prevenção ao trauma;
- VIII. Disseminar o conhecimento de que o trauma é um agravo que se tornou um problema de saúde pública, sendo hoje uma das principais causas de adoecimento e mortalidade da população brasileira e que pode ser prevenido e evitado;
- IX. Fortalecer a implantação e implementação da Linha de Cuidado ao Trauma na RUE como prioritária na estruturação da atenção em Urgência no SUS;
- X. Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde que atuam na RUE para a notificação compulsória dos casos de violência doméstica, sexual e outras violências.

Diante desse perfil, fica claro que os pacientes acometidos por trauma necessitam de atendimento precoce para se evitar lesões que comprometam o correto funcionamento de órgãos ou evolução para sequelas, além de ser necessária a resolutividade dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, que

podem interferir significativamente na evolução do seu quadro clínico (SOUZA, 2019).

O estudo clássico de Trunkey & Lim (1974) mostrou há mais de 40 anos que as mortes por trauma possuem uma distribuição trimodal: as mortes imediatas após trauma são em razão de lesões fatais, como ruptura de grandes vasos do tórax, as mortes precoces ocorrem nas primeiras seis horas após trauma e as mortes tardias são as que acontecem após dias ou semanas são em razão de infecção e falência de múltiplos órgãos (PFEIFER, et al, 2016). O segundo pico de mortes, que inclui as mortes precoces, tem como característica principal a potencialidade de tratamento das lesões das pessoas que morrem nessa fase (SALLUN & SOUZA, 2012).

Por isso, a abordagem do paciente grave deve ser feita de maneira rápida e sistematizada, e o objetivo inicial é chegar a um diagnóstico sintromico e iniciar o tratamento efetivo o mais breve possível. O paciente grave no departamento de emergência apresenta alterações que podem envolver o nível de consciência, as vias aéreas, a respiração e a hemodinâmica (VELASCO, et al., 2020). Dessa forma, quando o paciente é encaminhado para a sala de emergência, essas alterações devem ser pesquisadas sistematicamente. Um dos objetivos no atendimento ao paciente grave é otimizar e adequar o tempo de espera pelo atendimento às necessidades e à gravidade da condição clínica e reduzir o impacto negativo no prognóstico de uma demora no atendimento (VELASCO, et al., 2020).

O trabalho em equipe é uma abordagem eficaz para lidar com ambientes frequentemente lotados, como é o caso dos serviços de urgência e emergência, que experimentam crescentes demandas, poucos recursos e a necessidade de melhorar sua eficiência (JOINT COMMISSION RESOURCES, 2008). Além disso, pode melhorar o desempenho, reduzir os custos, especialmente em termos de “risco” e aumentar a satisfação dos profissionais e do paciente. Também, conforme especialistas em segurança do paciente, o trabalho em equipe é um fator essencial na redução do risco de erros médicos (VELASCO, et al., 2020).

Assim, há a necessidade de identificar os pacientes com maior risco de morte ou complicações graves e otimizar o seu fluxo. O *Emergency Severity Index* (ESI) e o Sistema de Classificação de Risco Manchester (MTS) são sistemas de triagem que

auxiliam na criação de fluxos específicos para os pacientes. A triagem pode ser realizada por meio da queixa principal do paciente ou de acordo com os seus sinais vitais (VELASCO, et al., 2020).

No Brasil, em 2004, o Programa Nacional de Humanização implantou o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) nos serviços de emergência, com o objetivo de prestar um atendimento com qualidade, compromisso, dignidade e respeito a todas as pessoas que procuram estas unidades. O AACR deve também organizar o atendimento por gravidade e não mais por ordem de chegada à unidade, pois ao identificar pacientes em condições de urgência, aumenta-se a satisfação do usuário, diminui-se o congestionamento, organiza-se o fluxo de atendimento e direciona-se os recursos a serem utilizados pelo paciente (SILVA, et al, 2017).

No atendimento pelo AACR, após o usuário ser acolhido no serviço, utiliza-se o ordenamento estratificado na forma de, no mínimo, quatro cores para classificar os agravos: vermelho (emergência), amarelo (urgência), verde (menor urgência) e azul (não urgência), representando, respectivamente, a escala do maior ao menor risco, segundo critérios clínicos estabelecidos por protocolos institucionalizados. Os serviços emergenciais podem, adicionalmente, adotar sistemas com outras categorias para o atendimento, ao exemplo do protocolo de Manchester, que é muito utilizado globalmente e acrescenta a cor laranja aos pacientes classificados como “muito urgentes”, ou seja, um intermédio entre as cores vermelha e amarela antes citadas (OLIVEIRA, et al, 2017).

Em geral, o atendimento de um paciente vítima de trauma se inicia ainda no ambiente pré-hospitalar. Diversas instituições são responsáveis tanto pelo atendimento quanto pelo desenvolvimento de protocolos específicos para o atendimento desses pacientes. As que mais frequentemente atuam nesse cenário são o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Corpo de Bombeiros, muitas vezes atuando em conjunto para oferecer o cuidado necessário ao paciente. Algumas rodovias estaduais e federais, por meio de suas concessionárias,

disponibilizam também seu próprio sistema de atendimento, fornecendo atendimento semelhante aos serviços já citados (VELASCO, et al., 2020).

O grau de complexidade dos procedimentos realizados na cena depende da qualificação dos profissionais participantes do atendimento, se essa equipe é classificada como de suporte básico, intermediário ou avançado de vida. Ainda no local da ocorrência, são realizados procedimentos iniciais, como garantir a segurança da cena, triagem e descontaminação do paciente se for necessário, avaliação primária com manejo de vias aéreas controle de hemorragias e lesões ameaçadoras à vida, avaliação secundária se cabível e o transporte seguro da vítima até o hospital de referência (VELASCO, et al., 2020).

O serviço de saúde de destino do paciente deve ser indicado pelo médico regulador com base em diversos fatores, entre eles a distância e o tempo de percurso entre a unidade de saúde e o local do acidente, a disponibilidade de especialidades e recursos diagnósticos. Também são consideradas a estabilidade clínica do paciente e a presença ou não de médico e enfermeiro na equipe de atendimento pré-hospitalar atuante no caso em questão. O relatório do atendimento deve ser transmitido ao médico que recebe esse paciente no hospital para que as informações coletadas sobre cinemática do trauma, medidas terapêuticas realizadas até o momento, assim como outras informações relevantes ao atendimento sejam anexadas ao prontuário do paciente e ajudem na condução do caso a partir de então (VELASCO, et al., 2020).

O atendimento do paciente vítima de trauma na sala de emergência se inicia pela avaliação primária, que é a sistematização da investigação diagnóstica de lesões imediatamente ameaçadoras à vida do paciente, seguindo uma ordem padronizada de prioridades, sendo o tratamento instituído logo após o diagnóstico.

A ordem da avaliação primária, conforme sugerida pelo *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), segue o mnemônico ABCDE, onde o “A” representa (*Airway*) avaliação das vias aéreas com restrição da mobilidade da coluna cervical; “B” (*Breathing*) ventilação e respiração; “C” (*Circulation*) circulação com controle da hemorragia; “D” (*Disability*) avaliação neurológica; “E” (*Exposure and Environment*)

exposição e controle do ambiente (AMERICAM COLLEGE OF COMMITTEE ON TRAUMA, 2018).

Dando continuidade ao atendimento do paciente vítima de trauma, deve-se realizar a avaliação secundária no paciente que se encontre clinicamente estável. Este é o momento em que buscamos lesões que não ameaçam imediatamente a vida, mas que podem gerar sequelas, desconforto ou evoluir com piora do quadro clínico (VELASCO, et al., 2020).

Sinais vitais, monitorização e responsividade devem ser checados constantemente durante o exame. Havendo deterioração no quadro clínico em qualquer momento, deve-se prontamente refazer a avaliação primária. Na avaliação secundária decide-se se é necessário complementar a avaliação com exames de imagem (VELASCO, et al., 2020).

Por fim, uma proporção significativa de mortes por trauma em países de baixa e média renda pode ser evitada por melhorias viáveis e acessíveis no atendimento ao trauma (YEBOAH, 2014).

Para tanto, os serviços de emergência necessitam de uma melhor organização, fazendo-se necessárias equipes de profissionais com vocação e formação adequada, instituição de protocolos para abordagem inicial, incluindo a triagem, aquisição e organização dos materiais necessários, bem como o estabelecimento da interdisciplinaridade no atendimento do paciente grave (O'DWYER, 2009).

2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída por meio da Portaria GM/MS no 198/2004, teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS no 1.996/2007. Com essa política o Ministério da Saúde propôs a Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia de transformação das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas, participação popular e de controle social no setor da saúde (BRASIL, 2005)

A EPS se apoia no conceito de ensino problematizador (inserido de maneira crítica na realidade e sem superioridade do educador em relação ao educando) e de

aprendizagem significativa (interessada nas experiências anteriores e nas vivências pessoais dos alunos, desafiante do desejar aprender mais), ou seja, ensino aprendizagem embasado na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende e que geram novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo (SILVA, et al., 2019).

Essa linha de pensamento traz consigo a possibilidade de transformar as práticas profissionais uma vez que as respostas são constituídas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam. A EPS pode ser entendida aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que a pessoa já tem (BRASIL, 2005).

O conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS) surgiu na década de 80, e foi assumida como prioridade pela Organização Pan-americana de Saúde e pela Organização Mundial da Saúde. No intuito de construir uma política de valorização do trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde apontou a EPS como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, bem como das práticas pedagógicas e de saúde. Ainda nesta lógica, foi viabilizada a criação da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), como dispositivo de transformação das práticas da área da saúde. Agrega-se a esta nova modalidade de formação são as ações educativas centradas nas necessidades de saúde da população, na equipe multiprofissional e na institucionalização da Reforma Sanitária Brasileira (SILVA, et al., 2014).

A proposta da educação permanente parte de um desafio central, coerente com os propósitos da integração ensino-serviço: a formação e o desenvolvimento devem ocorrer de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, ou seja, em todos os locais, envolvendo vários saberes. O resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe matricial,

a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento (ALBUQUERQUE, et al., 2008).

A aprendizagem profissional abrange, portanto, várias dimensões: a dimensão da aquisição de conhecimento formal (teórico); a dimensão da prática profissional e a dimensão da relação, da troca de experiências e de conhecimento técnico dentro da equipe. Nesse sentido, a educação na saúde precisa considerar essas dimensões no momento de pensar políticas e ofertas de formação e qualificação para o setor (SILVA, et al., 2019).

Dessa forma, o uso da Tecnologia da Informação Aplicada à Educação (TIAE) é uma estratégia que potencializa a disseminação do conhecimento, conduzindo a individualização de seu acesso e aprendizado. O uso desses recursos na atualização profissional é de grande importância, pois permite flexibilidade e abertura no acesso ao conhecimento e informação, facilitando a formação de discussões em áreas de interesse, superando problemas de distância e de acesso a bibliografias, oferecendo uma adesão dos usuários mais dinâmica, oportuna e personalizada (BRASIL, 2009).

Dessa forma, as tecnologias educacionais são recursos de suporte essenciais para a modernização do processo de ensino-aprendizagem, e a elas se recorre, entre outros motivos, para criar e recriar formas de interação entre usuário e profissional de saúde (RODRIGUES & SILVA, 2020).

A importância do uso das TIAE no contexto educacional acompanha a própria evolução tecnológica, sobretudo pelo crescimento da educação a distância, bem como da tecnologia em todos os contextos. Sendo assim, é importante destacar sua importância não apenas como recursos auxiliares, mas como elementos estruturantes no processo formativo. Se vivemos um tempo em que as tecnologias se aperfeiçoam continuamente, a educação tem como missão acompanhar os avanços tecnológicos, utilizando a seu favor todas as soluções possíveis (RODRIGUES & SILVA, 2020).

No Brasil, quando se trata de educação nas escolas, os PCN (Parâmetros Curriculares Nacionais) recomendam que o livro didático não seja o único material utilizado pelo professor. Contudo, a utilização de materiais didáticos digitais precisa

ter critérios que auxiliem o professor a escolher, classificar e avaliar tais matérias (GODOI & PADOVANI, 2009).

Um trabalho de avaliação contínua centrada no usuário pode ser uma boa estratégia para assegurar a qualidade do material didático digital. Existem instrumentos oficiais (base científica) e não oficiais (base empírica) que estabelecem normas, critérios, recomendações e requisitos para avaliação da qualidade e usabilidade do material didático digital no processo de *design* (tanto no desenvolvimento do projeto quanto no do produto) (GODOI & PADOVANI, 2009).

Tratando-se da educação em saúde, a formação dos profissionais ainda é um “nó crítico” das propostas que apostam na mudança do modelo assistencial em saúde no Brasil. Destacamos alguns desafios para o processo de ensino-aprendizagem nos contextos concretos do SUS: falta de diálogo entre profissionais, preceptores e tutores; falta de preparação para o trabalho coletivo, inclusive, para a produção de conhecimento; falta de profissionais com perfil e disponibilidade para a preceptoria/tutoria. Além de que, é comum, na área da saúde, a tendência de profissionais atuarem de forma isolada, dissociada e fragmentada (TORRES, et al, 2019).

No contexto das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), o foco da formação profissional está na quebra de paradigmas, onde os objetivos da intervenção estão centrados em cada profissional, para um pensamento interdisciplinar. Buscando-se, a implementação da integralidade e atuação interdisciplinar no campo do pensar-fazer comum a todas as áreas profissionais, desenvolvendo o cruzamento dos diferentes saberes e práticas. Logo, a EPS, neste programa, vai além de uma proposta de atuação multiprofissional, pois se constitui em encontro, no qual todas as profissões devem atuar em equipe multiprofissional e de maneira interdisciplinar. Entretanto, além de atuar de uma maneira inter ou transdisciplinar, as profissões devem se colocar, sempre, no lugar de fronteira com quaisquer outras profissões, e não se localizando, sempre, em um lugar privativo de exercício, um lugar que ninguém invada, numa perspectiva de “entredisciplinarietàes” (SILVA, et al, 2014).

Dessa forma, as diretrizes pedagógicas dos programas de RMS devem adotar estratégias metodológicas que transcendam a sala de aula, levando os residentes para a prática e possibilitando atividades interdisciplinares em diferentes áreas profissionais (TORRES, et al, 2019).

É clara a importância dos eixos norteadores do processo ensino-aprendizagem dos programas de RMS, sobretudo do cenário de educação em serviço, da concepção ampliada de saúde e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Todavia, o fato de a concepção de ensino-aprendizagem ter como cenário a educação em serviço não garante, necessariamente, a construção de um conhecimento transformador (TORRES, et al, 2019).

Nesse contexto o desenvolvimento de materiais didáticos digitais é de suma importância, uma vez que o material didático é o “mediador” do processo de interação do aluno com os conteúdos curriculares e, por esse motivo, deve ser autoexplicativo, motivador e com possibilidade de adaptação a diversos tipos de aprendizagem.

Diante do exposto, e da experiência prévia desta autora como residente e também como preceptora do Programa de Residência Multiprofissional de Urgência e emergência no Trauma, considerou-se importante a identificação dos conteúdos clínicos mínimos indispensáveis aos profissionais da saúde recém ingressantes do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência no Trauma/HMUE, bem como sua organização em uma mídia para posterior validação e produção de um e-book contendo os temas essenciais para a atuação multiprofissional ao paciente crítico em Pronto Atendimento de Urgência e Emergência no Trauma. E assim, fazer deste material didático digital um facilitador no desenvolvimento das atividades dos residentes, bem como, no processo de Educação Permanente em Saúde para o Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência no Trauma/HMUE.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Produzir e validar um *e-book* para auxiliar a atuação multiprofissional sobre paciente crítico em Pronto atendimento no contexto do Programa de Residência Multiprofissional de Urgência e Emergência no Trauma do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os temas indispensáveis para desenvolver satisfatoriamente as atividades do Programa de Residência no atendimento de urgência e emergência ao paciente crítico.
- Identificar dentre os temas, os que, no julgamento de preceptores, ex-preceptores, ex-residentes do Programa de Residência e os profissionais com expertise no tema, apresentam-se como essenciais ao conhecimento multiprofissional no decorrer das atividades da Pós-Graduação.
- Produzir um *e-book* contendo os temas essenciais para a atuação multiprofissional ao paciente crítico em Pronto Atendimento de Urgência e Emergência no Trauma.
- Validar o *e-book* produzido.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo do tipo metodológico, de natureza aplicada, que incluiu pesquisa bibliográfica e abordagem quantitativa, com foco no desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de estratégias de ensino-aprendizagem.

Segundo Polit e Beck (2019), os estudos metodológicos focam no desenvolvimento, na validação e na avaliação de ferramentas ou estratégias metodológicas. A pesquisa aplicada é caracterizada por seu interesse prático, cujos resultados são aplicados na solução de problemas específicos identificados no contexto das sociedades em que os pesquisadores vivem. Na abordagem quantitativa busca-se a objetividade, a validade e a confiabilidade, sendo adotados métodos dedutivos para alcançar esses objetivos (GIL, 2014; MARCONI e LAKATOS, 2018).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado nas dependências do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE), situado na Rodovia BR-316, km 1, CEP: 67010-000, bairro Guanabara, Ananindeua, Pará, Brasil. Foi solicitada uma sala reservada para a aplicação dos questionários, e neste momento foram aplicadas as diretrizes estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde devido a pandemia de Covid-19.

O HMUE é referência em atendimento no trauma da região Norte e em tratamento em queimados na região Norte e Nordeste. A instituição é 100% pública, atende os pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e possui estrutura de grande porte, disponibilizando Pronto-Atendimento e internações. Mensalmente, são realizadas cerca de mil cirurgias e, no ano de 2017, o hospital atendeu mais de 600 mil pessoas com aprovação de 96% dos usuários, destes 49.657 foram atendimento

de urgência e emergência ou ambulatorial, contando com 198 leitos instalados, segundo as informações publicadas no site da empresa (PRÓ-SAÚDE, 2019).

O hospital é administrado pela Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar desde 12 de dezembro de 2012, sob contrato de gestão com a Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA) (PRÓ-SAÚDE, 2019).

4.3 POPULAÇÃO, AMOSTRA E AMOSTRAGEM

Os preceptores, ex-preceptores e ex-residentes do Programa de Residência Multiprofissional de Urgência e Emergência no Trauma, além de outros profissionais indicados e identificados com expertise na área, por constituírem o público alvo que seria capaz de identificar os temas que fizeram parte do produto proposto, estabelecendo os temas indispensáveis no decorrer das atividades da Pós-Graduação para atendimento multiprofissional ao paciente crítico em pronto atendimento.

A seleção dos participantes ocorreu pela técnica de amostragem do tipo Bola-de-neve (profissionais com expertises) ou por conveniência (demais participantes), após convite e explicação dos objetivos do estudo.

4.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DOS JUÍZES

Para a seleção dos profissionais com expertise que compuseram o quadro de juízes, foram utilizados critérios adaptados de Hortense et al. (2018), conforme quadro 1. Com isso, pretendeu-se favorecer uma amostra constituída por profissionais com experiência profissional aprofundada na área de conhecimento do estudo.

Ressalta-se que todos os profissionais são da área de saúde, integrantes da equipe multiprofissional em Urgência e Emergência do Trauma. A pontuação mínima estabelecida para a participação foi mantida em 5 pontos, conforme sugerido por Hortense et al (2018) com a adaptação para a aérea de urgência e emergência no

trauma e/ou terapia intensiva sendo avaliado através do currículo Lattes de cada profissional.

Quadro 1. Critérios de elegibilidade para a seleção de juízes especialistas.

Característica	Pontos
Doutorado na área de Urgência e Emergência ou Terapia Intensiva	2
Mestrado na área de Urgência e Emergência ou Terapia Intensiva	1
Publicação de pesquisa relevante para a área de interesse	2
Artigo publicado sobre o tema em periódico indexado	2
Prática clínica recente (últimos 3 anos) de no mínimo 1 ano na área de Urgência e Emergência ou Terapia Intensiva	2
Pós-Graduação na área de Urgência e Emergência ou Terapia Intensiva	2
Docência recente (últimos 3 anos) de no mínimo 1 ano na área de Urgência e Emergência ou Terapia Intensiva	2

Adaptado de Hortense et al. (2018).

Os profissionais com expertise foram selecionados por amostragem do tipo Bola-de-neve (Snowball), na qual ao se identificar um especialista que se encaixe nos critérios de elegibilidade necessários para participar foi solicitado ao mesmo que sugerisse outros participantes e assim sucessivamente (POLIT; BECK, 2019). Após a indicação, consultou-se o Currículo Lattes para verificar a adequação do profissional aos critérios estabelecidos.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados dois questionários para apoiar o desenvolvimento do *e-book*. O questionário 1 (APÊNDICE A) aplicado aos preceptores, ex-preceptores e ex-residentes determinou o perfil da amostra e investigou a respeito dos temas que

estes consideram essenciais para a formação multiprofissional durante a Residência. Tratava-se de um questionário com perguntas fechadas que continham uma breve caracterização dos participantes quanto ao seu papel no Programa Multiprofissional (preceptor, ex-preceptor, ex-residente), formação profissional (medicina, fisioterapia, enfermagem, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia), maior titulação (graduação, especialização, mestrado ou doutorado), além de uma pergunta sobre seu grau de satisfação com o conhecimento teórico-prático na área abordada classificada em uma escala tipo Likert de 4 pontos, a saber: 1=insatisfeito ou 2=pouco satisfeito ou 3=satisfeito ou 4=muito satisfeito ou, ainda, não se aplica.

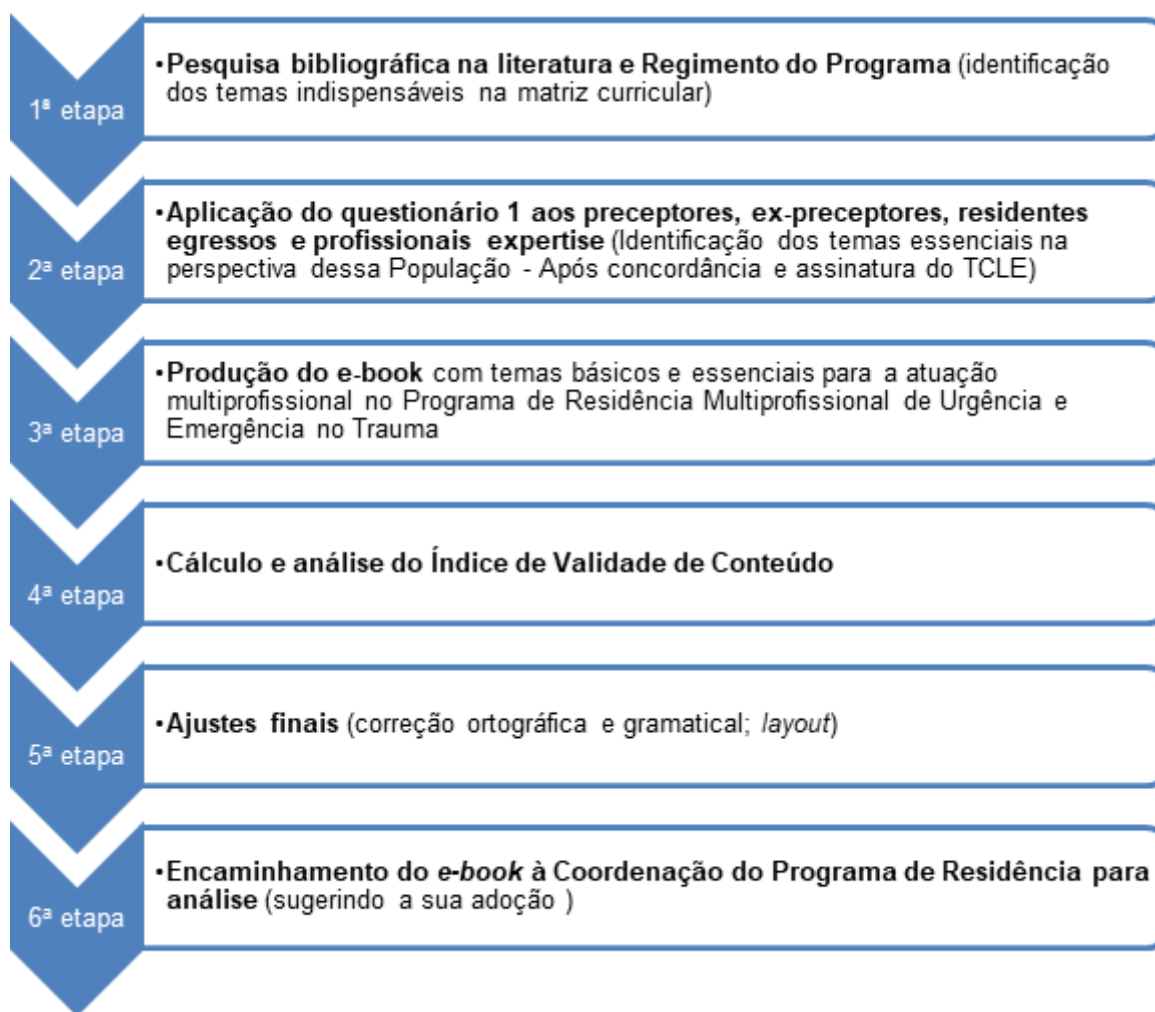
A última questão foi indicativa dos temas que foram considerados essenciais para a formação multiprofissional, além de um espaço para comentários. Os temas sugeridos neste questionário foram baseados em literatura relacionada ao tema e em associações que são referências no atendimento em urgência e emergência de pacientes críticos (SARMENTO, 2016; SUASSUNA, 2016; WAKSMAN, 2012).

Quanto à validação, foi enviada uma carta convite (APÊNDICE B) aos juízes selecionados juntamente com um questionário (Questionário 2 - APÊNDICE C), o qual foi utilizado para a validação do *e-book* pelos juízes com expertise e preceptores do Programa de Residência, e incluiu a análise da relevância dos objetivos, estrutura e apresentação, conteúdo, linguagem verbal, ilustrações, leiaute e motivação, por meio de questões fechadas, classificadas em uma escala tipo Likert de 4 pontos, a saber: 1= Discordo totalmente OU item irrelevante/não representativo/não claro ou 2= Discordo OU necessita de grande revisão para ser representativo/relevante/claro ou 3= Concordo OU necessita de pequena revisão para ser representativo/relevante/claro ou 4= Concordo totalmente OU item altamente representativo/relevante/claro. Também conterà a opção “não se aplica (na)”. Ao final, houve um espaço livre para comentários e sugestões.

4.6 ETAPAS DO ESTUDO

A pesquisa passou pelas etapas descritas no Fluxograma 1.

Fluxograma 1. Etapas de desenvolvimento da proposta



TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Participaram da pesquisa indivíduos de ambos os sexos, preceptores, ex-preceptores e/ou ex-residentes do Programa Multiprofissional de Urgência e Emergência no Trauma, além dos profissionais indicados com expertise na área de

urgência e emergência que concordaram em assinar o TCLE para participantes (APÊNDICE D) e juízes (APÊNDICE E).

Foram excluídos da pesquisa os preceptores ou ex-preceptores com atuação inferior a 2 anos no exercício do cargo e aqueles que não responderam ao contato em no máximo 3 tentativas.

4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram tabulados em uma planilha eletrônica para procedimentos das análises descritivas e inferenciais utilizando os programas Microsoft Office Excel 2016 e BioEstat 5.5 e resultados com $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

As distribuições paramétricas foram expressas como média \pm desvio padrão e Intervalo de Confiança de 95% e as assimétricas como frequências absoluta e relativa.

Para o processo de validação, os itens foram classificados por cada juiz como 1= Discordo totalmente OU item irrelevante/não representativo/não claro ou 2= Discordo OU necessita de grande revisão para ser representativo/relevante/claro ou 3= Concordo OU necessita de pequena revisão para ser representativo/relevante/claro ou 4= Concordo totalmente OU item altamente representativo/relevante/claro. Para analisar a extensão da concordância entre os juízes, foi necessário calcular o Índice de Validade de Conteúdo (IVC/CVI) individual para cada item (I-CVI) e o índice de validade médio, que considera todos os itens avaliados (S-CVI/Ave).

Para tanto, utilizaram-se os critérios propostos por Polit e Beck (2006): o I-CVI sendo computado pela razão entre o total de juízes que classificaram dado item como 3 ou 4 e o número total de juízes que avaliaram; no caso de seis ou mais juízes, os autores propõem o ponto de corte igual a 0,78 para garantir um índice de validade considerado excelente. O cálculo do S-CVI/Ave é feito somando-se todos os I-CVI e dividindo-se o resultado pelo total de itens avaliados; neste caso, os autores sugeriram que um S-CVI/Ave igual a 0,90 ou superior fornece evidência satisfatória validade do conteúdo.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos do CESUPA e aprovado em 29/09/2020 sob parecer nº: 4.308.723 e a coleta de dados iniciou somente após a sua aprovação. Os participantes foram incluídos no estudo somente após a livre concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os participantes foram estudados segundo a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS

5.1 IDENTIFICAÇÃO DOS TEMAS

Participaram dessa fase do estudo 31 voluntários, profissionais das áreas de fisioterapia (18; 58,07%), enfermagem (5; 16,13%), psicologia (5; 16,13%), fonoaudiologia (2; 6,45%) e terapia ocupacional (1; 3,22%). A maioria era composta por egressos do Programa de residência multiprofissional de urgência e emergência no trauma, e possuía a especialização como maior titulação acadêmica (Tabela 1). As categorias profissionais de fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia foram incluídas no estudo para que correlacionaram suas atuações com o perfil de paciente proposto, além de estimular o conhecimento geral sobre o quadro clínico deste perfil de paciente e o papel de cada profissional neste contexto.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes do estudo quanto à sua relação com o Programa de Residência Multiprofissional e titulação acadêmica. Belém, 2020.

Variável	n	%	p-valor*
Relação com o Programa			
Residente egresso	15	48,39	0,0172 [†]
Preceptor	7	22,58	
Ex-preceptor	6	19,35	
Residente	3	9,68	
Maior titulação			
Especialização	20	64,52	0,0009 [†]
Graduação	7	22,58	
Mestrado	4	12,90	

*Qui-Quadrado de aderência. [†]Estatisticamente significativo.

Fonte: protocolo de pesquisa, 2020.

Quanto ao grau de satisfação em relação ao conhecimento teórico-prático no atendimento ao paciente crítico em Pronto Atendimento (PA), 38,71% (12/31) dos participantes relataram estar pouco satisfeitos, 25,81% (8/31) se declararam muito satisfeitos, 25,81% (8/31) se consideraram satisfeitos e 3,22% (1/31) revelaram-se insatisfeitos; 6,45% (2/31) responderam que a pergunta não “era aplicável” a si.

Obtivemos um total de 7 participantes sendo a graduação como a maior titulação, entretanto apenas 3 residentes fizeram parte da pesquisa, os 4 restantes são preceptores que atuam no hospital e não possuem outro grau de titulação concluído e atualizado no currículo Lattes até o momento de conclusão desta pesquisa.

Em relação aos conteúdos (temas) elencados pelos participantes como essenciais para a atuação multiprofissional em PA, alguns participantes elegeram mais de um tema como o “mais relevante”, sendo observados os resultados apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Temas referenciados pelos participantes como essenciais para a atuação multiprofissional em Pronto Atendimento. Belém, 2020.

Temas	n	%
Avaliação do Paciente Crítico e Escalas	17	54,84
Parada Cardiorrespiratória	16	51,61
Insuficiência Respiratória	13	41,94
Ventilação mecânica básica	12	38,71
Dispositivos invasivos	10	32,26
Transporte intra e extra-hospitalar de pacientes graves	10	32,26
Exames Laboratoriais e de imagens	9	29,03
Fármacos de uso contínuo	8	25,81

Fonte: protocolo de pesquisa, 2020.

A Figura 1 ilustra a combinação dos subtemas sugeridos com maior frequência para a abordagem dentro de cada conteúdo específico, sendo os relacionados à 'Avaliação do paciente crítico e Escalas' escolhidos por 12,90% (4/31), os referentes à 'Parada Cardiorrespiratória' por 41,93% (13/31) e os alusivos à 'Insuficiência Respiratória' listados por 48,39% (15/31) dos respondentes.

Figura 1 – Subtemas referidos pelos participantes como necessários na abordagem dos respectivos temas essenciais. Belém, 2020.



Fonte (Imagens): Pesquisa de campo, 2021.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

Do total de 17 juízes que participaram do processo de validação, 52,9% (9/17) eram do sexo masculino e a maioria atuava profissionalmente em instituições de ensino superior (76,5%, 13/17); 58,8% (10/17) atuavam no HMUE e 70,6% (12/17) tinha pós-graduação na área de Urgência e Emergência e/ou Terapia Intensiva. Do total de juízes, 41,1% (7/17) eram especialistas, 29,4% (5/17) eram mestres e 11,8% (2/17) eram doutores; 11,8% (2/17) eram mestres com doutorado em andamento e 5,9% (1/17) era especialista com mestrado em andamento. Em relação à categoria profissional, 47,1% (8/17) eram fisioterapeutas, 35,2% (6/17) eram médicos, 17,6% (2/17) eram enfermeiros e um participante (5,9%) era

terapeuta ocupacional.

5.3 PRODUÇÃO DO E-BOOK

A versão final do e-book intitulado “Atendimento direcionado em Urgência e Emergência no trauma – Paciente crítico” é composta por 53 páginas e dividida em quatro capítulos: 1 – Avaliação do Paciente Crítico e Escalas; 2 – Parada cardiorrespiratória Adulto; 3 – Parada cardiorrespiratória Pediátrica e 4 – Insuficiência Respiratória. O produto contém uma lista das siglas utilizadas ao longo da obra e cada capítulo apresenta os objetivos daquela seção, além dos principais tópicos abordados (Figuras 1 e 2).

Cada capítulo está apoiado em um fundo colorido para facilitar a busca e contém informações cuidadosamente extraídas e resumidas das principais obras a respeito das temáticas abordadas.

O *e-book* foi construído e diagramado na plataforma Canva®, utilizando um *template* da própria plataforma, e contém ilustrações gráficas que fazem alusão à temática tratada e está disponível para acesso provisório e irrestrito pelo *link* https://1drv.ms/b/s!Ah0UmwPv_4e9g9h_QD2_kRuhEttswQ. Após a apreciação da banca, será depositado no repositório Educapes, assim como depositado e disponibilizado online via sítio do Mestrado Profissional em Ensino em Saúde do Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA.



ATENDIMENTO DIRECIONADO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PACIENTE CRÍTICO

AUTORES
LORENA DE ALMEIDA COSTA
ISMARI PERINI FURLANETO

Esse e-book é produto componente da dissertação de
Mestrado Profissional em Ensino em Saúde - Educação
Médica (ESEM) do Centro Universitário do Estado do
Pará

Figura 1. Capa do e-book produzido.

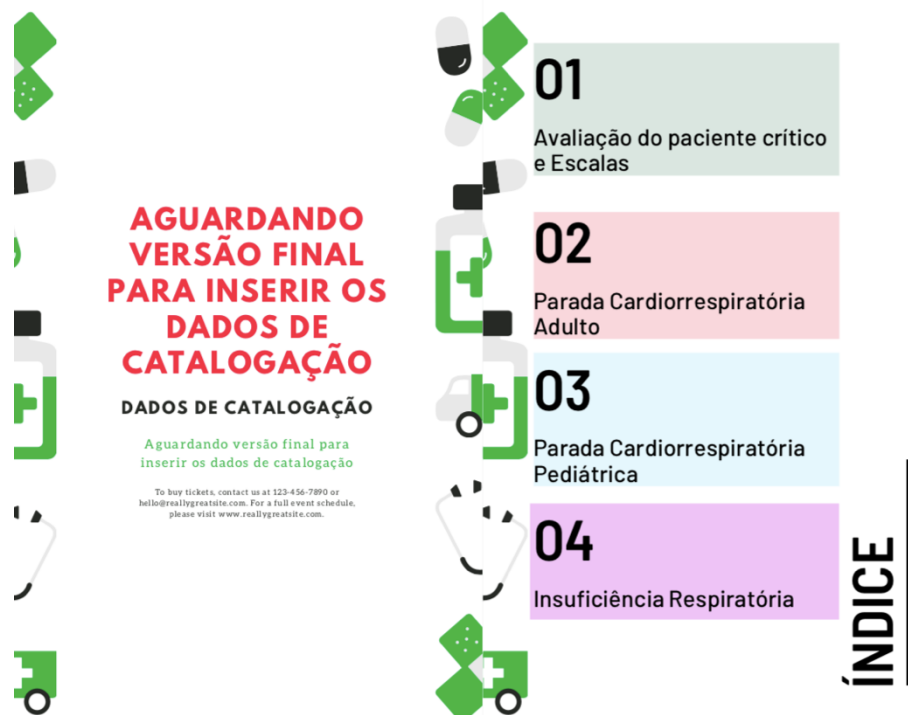


Figura 2. Contracapa e índice do e-book produzido.

5.4 VALIDAÇÃO DO E-BOOK

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos I-CVI dos critérios por dimensão e S-CVI/Ave de cada dimensão avaliada, além do S-CVI do instrumento como um todo (global); todos os critérios e dimensões julgados obtiveram I-CVI e o S-CVI/Ave dentro do parâmetro previamente estabelecido e, em relação ao instrumento como um todo, o S-CVI global obtido foi igual a 0,96. Apesar de o produto apresentar elevado S-CVI global, alguns juízes sugeriram algumas alterações, dentre elas organização do sumário, inserção dos objetivos de aprendizagem no início do capítulo, inclusão de legendas para as siglas, ajuste no título, definição de alguns termos utilizados, ajuste de linguagem a fim de melhorar a interatividade, ajuste de texto e respectiva imagem e redução da quantidade de informações textuais, que foram acatadas.

Como o instrumento foi validado em relação ao quesito proposto (conteúdo) na primeira rodada de avaliação, obtendo S-CVI global de 0,96, e as sugestões foram incorporadas, não foi demandada nova avaliação dos juízes.

Tabela 1 - Distribuição dos Índices de Validação de Conteúdo em nível de Item e em nível de Escala dos critérios avaliados, segundo avaliação dos juízes.

Critério e itens avaliados	Não discordância		I-CVI	S-CVI/Ave
	n	%		
Objetivos				
1. O material apresentado está adequado para a finalidade/propósito a que se destina	17	100	1	1
2. O material apresentado tem potencial para alcançar a meta prevista	17	100	1	
Estrutura e apresentação				
1. Sequência lógica das ideias.	15	88,0	0,88	
2. Informações claras.	16	94,0	0,94	
3. Informações objetivas.	17	100	1	0,94
4. Isento de discriminação ou preconceito.	17	100	1	
5. Permite a compreensão do tema.	15	88,0	0,88	

Conteúdo				
1. Contempla o tema proposto.	16	94,0	0,94	
2. Está adequado ao processo de ensino-aprendizagem.	16	94,0	0,94	0,95
3. É atual.	16	94,0	0,94	
4. É relevante.	17	100	1	
5. Atende a diferentes perfis de profissionais.	16	94,0	0,94	
6. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado.	16	94,0	0,94	
Linguagem verbal				
1. Linguagem adequada ao público alvo.	17	100	1	
2. Linguagem interativa.	16	94,0	0,94	0,98
3. Linguagem é clara e objetiva.	17	100	1	
Ilustrações				
1. São pertinentes ao material.	17	100	1	
2. Estão em quantidade adequada ao conteúdo.	16	94,0	0,94	0,98
3. Facilitam a compreensão do conteúdo.	17	100	1	
Leiaute				
1. O e-book apresenta boa estrutura/apresentação.	15	88,0	0,88	
2. O tipo de letra utilizada facilita a leitura.	17	100	1	
3. O tamanho das letras é adequado.	17	100	1	0,96
4. As cores aplicadas ao texto são adequadas.	17	100	1	
5. A disposição do texto está adequada.	16	94,0	1	
Motivação				
1. Conteúdo é motivador e incentiva a leitura.	16	100	1	
2. Conteúdo desperta o interesse no leitor.	15	94,0	0,94	
Instrumento				0,96

I-CVI: Índice de Validade de Conteúdo em Nível de Item — *Item-Level Content Validity Index* (I-CVI). S-CVI/Ave: Índice de Validade de Conteúdo em Nível de Escala — *Scale-Level Content Validity Index* (S-CVI). I-CVI \geq 0,78 e S-CVI/Ave \geq 0,90 fornecem evidência excelente de validade do conteúdo.

6 DISCUSSÃO

A criação do SUS tornou indispensável mudanças nas formas de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde, como também mudanças na formação dos trabalhadores para que estes estivessem moldados de acordo com os princípios que regem o SUS (PASINI, 2020). Nesse contexto, as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) representam uma das estratégias para adequar o processo de formação de trabalhadores da saúde e intervenção das práticas em saúde no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Assim, as RMS podem ser definidas como um espaço oportuno de colaboração entre os profissionais, onde o mais experiente (preceptor) oferece oportunidade para que o menos experiente (residente) desenvolva seus conhecimentos e habilidades para plena atuação e desenvolvimento de postura e, nessa relação todos evoluem na construção do processo de formação profissional (SILVA, et al 2021).

Dessa forma, é pertinente conhecer o perfil dos profissionais participantes das RMS. Neste estudo, participaram 31 voluntários, profissionais das áreas de fisioterapia (18; 58,07%), enfermagem (5; 16,13%), psicologia (5; 16,13%), fonoaudiologia (2; 6,45%) e terapia ocupacional (1; 3,22%). Esses profissionais representam cinco das quatorze categorias profissionais que podem ser inseridas nas RMS (BRASIL, 1998).

Além disso, a maioria era composta de egressos do programa de residência (15, 48,39%) e possuía a especialização como maior titulação acadêmica (20; 64,52%). Esses dados divergem dos dados encontrados por Gil (2005) onde apenas 28,8% dos profissionais possuíam especialização. Isso pode ser explicado pela busca cada vez maior de titulação e aperfeiçoamentos por parte dos profissionais. Segundo o Ministério de Ciência Tecnologia e Inovação, foram gastos no Brasil, em 2009, em dispêndios públicos em pesquisa e desenvolvimento, cerca de 20 milhões de reais. Aproximadamente metade desse recurso foi destinada a investimentos em instituições federais com cursos de pós-graduação reconhecidos pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), tendo sido estimado um

total de 160 mil alunos matriculados em cursos de mestrado e doutorado, dos quais quase 23 mil na área da saúde (BRASIL, 2012; COSTA et al., 2014).

Apesar do crescimento no número de profissionais com titulação maior que a graduação esse crescimento pode não ter sido maior devido a faixa etária dos residentes. Segundo o estudo de Brasil, Oliveira e Vasconcelos (2017), 76,3% dos ingressantes na residência tinham idade entre 20 e 30 anos. Esses dados são compatíveis com o estudo de Gil (2005), que observou que 77,4% dos residentes tinham entre 20 e 30 anos e de Pasini *et al.* (2020), onde 83,3% dos residentes estavam na faixa etária entre 20 e 28 anos. Além disso, o mesmo estudo apontou ainda que 83,3% dos residentes tinham entre 1 e 2 anos de formados, corroborando com o estudo de Brasil, Oliveira e Vasconcelos (2017), no qual 50% dos residentes eram profissionais com menos de 2 anos de formados. Esses dados apontam que a maioria dos residentes é composta por jovens recém-formados que buscam continuar seu processo formativo e adquirir competências através da RMS.

Outra explicação para esses dados está na Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005, em seu Art. 15, que define que o recebimento de bolsas de residência deve priorizar os ingressos nos programas com menos de 29 anos. Ainda com base nessa Lei, a residência tem por objetivo "favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde" (PASINI, 2020). Dessa forma, favorecendo a inserção de jovens trabalhadores no campo da saúde e até mesmo desestimulando a inserção de profissionais mais experientes nos programas de RMS, uma vez que a carga horária semanal exigida e a remuneração recebida diminuem o interesse daqueles com mais idade e mais experiência profissional (SOUZA; ARAÚJO, 2018).

A RMS é uma categoria formativa inovadora e concede ao profissional um papel central no processo de ensino-aprendizagem, por meio da experiência positiva e intensa do trabalho em saúde (ARTICO *et al.*, 2020). Contudo, essa iniciativa pioneira pode ocasionar uma vivência alternada de sentimentos de satisfação e insatisfação profissional (LINS *et al.*, 2017; FERNANDES *et al.*, 2017). O estudo avaliou grau de satisfação em relação ao conhecimento teórico-prático no atendimento ao paciente crítico em Pronto-Atendimento, tendo-se observado que

51,62% (16/31) dos participantes relataram algum grau de satisfação. Esses dados sugerem que a percepção é intrínseca à determinada realidade e pode ser diferente mesmo diante de situações similares (ARTICO et al., 2020). Apesar disso, em seu estudo Fernandes *et al.* (2017) relataram falta de articulação entre a teoria e a prática vivenciada pelos residentes, enquanto Artico *et al.* (2020) e de Silva *et al.* (2017) apontaram em seus estudos a necessidade de conteúdos teóricos com abordagem muito mais multiprofissionais e interdisciplinares.

Na atuação em Pronto-Atendimento, os profissionais de saúde devem estar preparados para reconhecer os sinais de gravidade. A impressão inicial do paciente em situação de urgência forma uma “fotografia instantânea” mental que possibilita o reconhecimento rápido de instabilidade fisiológica (MELO & SILVA, 2011). Dessa forma, as funções vitais devem ser sustentadas até que se defina o diagnóstico específico e que o tratamento apropriado seja instituído para corrigir o problema subjacente (MELO & SILVA, 2011). Assim, o domínio teórico e prático dos conteúdos concernentes ao atendimento do paciente crítico em Pronto-Atendimento se faz fundamental.

Neste estudo, os participantes elencaram os conteúdos (temas) que consideravam essenciais para a atuação multiprofissional em pronto atendimento. Dos oito temas sugeridos com maior frequência para abordagem dentro de cada conteúdo específico, a ‘Avaliação do Paciente Crítico e Escalas’ foi escolhido por 12,90% (4/31) dos participantes, ‘Parada Cardiorrespiratória’ por 41,93% (13/31) e os alusivos à ‘Insuficiência Respiratória’ listados por 48,39% (15/31) dos respondentes. Esses dados indicam a necessidade de uma constante revisão e atualização dos temas e conteúdos concernentes ao atendimento do Paciente Crítico. O estudo realizado por Oliveira *et al.* (2020) na sala vermelha de um hospital de urgência e emergência no interior de Rondônia revelou que, mesmo atuando no setor de urgência e emergência, 56% da equipe multiprofissional não conhecem os protocolos do setor. Tal estudo revela a importância da consolidação desses conhecimentos ainda no processo de formação para que os profissionais inseridos no mercado de trabalho estejam verdadeiramente aptos para o atendimento do paciente crítico.

Outra preocupação fica a cargo do material de estudo utilizado nesta constante revisão para consolidação de conteúdos, porque materiais educativos são dispositivos facilitadores do ensino-aprendizagem possibilitando troca de experiências e aprimoramento de habilidades (LEITE et al., 2018). Na educação em saúde, os referidos materiais servem como meio socializador do conhecimento o que contribui para a melhoria de vida e saúde da população. Por isso, após a elaboração, os referidos matérias, devem ser validados antes de sua distribuição para o público-alvo (LEITE et al., 2018). Essa validação é um processo que avalia sua representatividade ao abordar adequadamente o universo a que se propõe, além de verificar a ausência de elementos desnecessários (TIBÚRCIO et al., 2015).

Por outro lado, a validação feita sem critérios metodológicos rigorosos, sem o envolvimento de profissionais capacitados no processo de validação, ou mesmo a fragmentação temática, dificulta o aprimoramento e a disseminação do conhecimento sobre o fenômeno em estudo, resultando na disponibilização de materiais educativos equivocados nos aspectos técnicos e ou didático-pedagógicos (CANO & HOBART, 2011). Dessa forma, é imprescindível que os instrumentos que validem conteúdos de materiais educativos na área da saúde sejam capazes de avaliar quaisquer temáticas, apresentando confiabilidade e validade adequadas (LEITE et al., 2018).

Ainda relacionado à formação profissional, o PRM foi idealizado para formar profissionais para o SUS, dentro da especialidade escolhida, mas com uma visão crítica e embasada no conceito ampliado de saúde, articulada com os princípios democráticos do SUS, com uma ampla compreensão acerca do trabalho em rede intra e intersetorial (GUERRA & COSTA, 2017). Contudo, um dos grandes entraves para a formação do residente é a extensiva carga horária de 60 horas semanais, sendo 48 horas de carga horária para prática e apenas 12 horas de fundamentos teóricos, comprometendo a formação, haja vista que não há tempo para refletir essa prática e fazer profissional, as poucas horas disponíveis são comprometidas com as atividades estabelecidas pelos eixos teóricos, que nem sempre contemplam todas as profissões, voltados exclusivamente para discussões técnicas (exames laboratoriais, interação e uso racional de medicamentos, entre outros) que não

conseguem propiciar o debate crítico tão necessário à formação (GUERRA & COSTA, 2017).

Apesar disso, estudos recentes apontaram que a residência fornece não somente enriquecimento profissional, mas também é uma oportunidade de desenvolvimento pessoal (LANDIM *et al.*, 2012; MANHO *et al.*, 2013; SASSI e MACHADO, 2017). Nessa mesma direção, Silva e Batista (2012) verificaram que em um programa multiprofissional os residentes salientaram como elementos positivos da sua formação o contato com situações desafiadoras que induziram a expansão de habilidades e um julgamento clínico mais acurado.

Assim, a RMS pode ser considerada um dispositivo capaz de provocar melhorias na formação dos residentes, pois apesar das dificuldades que eles apresentaram ao longo da sua formação acadêmica, salientaram que ao ingressar na residência, tiveram a oportunidade de trabalhar engajados em um conceito de saúde ampliado e não apenas voltado para aspectos biológicos que determinam o processo saúde-doença (TERRA *et al.*, 2016).

Dentro deste processo de formação através da RMS, os residentes precisam ter conhecimento de protocolos, escalas e *guidelines* que irão embasar sua assistência ao paciente. A partir do crescimento tecnológico, os livros eletrônicos (*e-books*) carregam uma coleção de dados que podem ser transportados e visualizados e descarregados por *downloads* em vários dispositivos eletrônicos, como os *smartphones* ou *tablets*. De forma geral, as avaliações do comitê de juízes e do público-alvo classificou o *e-book* de forma positiva diante da possibilidade de ter um material desenvolvido a fim de condensar os conteúdos fundamentais sobre o tema e a legibilidade ao público-alvo, através de conteúdo escrito associado aos fluxogramas e imagens que auxiliam na explicação, reforçam a informação e facilitam a fixação do conteúdo (FARIA *et al.*, 2022).

Além disso, a possibilidade de acesso simultâneo, a agilidade no processamento técnico, a facilidade na portabilidade e compartilhamento, são exemplos de vantagens de utilizar o livro eletrônico como material de estudo. Entretanto, como limitações, o *e-book* como meio de divulgação apresenta peculiaridades que trazem ao trabalho certas limitações (FARIA *et al.*, 2022).

O *e-book* foi construído após análise dos resultados do questionário 1, através deste foram elegíveis os temas sobre escalas e avaliação do paciente crítico, parada cardiorrespiratória adulto e pediátrico, e insuficiência respiratória. O primeiro tema é de extrema importância, pois a partir de uma avaliação precisa, rápida e eficaz pode ser traçado o tratamento ideal ao paciente levando em consideração a individualidade, necessidade e prioridade de cada caso, além de fazer o manejo de acordo com o serviço, a demanda e os recursos disponíveis (SUASSUNA *et al*, 2016).

Os demais temas são situações recorrentes dentro do pronto atendimento, a PCR é a maior emergência clínica que precisa de tratamento imediato e constante atualização profissional. Diversas causas traumáticas como contusão pulmonar, pneumotórax, afogamento, obstrução de via aérea superior, lesão cerebral traumática, entre outros, podem culminar em um quadro de insuficiência respiratória, último tema abordado no *e-book* devido a necessidade de identificar e classificar esse quadro para que não haja agravamento do quadro clínico por hipoxemia, deficiência na troca gasosa ou aumento do trabalho respiratório do paciente (SUASSUNA *et al*, 2016)

Neste produto, assim como o de Lira e Silva (2021) priorizaram-se a comunicação através de imagens e fluxogramas e auxiliado com texto complementar, a intenção nessa situação é facilitar a leitura, a localização do conteúdo e a compreensão dos assuntos. As imagens fazem parte do banco de imagens disponível no Canva e os fluxogramas foram construídos com base no conteúdo teórico.

CONCLUSÃO

O aprendizado teórico não pode ser desvinculado do aprendizado do campo prático. O projeto resultou na elaboração e na validação de um *e-book* sobre o atendimento multiprofissional direcionado ao paciente crítico no contexto do Programa de Residência Multiprofissional de Urgência e Emergência no Trauma do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência. Este produto foi elaborado com base nos temas considerados essenciais ao conhecimento multiprofissional no contexto da residência e validado por juízes com expertise quanto aos seus objetivos, estrutura e apresentação, conteúdo, linguagem, ilustrações e leiaute, tendo assim potencial para contribuir com a educação continuada que norteia a RMS, além do estímulo de novas pesquisas nesta área objetivando divulgar, estimular e aprimorar o ensino.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, G. M. M. S. et al. **O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em saúde da família.** Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 22, n. 1, p. 1.309-1323, 2017.

ARTICO G. A. et al. **Percepções de residentes em urgência e emergência sobre sua formação: desafios para a aprendizagem.** Cienc. Cuid. Saude, v. 19, p. 1-8, 2020.

ALBUQUERQUE V. S. et al. **A interação ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS ON TRAUMA. **Advanced Trauma Life Support (ATLS) student course manual.** 10^a ed. Chicago: American College of Surgeons, 2018.

BATISTA, N.A. **Educação Inter profissional em saúde: concepções e práticas.** Caderno FNEPAS, v. 2, p. 25-28, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. **Relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS.** http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/resol_cns_287_1998.pdf.

BRASIL. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077/2009 de 12 DE NOVEMBRO DE 2009.** Brasília, DF: Ministério da Educação e Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. **Programas de Residência em Saúde: Importância e Situação Atual.** Secretaria de Ensino Superior/SESu. Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde. Coordenação Geral de Residências em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretária de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência multiprofissional. **Resolução nº 2 de 13 de abril de 2012.** Diário Oficial da União, 16 de abril de 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2048, de 5 de novembro de 2002.**
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Status Report on Road Safety.** Geneva: WHO; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 287/1998 de 08 de Outubro de 1998**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNE/CES nº 5, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 5, de 15 de março de 2011**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **A educação permanente entra na roda**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 80.281/1977 de 5 de setembro de 1977**. Brasília, DF: Senado, 1977.

BRASIL. Presidência da República. Coordenação De Estudos Legislativos – Cedi. **Lei nº 11.129/2005 de 30 de Junho de 2005**. Brasília, DF: Senado, 2005.

BRASIL. Secretaria de Educação Superior. **Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012**. Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União, 16 abr. 2012. Poder Executivo, Brasília, DF; Seção I, p.24-25.

BUSSAB, W. O; MORETTIN, P. A. **Estatística básica**. 6ª ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

CASTRO, R. R. M. et al. **Perfil de um hospital público de Salvador-Bahia dos pacientes de ortopedia de enfermagem**. Acta. ortop. bras., v. 21, n. 4, p. 191-194, 2013.

EBERT C. R. C. **O ensino semi-presencial como resposta às crescentes necessidades de educação permanente**. Educar, n. 21, p. 83-98, 2003.

FARIA CC, Géa-Horta T, Reis JS, Soares AN, Moreira AD. **Elaboração e validação de um e-book com as leis sobre o diabetes nas escolas**. Rev Bras Enferm. 2022;75(3):e20200711

FERNANDES M. N. S. et al. **Satisfaction and dissatisfaction of multiprofessional residents in health in the perspective of professional training**. Rev. baiana enferm. v. 21, n. 3, p. 1-10, 2017.

FONTELLES, M. J. **Bioestatística aplicada à pesquisa experimental**. Volume 1. 1ª ed. São Paulo, São Paulo: Livraria da Física, 2012

GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo, São Paulo: Atlas, 2014.

GODOI K. A., PADOVANI S. **Avaliação de material didático digital centrada no usuário: uma investigação de instrumentos passíveis de utilização por professores**. Produção, v. 19, n. 3, p. 445-457, 2009.

GUERRA T.M.S., COSTA M.D.H. **Formação Profissional da Equipe Multiprofissional em Saúde: a compreensão da intersectorialidade no contexto do SUS**. Textos & Contextos, v.16, n.2, p.454-469, ago-dez. 2017.

HADDAD, A. E. **A Residência Multiprofissional em Saúde e a Odontologia: conceito, histórico e aplicação na formação dos profissionais de saúde**. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent., v. 71, n.1, p. 48-49, 2017.

HORTENSE, F. T. P.; BERGEROT, C. D.; DOMENICO, E. B. L. **Construção e validação de conteúdos clínicos para desenvolvimento de objetos de aprendizagem.** Rev. Bras. Enferm. v. 71, n. 2, p. 327-334, 2018.

JOINT COMISSION RESOURCES. **Gerenciando o fluxo de pacientes: estratégias e soluções para lidar com a superlotação hospitalar.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

LANDIM A. S., SILVA G. T. R., BATISTA N. A. **Residência multiprofissional em saúde da família: vivência hospitalar dos enfermeiros.** Revista Baiana de Enfermagem, v. 26, n.1, p. 375-386, 2012.

LANDONI M., WILSON R., GIBB F. **From the visual book to the WEB book: the importance of design.** The Electronic Library, São Paulo, v. 18 n. 6, p. 407-419, 2000.

LANDONI M., WILSON R., GIBB F. **The WEB Book experiments in electronic textbook design.** Journal of Documentation, v. 59, n. 4, p. 454-477, 2003.

LEITE S.S. et al. **Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde.** Ver Bras Enferm., v. 71, n.4, p. 1732-8, 2018.

LINS K. G. V. et al. **Percepção de residentes e preceptores sobre integralidade da atenção à saúde em programa de residência a multiprofissional.** Rev. Diálogos, v. 17, n. 2, p. 61-88, 2017.

LIRA E SILVA, D.B.; ARRUDA, A.J.C.G.; SANTOS, B. M. P.; CAVALCANTI, C.C. **Construção do e-book "Conversando sobre coronavírus COVID-19".** Enferm Foco. V. 12, n 3, p. 622-626, 2021.

MALTA, D. C. et al. **Atendimento por acidentes e violência na infância em serviços de emergências públicas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1095-1105, mai 2015.

MANHO F., SOARES L. B. T., NICOLAU S. M. **Reflexões sobre a prática do residente terapeuta ocupacional na estratégia saúde da família no município de São Carlos.** Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 24, n. 3, p. 233-241, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa.** 8° ed. São Paulo: Atlas, 2018.

MEDEIROS RKS, et al. **Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem**. Revista de Enfermagem Referência, série IV, n. 4, p.127-135, 2015.

MELO M.C.B., SILVA N.L.C. **Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde**. UFMG 2011.

MELO R. P. et al. **Crítérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem**. Rev. Rene, v. 12, n. 2, p. 424-431, abr/jun 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

OLIVEIRA, J. L. C. et al. **Acolhimento com classificação de risco: percepção de usuários de uma unidade de pronto atendimento**. Texto Contexto Enferm., v. 26, n. 1, p. 1-8, 2017.

O'DWYER G. O., OLIVEIRA S.P., SETA M.H. **Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS**. Ciênc. saúde coletiva, v. 14, n. 4, p.1881-1890, 2009.

PASQUALI, L. **Psychometrics**. Rev. Esc. de Enferm. USP, v. 43 (Esp.), p.992-999, 2009.

PASINI V. L. et al. **Perfil de Egressos de Residências Multiprofissionais em Saúde no Rio Grande do Sul**. Rev. Polis e Psique, v.10, n. 3, p. 205-225, 2020.

PEREGO, M. G.; BATISTA, N. A. **Aprendizagens compartilhadas na residência multiprofissional em saúde**. Tempus actas de saúde colet., v.10, n. 4, p. 39-51, dez 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

POSSATI G. M.; SILVA R. P.; PERRY G. T. **Guidelines for Ebook Desing**. Brazilian Journal of Information Design, v. 15, n. 2, p. 197-213, 2018.

PRÓ-SAÚDE, Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar. Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência. **Quem somos**. Disponível em: < <http://hmue.org.br/quem-somos/> >. Acessado em: Agosto de 2019

RODRIGUES S. E. M., SILVA K. K. D. **Tecnologias educacionais digitais na formação de preceptores para residências multiprofissionais no SUS**. Rev. Saúde Digital Tec. Educ., v. 5, n. 1, p. 112-123, jan-abr 2020.

ROMAN P. et al. **Mortality Patterns in Patients with Multiple Trauma: A Systematic Review of Autopsy Studies**. Plos One, v. 11, n. 2, p. 1–9, February 2016.

SARMENTO, G. J. V. **Fisioterapia respiratória no paciente crítico**. 4 ed. São. Paulo: Manole, 2016.

SASSI M. M, MACHADO R. R. **Residência multiprofissional em urgência e emergência: A visão do profissional de saúde residente**. Revista de Enfermagem UFPE, v. 11, n. 2, p. 785-791, 2017.

SILVA A. S. R. et al. **Construção de materiais educativos digitais para uma capacitação online sobre influenza: relato de experiência**. Saúde em Redes, v. 5, n. 3, p. 227-239, 2019.

SILVA C.T. et al. **Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso**. Rev. Gaúcha Enferm., v. 35, n. 3, p. 49-54, Sep 2014.

SILVA C. T. et al. **Multi-professional residency as an intercessor for continuing education in health**. Texto Contexto Enferm., v. 25, n. 1, p. 1-9, June 2016.

SILVA C. T. et al. **Residência Multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde**. Texto Contexto Enferm, v. 25, n.1, p.1-9, 2016.

SILVA, J. Á. et al. **Índice de Gravidade de Emergência: acurácia na classificação de risco**. Einstein, v. 15, n. 4, p. 421- 427, 2017.

SILVA, L. B. **Residência multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica**. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 21, n.1, p. 200-209, jan.-abr. 2018.

SILVA V.C. et al. **Multiprofessional residence in health: The professional relationships of the nurse-preceptor with the other social actors**. Research, Society and Development, v. 10, n. 5, p. 1-14, 2021.

SILVA, V. C. **Os saberes que emergem da prática social do enfermeiro preceptor na residência multiprofissional em saúde.** 2017. 198f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

SOARES L. S. et al. **Caracterização das Vítimas de Traumas por Acidente com Motocicleta Internados em um Hospital Público.** Rev. Enferm. UERJ, v. 23, n. 1, p. 115-121, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ATENDIMENTO INTEGRAL AO TRAUMATIZADO. Trauma. 2015.

SOUZA, A. M. M. et al. **Perfil epidemiológico e Clínico de Pacientes Adultos Jovens Admitidos na Sala Amarela do Centro de Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal.** Rev. Cient. Sena Aires, v. 8, n. 1, p. 4-15, jan-mar 2019.

SOUZA E. C. P. et al. **Percepção sobre formação em residência na área da saúde: necessidades, expectativas e desafios.** Rev. SBPH, v. 21 n. 1, p. 36-55, jan-jun 2018.

SHIROMA, L. M. B. **Construção do Manual da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.** Projeto de Intervenção na Prática Profissional do Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Linha de Cuidado: Urgência e Emergência. Orientador: Prof. Msc. Jack Roberto Silva Fhon. Florianópolis, 2014.

SUASSUNA V.A.L. *et al.* **Fisioterapia em Emergência.** 1º ed. São Paulo: Manole, 2016

TIBÚRCIO M.P. et al. **Content validation of an instrument to assess the knowledge about the measurement of blood pressure.** Rev. Pesqui Cuid Fundam., v. 7, n. 2, p 2475-85, 2015.

TORRES R. B. S. et al. **Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde.** Interface, v. 23, p. 1-16, 2019.

TRUNKEY, D. D.; LIM, R. C. **Analysis of 425 Consecutive Trauma Fatalities.** J. Am. Coll. Emerg. Phys., v. 3, n. 6, p. 368 – 371, nov – dec 1974.

UEPA (Universidade do Estado do Pará). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Edital nº. 076/2019. **Processo Seletivo para Residência Multiprofissional e em Área Profissional em Saúde**, 16 de outubro de 2019.

VELASCO I. T. et al. **Medicina de Emergência Abordagem Prática**. 14^a ed. São Paulo: Manole, 2020.

VERDRAMIN, F. S. et al. **Análise epidemiológica - evolutiva de pacientes submetidos a cirurgia plástica reparadora em um hospital de referencia em trauma**. Rev. Bras. Plást., v. 34, n. 1, p. 101-107, 2019.

WAKSMAN, R. D.; FARAH, O. G. D. **Fisioterapia hospitalar - Manuais de especialização** Albert Einstein. São Paulo: Manole, 2012.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO 1

1. Qual o seu papel no Programa Multiprofissional de Urgência e Emergência no Trauma?

Ex-preceptor Preceptor Residente egresso Outro _____

2. Qual sua formação profissional?

Medicina Fisioterapia Enfermagem
 Fonoaudiologia Psicologia Terapia Ocupacional

3. Qual sua maior titulação profissional concluída durante a sua atuação no Programa de Residência?

Graduação Especialização Mestrado Doutorado
Em qual área? _____

4. Qual seu grau de satisfação quanto ao conhecimento teórico prático no atendimento do paciente crítico em pronto atendimento?

insatisfeito pouco satisfeito satisfeito
 muito satisfeito não se aplica

5. Eleja por ordem de importância, sendo 1 mais relevante e 5 menos relevante, os 5 temas essenciais para uma atuação multiprofissional em Pronto Atendimento, e marque um 'X' nos subtemas que ache necessário abordar:

<input type="checkbox"/> Avaliação do Paciente Crítico e Escalas	€ Glicemia
€ Sinais vitais e clínicos	<input type="checkbox"/> Dispositivos invasivos
€ Escala de coma de Glasgow	€ Acesso venoso periférico e central
€ Escala visual analógica de dor	€ Sonda nasogástrica e orogástrica, nasoenteral e oroenteral
€ Escala de Rass	€ Sonda vesical de demora e de alívio
€ Escala de Ramsey	€ Drenos
€ Classificação de risco	€ Tubo oro-traqueal e nasotraqueal, cânula de traqueostomia e cricotomia
€ Escala de Braden	<input type="checkbox"/> Transporte intra e extra-hospitalar de pacientes graves
€ Escala de Morse	€ Indicações e contra-indicações
€ Escala de Fugulin	€ Check list de materiais
<input type="checkbox"/> Exames laboratoriais e de imagens	€ Monitorização contínua
€ Raio x	
€ Tomografia com e sem contraste	
€ Gasometria arterial	
€ Hemograma completo	
€ Distúrbios hidroeletrólíticos	

- € Transferência de cuidados
- () Fármacos de uso contínuo
 - € Sedativos
 - € Analgésicos
 - € Drogas vasoativas
 - € Manuseio dos equipamentos de infusão
 - € Leitura de prescrição e diluição de medicações
- () Ventilação Mecânica Básica
 - € Montagem/componentes de circuito dos ventiladores
 - € Modos/modalidades básicas
 - € Parâmetros admissionais adulto e infantil
- () Insuficiência Respiratória
 - € Conceito
 - € Tipos e causa de insuficiência respiratória
 - € Sinais e sintomas
 - € Condutas
- () Parada Cardiorrespiratória - PCR
 - € Conceito
 - € Tipos, causas e sinais de PCR
 - € Desfibrilação
 - € Drogas utilizadas e as contraindicadas
 - € Manobras de ressuscitação cardiopulmonar adulto e infantil
- () Outros: _____

Comentários:

APÊNDICE B – CARTA CONVITE PARA JUÍZES

Ananindeua, ____ de _____ de 20__.

Caro _____,

Em função do seu reconhecido conhecimento e expertise no tema em questão, o(a) Sr.(a). está sendo convidado para participar como juiz(a) do material instrucional em forma de e-book intitulado “Atuação Multiprofissional no paciente crítico de Urgência e Emergência no Trauma”, que acompanha essa carta convite, o qual será destinado aos residentes ingressantes no Programa de Residência Multiprofissional de Urgência e Emergência no Trauma do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência.

Trata-se do produto desenvolvido por Lorena de Almeida Costa, mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde – Educação Médica (ESEM), do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), sob orientação da Profa. Dra. Ismari Perini Furlaneto. O material em questão (e-book) tem por objetivo ser um material instrucional de fácil acesso direcionado aos residentes recém ingressantes no Programa, contendo temas que constituem o conhecimento mínimo indispensável para permitir o atendimento satisfatório ao paciente crítico no contexto do atendimento de urgência, sob a forma de uma abordagem simples e direta, porém completa.

Ressaltamos que consideramos de extrema importância a sua participação como avaliador(a) desse e-book e ficaremos imensamente gratos por sua valiosa contribuição, caso aceite o nosso convite. Se aceitar, por favor assine o termo de Consentimento Livre e Esclarecido que acompanha o material.

Para cada item avaliado, o Sr.(a) deverá marcar um dos números de 1 a 4, conforme correspondência interpretativa a seguir ou, ainda, não aplicável (na), se for o caso.

Pontuação conferida	Interpretação
1	Discordo totalmente OU item irrelevante/não representativo/não claro
2	Discordo OU necessita de grande revisão para ser representativo/relevante/claro
3	Concordo OU necessita de pequena revisão para ser representativo/relevante/claro

4	Concordo totalmente OU item altamente representativo/relevante/claro
----------	--

Em caso de assinalar “1”, “2” ou “3”, pedimos a gentileza de descrever as sugestões e até mesmo indicar as correções ou ajustes que julgar necessários.

Atenciosamente,

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO 2

INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO POR JUÍZES

FICHA DE AVALIAÇÃO DO MATERIAL INSTRUCIONAL PARA FINS DE VALIDAÇÃO

Identificação do avaliador: _____

Data: ____/____/202__.

Pontuação conferida	Interpretação
1	Discordo totalmente OU item irrelevante/não representativo/não claro
2	Discordo OU necessita de grande revisão para ser representativo/relevante/claro
3	Concordo OU necessita de pequena revisão para ser representativo/relevante/claro
4	Concordo totalmente OU item altamente representativo/relevante/claro

Aspectos/Critérios/Itens avaliados	1	2	3	4	NA
Objetivos					
1. O material apresentado está adequado para a finalidade/propósito a que se destina					
2. O material apresentado tem potencial para alcançar a meta prevista					
Estrutura e apresentação					
1. Sequência lógica das ideias.					
2. Informações claras.					
3. Informações objetivas.					
4. Isento de discriminação ou preconceito.					
5. Permite a compreensão do tema.					
Conteúdo					
1. Contempla o universo do tema proposto.					

2. Está adequado ao processo de ensino-aprendizagem.					
3. É atual.					
4. É relevante.					
5. Atende a diferentes perfis de profissionais.					
6. Informações corretas.					
Esclarece dúvidas sobre o tema abordado.					
Linguagem verbal					
1. Linguagem adequada ao público alvo.					
2. Linguagem interativa.					
3. Linguagem é clara e objetiva.					
Ilustrações					
1. São pertinentes ao material.					
2. Estão em quantidade adequada ao conteúdo.					
3. Facilitam a compreensão do conteúdo.					
Leiaute					
1. O e-book apresenta boa estrutura/apresentação.					
2. O tipo de letra utilizada facilita a leitura.					
3. O tamanho das letras é adequado.					
4. As cores aplicadas ao texto são adequadas.					
5. A disposição do texto está adequada.					
Motivação					
1. O conteúdo está motivador e incentiva a leitura					
2. O conteúdo despertou interesse no leitor					

Legenda: NA= não se aplica

