

Satisfação da família com os cuidados na Unidade de Terapia Intensiva© FS-ICU (24)

Como vocês estão indo?

Suas opiniões sobre a estadia recente de seu familiar na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Seu familiar foi um paciente nesta UTI. Sua opinião é muito importante. As próximas perguntas são destinadas a **VOCÊ**, com o objetivo de saber a opinião sobre a **internação mais recente** de seu familiar na UTI. Nós entendemos que existem muitos médicos, enfermeiros e outros colaboradores, cuidando do seu familiar. Nós também sabemos que pode haver exceções, mas estamos interessados na sua **avaliação geral** da qualidade dos cuidados que nós fornecemos. Entendemos também que esta foi provavelmente um momento muito difícil para você e seus familiares. Gostaríamos muito que você dispusesse um pouco do seu tempo para nos dar suas opiniões. Por favor, nos dê um momento para nos dizer como podemos tornar nossa UTI melhor. Por favor, esteja certo de que todas as suas respostas são confidenciais. Os médicos e enfermeiros que cuidam de seu familiar não serão capazes de identificar suas respostas.

DADOS DEMOGRÁFICOS:

Favor complete os dados à seguir, para que possamos conhecer um pouco sobre você e sobre sua relação com o paciente.

1. Eu sou: () Homem () Mulher

2. Tenho _____ anos

3. Meu grau de parentesco é:

Esposa Marido Parceiro
 Mãe Pai Filha Irmão
 Irmã Filho Outro (favor especificar): _____

4. Antes deste momento, você já se envolveu como membro familiar de um paciente em uma UTI?

Sim Não

5. Você mora com o paciente? Sim Não

Se não, na média qual a frequência que você vê o paciente?

Mais que semanalmente semanalmente Mensalmente Anualmente Menos que uma vez ao ano

6. Onde você mora? Na mesma cidade do hospital fora da cidade

**Como nós estamos indo?
Suas opiniões sobre a estadia do seu familiar na UTI.**

PARTE 1: SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO

Favor assinalar uma opção que melhor reflita sua opinião. Se a pergunta não se aplicar, assinale (N/A).

**Como nós tratamos seu familiar
(O Paciente)**

1.	Preocupação e cuidados pela equipe da UTI: A cortesia, respeito e compaixão dada ao seu familiar	01 Excelente	02 Muito Bom	03 Bom	04 Médio	05 Pobre	06 N/A
----	--	-----------------	-----------------	-----------	-------------	-------------	-----------

Manejo dos sintomas:
Como a equipe da UTI avaliou e tratou os sintomas do seu familiar.

2.	Dor	01 Excelente	02 Muito Bom	03 Bom	04 Médio	05 Pobre	06 N/A
3.	Falta de ar	01 Excelente	02 Muito Bom	03 Bom	04 Médio	05 Pobre	06 N/A
4.	Agitação	01 Excelente	02 Muito Bom	03 Bom	04 Médio	05 Pobre	06 N/A

COMO VOCÊ FOI TRATADO?

5.	Avaliação de suas necessidades: Como a equipe da UTI demonstrou interesse quanto às suas necessidades	01 Excelente	02 Muito Bom	03 Bom	04 Médio	05 Pobre	06 N/A
6.	Suporte emocional: Como a equipe da UTI lhe ofereceu suporte emocional	01 Excelente	02 Muito Bom	03 Bom	04 Médio	05 Pobre	06 N/A

**Como nós estamos indo?
Suas opiniões sobre a estadia do seu familiar na UTI.**

7.	Coordenação do cuidado: O time de trabalho de toda a UTI que cuidou de seu parente	θ1 Excelente	θ2 Muito Bom	θ3 Bom	θ4 Médio	θ5 Pobre	θ6 N/A
8.	Cuidados e preocupação pela equipe da UTI: A cortesia, respeito e compaixão dadas à você	θ1 Excelente	θ2 Muito Bom	θ3 Bom	θ4 Médio	θ5 Pobre	θ6 N/A
		Excelente	Muito Bom	Bom	Médio	Pobre	N/A
ENFERMEIROS							
9.	Habilidade e Competência dos enfermeiros da UTI Como os enfermeiros cuidaram do seu familiar	θ1 Excelente	θ2 Muito Bom	θ3 Bom	θ4 Médi o	θ5 Pobre	θ6 N/A
10.	Freqüência e comunicação com as enfermeiras da UTI: Qual a freqüência que as enfermeiras informaram sobre as condições do paciente	θ1 Excelente	θ2 Muito Bom	θ3 Bom	θ4 Médio	θ5 Pobre	θ6 N/A
Medicos							
11.	Habilidade e competência dos médicos da UTI: Como os médicos cuidaram de seu familiar.	θ1 Excelente	θ2 Muito Bom	θ3 Bom	θ4 Médio	θ5 Pobre	θ6 N/A

**Como nós estamos indo?
Suas opiniões sobre a estadia do seu familiar na UTI.**

A UTI

- | | | | | | | | |
|-----|--------------------------------|-----------|-----------|-----|-------|-------|-----|
| 12. | A atmosfera da UTI foi? | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| | | Excelente | Muito Bom | Bom | Médio | Pobre | N/A |

A sala de espera

- | | | | | | | | |
|-----|---|-----------|-----------|-----|-------|-------|-----|
| 13. | A atmosfera da sala de espera foi? | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| | | Excelente | Muito Bom | Bom | Médio | Pobre | N/A |

14. **Algumas pessoas querem tudo feito pelos seus problemas de saúde enquanto outras não querem que muito seja feito. O quão satisfeito você esteve com o NÍVEL ou quantidade de cuidados de saúde que seu familiar recebeu na UTI?**

01	02	03	04	05
Muito Insatisfeito	Levemente Insatisfeito	Na maioria das vezes satisfeita	Muito Satisfeito	Completamente Satisfeito

**Como nós estamos indo?
Suas opiniões sobre a estadia do seu familiar na UTI.**

PARTE 2: SATISFAÇÃO DA FAMÍLIA COM A TOMADA DE DECISÃO EM TORNO DO CUIDADO AOS PACIENTES CRÍTICOS

INSTRUÇÕES PARA OS FAMILIARES DOS PACIENTES CRÍTICOS

Esta parte do questionário é designada a medir como você se sente sobre o SEU envolvimento nas decisões relacionadas aos cuidados sobre saúde do seu familiar. Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), seu familiar pode ter recebido cuidados de diferentes pessoas. Nós gostaríamos de saber sobre os cuidados que seu familiar recebeu, quando você responder as seguintes questões.

POR FAVOR ASSINALE UMA RESPOSTA QUE MELHOR DESCREVA SEUS SENTIMENTOS

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS

1.	Frequência das informações: Quanto à frequência da equipe da UTI em responder suas questões	01 Excelente	02 Muito Bom	03 Bom	04 Médio	05 Pobre	06 N/A
2.	Facilidade de obter informações: A vontade da equipe da UTI em responder as suas questões.	01 Excelente	02 Muito Bom	03 Bom	04 Médio	05 Pobre	06 N/A
3.	Compreensão da Informação: O quão bem a equipe da UTI prestou a você explicações que você compreendesse	01 Excelente	02 Muito Bom	03 Bom	04 Médio	05 Pobre	06 N/A
4.	Honestidade da Informação: A honestidade da informação oferecida a você sobre a condição de seu familiar	01 Excelente	02 Muito Bom	03 Bom	04 Médio	05 Pobre	06 N/A
5.	Perfeição da Informação: O quão bem a equipe da UTI lhe informou o que estava acontecendo ao seu familiar e porque as coisas estavam sendo feitas.	01 Excelente	02 Muito Bom	03 Bom	04 Médio	05 Pobre	06 N/A
6.	Consistência da Informação: A consistência da informação prestada a você sobre as condições de seu familiar (Você obteve informação similar de médico, enfermeira, etc.)	01 Excelente	02 Muito Bom	03 Bom	04 Médio	05 Pobre	06 N/A

**Como nós estamos indo?
Suas opiniões sobre a estadia do seu familiar na UTI.**

PROCESSO DE TOMADA DE DECISÕES:

Durante a estadia de seu familiar na UTI, muitas decisões importantes foram tomadas com respeito aos cuidados que ele ou ela receberam. Das seguintes questões, escolha **uma** resposta para cada que melhor represente sua visão:

7. **Você se sentiu incluído no processo de tomada de decisão?**
 - 01 Eu me senti bastante excluído
 - 02 Eu me senti algo excluído
 - 03 Eu não me senti incluído nem excluído do processo de tomada de decisão
 - 04 Eu me senti algo incluído
 - 05 Eu me senti muito incluído

8. **Você se sentiu amparado durante o processo de tomada de decisão?**
 - 01 Eu me senti totalmente subjugado
 - 02 Eu me senti levemente subjugado
 - 03 Eu não me senti subjugado nem amparado
 - 04 Eu me senti amparado
 - 05 Eu me senti muito amparado

9. **Você sentiu que tinha controle sobre o cuidado ao seu familiar?**
 - 01 Eu me senti realmente for a do controle e que o sistema de saúde me subjugou e determinou o cuidado que meu familiar recebeu
 - 02 Eu me senti algo fora do controle e que o sistema de saúde me subjugou e determinou o cuidado que meu familiar recebeu
 - 03 Eu não me senti no controle nem fora do controle
 - 04 Eu senti que tinha algum controle sobre o cuidado que meu familiar recebeu
 - 05 Eu senti que tinha bom controle sobre o cuidado que meu familiar recebeu

10. **Ao tomar decisões, você teve tempo adequado para ter suas dúvidas expostas e suas perguntas respondidas?**
 - 01 Eu poderia ter usado mais tempo
 - 02 Eu tive tempo adequado

**Como nós estamos indo?
Suas opiniões sobre a estadia do seu familiar na UTI.**

Se seu familiar faleceu durante a estadia na UTI, por favor, responda as seguintes questões (11-13). Se seu familiar não faleceu, por favor vá para questão 14.

11. Qual das seguintes melhor descreve sua visão:
- 01 Eu senti que a vida de meu familiar foi desnecessariamente prolongada
 - 02 Eu senti que a vida de meu familiar foi levemente desnecessariamente prolongada
 - 03 Eu senti que a vida de meu familiar não foi prolongada nem encurtada desnecessariamente
 - 04 Eu senti que a vida de meu familiar foi levemente encurtada desnecessariamente
 - 05 Eu senti que a vida de meus familiares foi encurtada desnecessariamente
12. Durante as horas finais de vida de seu familiar, qual das seguintes melhor descreve sua visão:
- 01 Eu senti que ele/ela estava muito desconfortável
 - 02 Eu senti que ele/ela estava muito desconfortável
 - 03 Eu senti que ele/ela estava desconfortável na maioria do tempo
 - 04 Eu senti que ele/ela estava muito confortável
 - 05 Eu senti que ele/ela estava totalmente confortável
13. Durante as últimas poucas horas antes da morte de meu familiar, qual das seguintes melhor descreve sua visão:
- 01 Eu me senti muito abandonado pela equipe de saúde
 - 02 Eu me senti abandonado pela equipe de saúde
 - 03 Eu não me senti abandonado ou amparado pela equipe de saúde
 - 04 Eu me senti amparado pela equipe de saúde
 - 05 Eu me senti muito amparado pela equipe de saúde

**Como nós estamos indo?
Suas opiniões sobre a estadia do seu familiar na UTI.**

14. Você tem alguma sugestão sobre como melhorar o cuidado oferecido na UTI?

15. Você tem algum comentário sobre coisas que fizemos bem?

16. Por favor adicione qualquer comentário ou sugestão que você julgue ser útil para a equipe do hospital.

**Nós gostaríamos de agradecê-lo muito por sua participação e suas opiniões.
Por favor, retorne a pesquisa completa para a secretária da UTI.**