



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE

RAÍSSA BIANCA LUIZ

**EFETIVIDADE DE VÍDEO EDUCATIVO ACERCA DAS PRÁTICAS SEGURAS EM
PACIENTES NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO**

UBERABA/MG

2023

RAÍSSA BIANCA LUIZ

EFETIVIDADE DE VÍDEO EDUCATIVO ACERCA DAS PRÁTICAS SEGURAS EM
PACIENTES NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do título de Doutor em Atenção à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Barbosa

Linha de Pesquisa: O trabalho na saúde e na enfermagem

Eixo Temático: Organização e avaliação dos serviços de saúde.

UBERABA/MG

2023

Catálogo na fonte:

Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

L979e Luiz, Raissa Bianca
Efetividade de vídeo educativo acerca das práticas seguras em pacientes no período perioperatório / Raissa Bianca Luiz. -- 2023.
258 p. : il., tab.

Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2023
Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Barbosa

1. Enfermagem. 2. Segurança do paciente. 3. Educação em Saúde. 4. Recursos Audiovisuais. 5. Educação de pacientes como assunto. 6. Aprendizagem. I. Barbosa, Maria Helena. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616-083

RAISSA BIANCA LUIZ

EFETIVIDADE DE VÍDEO EDUCATIVO ACERCA DAS PRÁTICAS SEGURAS EM
PACIENTES NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
stricto sensu em Atenção à Saúde, da
Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para
obtenção do título de Doutor em Atenção à
Saúde.

14 de fevereiro de 2023

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Helena Barbosa- Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Elizabeth Barichello
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Luciana Mara Monti Fonseca
Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Joselany Áfio Caetano
Universidade Federal do Ceará

Prof^ª. Dr^ª. Patrícia da Silva Pires
Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Aguiamar e Solange,

Obrigada todo amor e apoio incondicional, pelos conselhos e por serem meu exemplo de força e resiliência durante toda esta jornada.

Ao meu companheiro, Geraldo Queiroz,

Companheiro sempre fiel, meu alicerce seguro, obrigada pela compreensão e paciência nos vários momentos desse processo na busca deste sonho.

Ao meu avô (*in memoriam*),

Que sempre olhou por mim, com ensinamentos e incentivos para trilhar um caminho profissional do tamanho dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pela vida, saúde, por me proporcionar essa oportunidade e me guiar durante toda essa trajetória.

À Profa. Dra. **Maria Helena Barbosa**, orientadora deste estudo, pelos ensinamentos, disponibilidade e confiança, obrigada por me auxiliar em meu crescimento profissional.

Ao Prof. Dr. **Vanderlei José Hass**, pela amizade, apoio e orientações quanto às análises de dados.

À Profa. Dra. **Maria Beatriz Guimarães Raponi**, pela amizade, apoio, disponibilidade incentivo e auxílio no desenvolvimento deste estudo.

Aos meus grandes amigos Prof. Dr. **Alisson Bolina** e **Ellen Vargas**, pela amizade, pelas palavras de incentivo e motivação, por todo apoio e força nos momentos mais difíceis.

Ao servidor **Joilson Meneguici**, pelo apoio, disponibilidade, paciência e expertise no auxílio no desenvolvimento do vídeo educativo.

Às enfermeiras **Danielle e Luciana**, pelo apoio e auxílio na coleta de dados deste estudo.

À doutoranda **Érica Vieira**, pela parceria, amizade e apoio durante o doutorado.

À pós-doutoranda **Márcia Felix**, pelos conhecimentos repassados e a sua contribuição na realização da revisão sistemática.

Aos componentes da Banca de Defesa, Profa. Dra. **Luciana Mara Monti Fonseca**, Profa. Dra. **Elizabeth Barichello**, Profa. Dra. **Joselany Áfio Caetano** e Profa. Dra. **Patrícia da Silva Pires**, pela disponibilidade, sugestões e recomendações pertinentes à pesquisa.

Aos **Experts** que participaram das etapas de validação do instrumento de coleta de dados e do vídeo educativo.

Aos **Docentes do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção**, fundamentais para o aprimoramento e construção do conhecimento adquirido durante esses anos.

Aos **colegas da Pós-Graduação e do Grupo de Estudos e Pesquisa em Prática Baseada em Evidências e a Segurança do Paciente**, pela troca de experiências, pela convivência e companhia em todos os momentos.

Aos **pacientes** que participaram deste estudo contribuindo com a ciência e os avanços de conhecimento na área.

Aos **funcionários do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde**, pela atenção, organização, carinho e apoio.

À minha **família e amigos**, pelo apoio, incentivo e presença nos momentos que eu mais precisava.

A **todos** que direta ou indiretamente fizeram parte desta jornada, dando apoio, carinho, otimismo e que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

Sou muito grata a todos vocês. Obrigada!

“Nenhum vento sopra a favor para quem não sabe para onde ir.”

Lúcio Aneu Séneca

RESUMO

A adoção de estratégias educativas é capaz de melhorar o conhecimento do paciente quanto às práticas seguras no perioperatório a fim de estimulá-lo a participar do cuidado seguro. O vídeo educativo tem se destacado como uma estratégia educativa utilizada na capacitação, melhora do conhecimento e envolvimento do paciente frente às práticas seguras em saúde. O objetivo foi avaliar a efetividade do vídeo educativo no conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no período perioperatório. Tratou-se de um estudo multimétodo composto por três etapas. Por uma pesquisa metodológica, para elaboração e validação do instrumento de coleta de dados (dados sociodemográficos e clínicos e um questionário para avaliar o conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no perioperatório), que ocorreu entre os meses de abril a agosto de 2020 com a participação de nove *experts*. A segunda etapa pelo desenvolvimento de um produto tecnológico por meio da produção e validação do vídeo educativo e ocorreu no período de janeiro a março de 2022. Para avaliação do roteiro do vídeo, participaram os mesmos nove *experts* da primeira etapa, para avaliação do *storyboard* três *experts* com experiência em comunicação visual e para avaliação da pós-produção cinco *experts* com experiência em desenvolvimento de materiais multimídias como recurso educacional. E a terceira etapa constituiu-se de um ensaio clínico randomizado controlado, conduzido conforme as recomendações do CONSORT, e ocorreu no período de primeiro de junho a cinco de setembro de 2022. Foi realizada em um hospital de ensino no interior de Minas Gerais, Brasil. O cálculo do tamanho amostral foi realizado a partir dos resultados obtidos do estudo piloto que determinou um tamanho amostral de três participantes por grupo. Contudo, optou-se em realizar a coleta de dados do estudo principal com uma amostra superior ao estudo piloto e análise do poder estatística *a posteriori*. Participaram do estudo 100 pacientes submetidos às cirurgias ortopédicas eletivas, divididos aleatoriamente em dois grupos: 50 no grupo experimental, no qual receberam orientações por meio do vídeo educativo e 50 no grupo controle, em que receberam orientações conforme rotina institucional. A coleta de dados foi realizada no período pré-operatório, logo após admissão do paciente na sala de internação. Foi utilizado análises descritivas para as variáveis quantitativas; teste t para variável quantitativa e teste Qui-Quadrado para as categóricas, para testar a homogeneidade dos grupos; teste t para amostras dependentes para comparação do conhecimento intragrupos e teste t de *Student* para amostras independentes para comparar o conhecimento dos pacientes entre os grupos experimental e controle. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da instituição e foi registrada na plataforma REBEC. O

instrumento de coleta de dados foi considerado válido quanto à clareza de linguagem, à pertinência à prática e à relevância teórica, uma vez que os itens apresentaram concordância mínima de 80% e máxima de 100% pelo I-CVI. O vídeo educativo teve duração de sete minutos e cinquenta segundos e foi considerado válido quanto ao seu conteúdo, aparência e conformidade com a Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia, sendo a concordância mínima entre os *experts* de 88,8% e máxima de 100%. Na análise intra grupo houve aumento na média do conhecimento tanto para o grupo controle quanto para o grupo experimental. Nos resultados da análise entre grupos observou-se que houve diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) no ganho de conhecimento dos participantes que assistiram ao vídeo, quando comparados aos que receberam orientações-padrão. Concluiu-se que o vídeo educativo foi efetivo no aumento do conhecimento do paciente, acerca das práticas seguras no período perioperatório. Quanto às implicações para prática clínica da enfermagem ressalta-se que o vídeo é uma ferramenta que oferece ao paciente fácil acesso à informação estimulando-os no envolvimento do cuidado seguro, bem como colabora com o papel educador do enfermeiro.

Palavras-chave: Enfermagem. Segurança do paciente. Educação em Saúde. Recursos Audiovisuais. Educação de pacientes como assunto. Aprendizagem.

ABSTRACT

The adoption of educational strategies is capable of improving the patient's knowledge regarding safe practices in the perioperative period in order to encourage them to participate in safe care. The educational video has stood out as an educational strategy used in training, improving knowledge and patient involvement in safe health practices. The objective was to evaluate the effectiveness of the educational video on patient knowledge about safe practices in the perioperative period. This was a multimethod study consisting of three stages. Through a methodological research, for the elaboration and validation of the data collection instrument (sociodemographic and clinical data and a questionnaire to assess the patient's knowledge about safe practices in the perioperative period), which took place between April and August 2020 with the participation of nine experts. The second stage for the development of a technological product through the production and validation of the educational video took place from January to March 2022. To evaluate the video script, the same nine experts from the first stage participated, to evaluate the storyboard three experts with experience in visual communication and for post-production evaluation, five experts with experience in developing multimedia materials as an educational resource. And the third stage consisted of a randomized controlled clinical trial, conducted according to the CONSORT recommendations, and took place from June 1st to September 5th, 2022. It was carried out in a teaching hospital in the interior of Minas Gerais, Brazil. The calculation of the sample size was performed based on the results obtained from the pilot study, which determined a sample size of three participants per group. However, it was decided to collect data from the main study with a larger sample than the pilot study and a posteriori statistical power analysis. The study included 100 patients undergoing elective orthopedic surgeries, randomly divided into two groups: 50 in the experimental group, in which they received guidance through the educational video, and 50 in the control group, in which they received guidance according to institutional routine. Data collection was performed in the preoperative period, shortly after the patient's admission to the hospitalization room. Descriptive analyzes were used for quantitative variables; t test for quantitative variables and chi-square test for categorical variables, to test the homogeneity of groups; t test for dependent samples to compare intragroup knowledge and Student's t test for independent samples to compare patient knowledge between experimental and control groups. The research was approved by the Research Ethics Committee of the institution and was registered on the REBEC platform. The data collection instrument was considered valid in terms of clarity of language, pertinence to

practice and theoretical relevance, since the items showed a minimum agreement of 80% and a maximum of 100% according to the I-CVI. The educational video lasted seven minutes and fifty seconds and was considered valid in terms of its content, appearance and compliance with the Cognitive Theory of Multimedia Learning, with a minimum agreement between experts of 88.8% and a maximum of 100%. In the intra group analysis, there was an increase in the mean knowledge for both the control and experimental groups. In the results of the analysis between groups, it was observed that there were statistically significant differences ($p < 0.001$) in the gain of knowledge of the participants who watched the video, when compared to those who received standard guidelines. It was concluded that the educational video was effective in increasing the patient's knowledge about safe practices in the perioperative period. As for the implications for the clinical practice of nursing, it is emphasized that the video is a tool that offers the patient easy access to information, encouraging them to involve themselves in safe care, as well as collaborating with the educator role of the nurse.

Keywords: Nursing. Patient safety. Health Education. Audiovisual Aids. Patient education as topic. Learning.

RESUMEN

La adopción de estrategias educativas es capaz de mejorar el conocimiento del paciente sobre prácticas seguras en el período perioperatorio para incentivarlo a participar en un cuidado seguro. El video educativo se ha destacado como una estrategia educativa utilizada en la formación, mejorando el conocimiento y la participación del paciente en prácticas seguras de salud. El objetivo fue evaluar la efectividad del video educativo sobre el conocimiento del paciente sobre prácticas seguras en el perioperatorio. Este fue un estudio multimétodo que consta de tres etapas. A través de una investigación metodológica, para la elaboración y validación del instrumento de recolección de datos (datos sociodemográficos, clínicos y un cuestionario para evaluar el conocimiento del paciente sobre prácticas seguras en el perioperatorio), que se llevó a cabo entre abril y agosto de 2020 con la participación de nueve expertos. La segunda etapa para el desarrollo de un producto tecnológico a través de la producción y validación del video educativo se llevó a cabo de enero a marzo de 2022. Para evaluar el guion del video participaron los mismos nueve expertos de la primera etapa, para evaluar el storyboard tres expertos con experiencia en comunicación visual y para evaluación de postproducción, cinco expertos con experiencia en el desarrollo de materiales multimedia como recurso educativo. Y la tercera etapa consistió en un ensayo clínico controlado aleatorizado, realizado de acuerdo con las recomendaciones del CONSORT, y se llevó a cabo del 1 de junio al 5 de septiembre de 2022. Se llevó a cabo en un hospital escuela del interior de Minas Gerais, Brasil. El cálculo del tamaño de la muestra se realizó en base a los resultados obtenidos del estudio piloto, que determinó un tamaño de muestra de tres participantes por grupo. Sin embargo, se decidió recolectar datos del estudio principal con una muestra más grande que el estudio piloto y un análisis de poder estadístico a posteriori. Se incluyeron en el estudio 100 pacientes sometidos a cirugías ortopédicas electivas, divididos aleatoriamente en dos grupos: 50 en el grupo experimental, en el que recibieron orientación a través del video educativo, y 50 en el grupo control, en el que recibieron orientación según la rutina institucional. La recolección de datos se realizó en el período preoperatorio, poco tiempo después del ingreso del paciente a la sala de hospitalización. Se utilizaron análisis descriptivos para las variables cuantitativas; prueba t para variables cuantitativas y prueba de chi-cuadrado para variables categóricas, para probar la homogeneidad de los grupos; prueba t para muestras dependientes para comparar el conocimiento intragrupo y prueba t de Student para muestras independientes para comparar el conocimiento del paciente entre grupos experimentales y de control. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en

Investigación de la institución y fue registrada en la plataforma de la REBEC. El instrumento de recolección de datos se consideró válido en términos de claridad de lenguaje, pertinencia para la práctica y pertinencia teórica, ya que los ítems presentaron una concordancia mínima del 80% y máxima del 100% según el I-CVI. El video educativo tuvo una duración de siete minutos y cincuenta segundos y se consideró válido en cuanto a su contenido, apariencia y cumplimiento de la Teoría Cognitiva del Aprendizaje Multimedia, con una concordancia mínima entre expertos del 88,8% y máxima del 100%. En el análisis intragrupo, hubo un aumento en el conocimiento medio tanto para el grupo de control como para el experimental. En los resultados del análisis entre grupos, se observó que hubo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en la ganancia de conocimiento de los participantes que vieron el video, cuando comparados a los que recibieron orientaciones estándar. Se concluyó que el video educativo fue efectivo para aumentar el conocimiento del paciente sobre prácticas seguras en el perioperatorio. En cuanto a las implicaciones para la práctica clínica de enfermería, se destaca que el video es una herramienta que ofrece al paciente fácil acceso a la información, incentivándolo a involucrarse en un cuidado seguro, además de colaborar con el rol educador del enfermeiro.

Palabras-clave: Enfermería. Seguridad del paciente. Educación en Salud. Recursos Audiovisuales. Educación del paciente como asunto. Aprendizaje.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Fluxograma para identificação e seleção dos estudos primários incluídos na revisão sistemática conforme o Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA). Uberaba-MG, Brasil, 2022.....	56
Figura 2. Sequência das etapas da pesquisa. Uberaba-MG, Brasil, 2022.	69
Figura 3. Primeira etapa: elaboração e validação do instrumento de coleta de dados. Uberaba-MG, Brasil, 2022.	71
Figura 4. Fluxo metodológico percorrido para produção e validação do vídeo educativo. Uberaba-MG, Brasil, 2022.	77
Figura 5. Exemplo de imagens utilizadas na produção do vídeo, disponibilizadas pelo programa Videoscribe®. Uberaba-MG, Brasil, 2022.....	84
Figura 6. Fluxograma dos participantes envolvidos no estudo. Uberaba-MG, Brasil, 2022. Conforme diagrama de fluxo do CONSORT modificado para ensaios controlados aleatórios individuais para tratamentos não farmacológicos (BOUTRON et al., 2017).....	93
Figura 7. Tablet e headphone utilizados na pesquisa para a transmissão do vídeo educativo. Uberaba-MG, Brasil, 2022.	96
Figura 8. Fluxograma do procedimento da coleta de dados. Uberaba-MG, Brasil, 2022.	102
Figura 9. Link da versão final do vídeo educativo acerca das práticas seguras no período perioperatório. Uberaba-MG, Brasil, 2022.....	130
Figura 10. Gráfico da média da diferença (ganho de conhecimento) do conhecimento pós e pré-intervenção ou orientações-padrão, considerando os grupos controle e experimental. Uberaba-MG, Brasil, 2022.	136

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Práticas seguras recomendadas pela OMS (2009) em cada uma das fases do período perioperatório. Uberaba-MG, Brasil, 2022.	39
Quadro 2. Cargas Cognitivas e Princípios da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia (TCAM), segundo Mayer (2009). Uberaba-MG, Brasil, 2022.....	50
Quadro 3. Componentes da pergunta de pesquisa e estratégia de busca utilizada segundo o anagrama PICOS. Uberaba-MG, Brasil, 2022.	54
Quadro 4. Síntese descritiva dos estudos incluídos na revisão sistemática. Uberaba/MG, Brasil, 2022.....	58
Quadro 5. Critérios adaptados de Fehring (1994) para seleção dos experts para validação do instrumento de coleta de dados. Uberaba-MG, Brasil, 2022.....	74
Quadro 6. Critérios adaptados de Fehring (1994), para seleção dos experts da comunicação visual para validação técnica. Uberaba-MG, Brasil, 2022.	82
Quadro 7. Princípios da TCAM e sua aplicabilidade no vídeo educativo. Uberaba-MG, Brasil, 2022.....	87
Quadro 8. Critérios adaptados de Fehring (1994) para seleção dos experts para validação do vídeo educativo. Uberaba-MG, Brasil, 2022.....	88
Quadro 9. Imagens, conteúdos abordados e conformidade com os princípios da TCAM. Uberaba-MG, Brasil, 2022.	121

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Concordância dos experts acerca da clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica, segundo Pasqualli (2010) das questões do Instrumento de Avaliação do Conhecimento acerca das Práticas Seguras no período Perioperatório. Uberaba-MG, Brasil, 2022.	111
Tabela 2. Concordância dos experts acerca da validação de conteúdo do roteiro do vídeo educativo, por meio do IVCE (LEITE et al., 2018) – Parte 1- Identificação do Paciente. Uberaba-MG, Brasil, 2022.	113
Tabela 3. Concordância dos experts acerca da validação de conteúdo do roteiro do vídeo educativo, por meio do IVCE (LEITE et al., 2018) – Parte 2- Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Uberaba-MG, Brasil, 2022.	114
Tabela 4. Concordância dos experts acerca da validação de conteúdo do roteiro do vídeo educativo, por meio do IVCE (LEITE et al., 2018) – Parte 3- Cirurgia Segura. Uberaba-MG, Brasil, 2022.	115
Tabela 5. Concordância dos experts acerca da validação de conteúdo do roteiro do vídeo educativo, por meio do IVCE (LEITE et al., 2018) – Parte 4- Uso Seguro de Medicamentos. Uberaba-MG, Brasil, 2022.	116
Tabela 6. Concordância dos experts acerca da validação de conteúdo do roteiro do vídeo educativo, por meio do IVCE (LEITE et al., 2018) – Parte 5- Prevenção de Lesão por Pressão. Uberaba-MG, Brasil, 2022.	117
Tabela 7. Concordância dos experts acerca da validação de conteúdo do roteiro do vídeo educativo, por meio do IVCE (LEITE et al., 2018) – Parte 6- Prevenção de Quedas. Uberaba-MG, Brasil, 2022.	118
Tabela 8. Concordância dos experts acerca da validação da aparência do vídeo educativo, segundo o Instrumento de Validação da Aparência do Vídeo Educativo (FERREIRA et al., 2015). Uberaba-MG, Brasil, 2022.	128
Tabela 9. Concordância dos experts acerca da validação da aparência do vídeo educativo, segundo os princípios da TCAM. Uberaba-MG, Brasil, 2022.	129
Tabela 10. Distribuição de frequências de características sociodemográficas da amostra, considerando os grupos (GC e GE) e amostra total. Uberaba-MG, Brasil, 2022.	132
Tabela 11. Distribuição de frequência de características clínicas da amostra, considerando os grupos (GC e GE) e amostra total. Uberaba-MG, Brasil, 2022.	133

Tabela 12. Descrição da homogeneidade da amostra quanto à idade, considerando os grupos controle e experimental. Uberaba-MG, Brasil, 2022.....	134
Tabela 13. Descrição da homogeneidade da amostra quanto à escolaridade, renda e cirurgia prévia, considerando os grupos controle e experimental. Uberaba/MG, Brasil, 2022.	134
Tabela 14. Medidas de tendência central e variabilidade para a média da diferença do conhecimento do paciente, pós e pré intervenção, considerando os grupos controle e experimental. Uberaba-MG, Brasil, 2022.	135
Tabela 15. Média da diferença do conhecimento do paciente, pós e pré intervenção, considerando os grupos controle e experimental. Uberaba-MG, Brasil, 2022.....	136
Tabela 16. Análise do ganho de conhecimento para cada questão do Instrumento de Avaliação do Conhecimento acerca das Práticas Seguras no período Perioperatório, pré e pós intervenção ou orientações-padrão. Uberaba-MG, Brasil, 2022.	138

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EA	Eventos Adversos
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
PNSP	Política Nacional de Segurança do Paciente
TCAM	Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PROSPERO	<i>International Prospective Register of Systematic Reviews</i>
PubMed	<i>US National Library of Medicine National Institutes of Health</i>
CENTRAL	<i>Cochrane Central Register of Controlled Trials</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
EMBASE	<i>Excerpta Medica</i>
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
Rob 2	<i>Risk-of-Bias tool for randomized trials</i>
GI	Grupo Intervenção
GC	Grupo Controle
LPP	Lesão por Pressão
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
I-CVI	<i>Item-level Content Validity Index</i>
IVCE	Instrumento de Validação de Conteúdo Educacional

CONSORT	<i>Consolidated Standards of Reporting Trials</i>
SPIRIT	<i>Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials</i>
HC/UFTM	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
PASS	<i>Power Analysis and Sample Size</i>
NANDA-I	<i>NANDA-International</i>
Covid-19	Coronavírus
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
REBEC	Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos
NUCAPE	Núcleo de Controle e Acompanhamento de Procedimentos Eletivos
GC	Grupo Controle
GE	Grupo Experimental
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	27
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	34
2.1 PRÁTICAS SEGURAS NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO E O CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE.....	34
2.2 RECURSOS EDUCACIONAIS PARA ORIENTAÇÕES DE PACIENTES ADULTOS	42
2.3 TEORIA COGNITIVA DA APRENDIZAGEM MULTIMÍDIA.....	47
3 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	53
4 JUSTIFICATIVA	64
5 HIPÓTESES	66
6 OBJETIVOS	67
6.1 OBJETIVO GERAL	67
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	67
7 MÉTODO	68
7.1 TIPO DE ESTUDO	68
7.2 ETAPAS DO ESTUDO.....	69
7.2.1 Primeira Etapa – Elaboração e Validação do Instrumento de Coleta de dados	69
7.2.2 Segunda Etapa – Desenvolvimento de Produto Tecnológico: Produção e Validação do Vídeo Educativo	76
7.2.3 Terceira etapa – Ensaio Clínico Randomizado Controlado.....	90
7.3 LOCAL DE ESTUDO	91
7.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA	92
7.4.1 Critérios de inclusão e exclusão	94
7.4.2 Randomização e Mascaramento	95
7.5 INTERVENÇÃO	96
7.5.1 Grupo Experimental	97
7.5.2 Grupo Controle	97
7.6 COLETA DE DADOS.....	97
7.6.1 Instrumento de Coleta de Dados.....	97
7.6.2 Recursos Materiais.....	98
7.6.3 Recursos Humanos.....	98
7.6.4 Procedimento de coleta de dados	99
7.7 DESFECHO AVALIADO.....	103
7.7.1 Desfecho principal.....	103

7.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO	103
7.8.1 Variáveis sociodemográficas e clínicas.....	103
7.8.2 Variável relacionada ao conhecimento do paciente	104
7.9 PROTOCOLO DE CUIDADOS PARA PREVENÇÃO DA COVID-19.....	105
7.10 ANÁLISE DE DADOS	105
7.11 ASPECTOS ÉTICOS	107
7.12 REGISTRO DO ESTUDO	107
8 RESULTADOS	108
8.1 PRIMEIRA ETAPA: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	109
8.1.1 Validação do instrumento de coleta de dados.....	109
8.2 SEGUNDA ETAPA: PRODUÇÃO E VALIDAÇÃO DO VÍDEO EDUCATIVO.....	112
8.2.1 Pré-produção: validação do conteúdo do roteiro e do <i>storyboard</i> do vídeo educativo	112
8.2.2 Produção: construção do vídeo educativo acerca das práticas seguras no período perioperatório.....	119
8.2.3 Pós-produção: validação da aparência do vídeo educativo e conformidade com a TCAM.....	126
8.3 TERCEIRA ETAPA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO.....	131
8.3.1 Caracterização sociodemográfica e clínica e a homogeneidade dos grupos experimental e controle.....	131
8.3.2 Comparação do conhecimento dos pacientes, intragrupo, acerca das práticas seguras no período perioperatório, antes e após a utilização do vídeo educativo ou orientações padrão	134
8.3.3 Comparação do conhecimento dos pacientes, entre grupos, acerca das práticas seguras no período perioperatório dos grupos experimental e controle.....	135
8.3.4 Análise do ganho de conhecimento do paciente nas questões do instrumento de coleta de dados antes e após a intervenção	137
9 DISCUSSÃO	139
9.1 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO VÍDEO EDUCATIVO.....	139
9.2 COMPARAÇÃO INTRA E INTERGRUPO DO CONHECIMENTO DOS PACIENTES ACERCA DAS PRÁTICAS SEGURAS NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO	146
10 CONCLUSÃO.....	155
11 IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA CLÍNICA DA ENFERMAGEM.....	156
12 REFERÊNCIAS	157
APÊNDICE A – Carta convite para experts para validação do instrumento de coleta de dados	179

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido para experts acerca da validação do instrumento de coleta de dados.....	180
APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados para caracterização e avaliação do conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no período perioperatório.....	183
APÊNDICE D – Carta convite para experts para validação do conteúdo e <i>storyboard</i> do roteiro do vídeo educativo.....	186
APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido para experts para validação do conteúdo e <i>storyboard</i> do vídeo educativo	187
APÊNDICE F – Conteúdo do Roteiro e <i>Storyboard</i> do vídeo educativo após validação dos experts.....	190
APÊNDICE G – Carta convite aos experts para validação da aparência do vídeo e princípios da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia (TCAM)	197
APÊNDICE H – Termo de consentimento livre e esclarecido para experts acerca da validação da aparência do vídeo educativo e os princípios da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia (TCAM).....	198
APÊNDICE I – Instrumento para avaliação dos experts acerca da adequação do vídeo aos princípios da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia (TCAM).....	201
APÊNDICE J – Termo de consentimento livre e esclarecido para pacientes participantes do ensaio clínico randomizado	202
ANEXO 1 – Instrumento da Validação de Conteúdo Educacional (IVCE) (LEITE et al., 2018).....	206
ANEXO 2 – Questionário de Avaliação de Tecnologia Assistiva (GUIMARÃES, 2014)	207
ANEXO 3 – Notas fiscais de aquisição do <i>software Videoscribe</i>® referente aos meses de janeiro a abril de 2022.....	208
ANEXO 4 – Instrumento de Validação de Aparência do Vídeo Educativo (FERREIRA et al., 2015).....	210
ANEXO 5 – Autorização para utilização e adaptação do Instrumento de Validação de Aparência do Vídeo Educativo para a temática práticas seguras no período perioperatório	211
ANEXO 6 – Lista de verificação do SPIRIT, 2013: itens recomendados para abordar em um protocolo de ensaio clínico e documentos relacionados.....	212
ANEXO 7 – Protocolo Multiprofissional de Cirurgia Segura do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro	217
ANEXO 8 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	241
ANEXO 9 – Registro do Estudo	258

APRESENTAÇÃO

Minha aproximação com a temática teve início em 2010, ao final da graduação em enfermagem pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, durante a realização do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Ocorrência de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias de urgência e emergência” (BARBOSA et al., 2011). Na época, os objetivos desse estudo foram analisar a ocorrência de infecção de sítio cirúrgico e identificar os principais fatores de risco em pacientes submetidos a cirurgias de urgência e emergência em um hospital de ensino de Minas Gerais. Já naquela época, chamava minha atenção a expressiva ocorrência de eventos adversos relacionados à assistência à saúde e os impactos negativos por eles causados a pacientes, profissionais e instituições de saúde, ainda que muitos deles fossem evitáveis. Assim, conhecer os principais fatores de risco poderia ser uma estratégia para implementação de medidas que prevenissem infecções relacionadas a cirurgias.

Após formada, ministrei aulas e acompanhei estágios hospitalares para turmas de um curso técnico em enfermagem, no ano de 2011. Nesse período, utilizava várias estratégias de ensino para favorecer o aprendizado dos alunos, desde aulas dialogadas, utilização de dinâmicas, vídeos educativos e trabalhos em grupo. Além disso, tive a oportunidade de discutir e propagar conceitos e princípios da segurança do paciente entre os alunos e estimulá-los à prestação de uma assistência segura, de qualidade e voltada para prevenção de eventos adversos.

No mesmo ano, 2011, ingressei no Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e vislumbrei a oportunidade de investigar mais profundamente a temática segurança do paciente. Dessa forma, minha dissertação, intitulada “A cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino de Minas Gerais” (LUIZ, 2013; LUIZ et al., 2015) objetivou avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de saúde, em um hospital de ensino do Triângulo Mineiro. Pude verificar os domínios (trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gerência da unidade e do hospital, clima de segurança, condições de trabalho e percepção do estresse) que favoreciam ou prejudicavam a implantação de uma cultura de segurança.

Após o término do mestrado, em 2013, fui contratada para trabalhar em uma Unidade de Pronto-Atendimento e fazer parte do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente. Essa oportunidade permitiu que aplicasse os conhecimentos até então adquiridos e disseminasse-os

entre a equipe de saúde da unidade. Eram realizadas reuniões e capacitações sobre segurança do paciente, metas internacionais para a segurança do paciente, qualidade assistencial e estímulo à notificação de eventos adversos. Além disso, realizava a investigação de óbitos na unidade, promovia campanhas em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde e Organizações competentes em prol da segurança do paciente, acompanhava e investigava os eventos adversos notificados, criava e implementava protocolos relacionados à enfermagem e a segurança do paciente.

Já no ano de 2015, fui nomeada enfermeira assistencial em um concurso do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e lotada na Unidade do Sistema Locomotor, que assiste pacientes em cuidados pré e pós-operatórios de cirurgias ortopédicas. Nesse momento, pude perceber que os pacientes admitidos nas enfermarias desta unidade, bem como acompanhantes, visitantes e familiares, eram carentes de informações relacionadas ao procedimento cirúrgico, aos cuidados pré e pós-operatório e às medidas de segurança que poderiam contribuir com o sucesso do tratamento.

Na época, também participava do projeto “Visita Multidisciplinar”, no qual, uma vez ao dia, a equipe multidisciplinar que prestava assistência ao paciente (enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, médico e terapeuta ocupacional) visitava todos os pacientes e seus acompanhantes com o objetivo de informar, verbalmente, o quadro clínico e cirúrgico do paciente, medicamentos em uso, evolução do curativo, direitos sociais, cuidados pré e pós-cirurgia e para esclarecer eventuais dúvidas. Tal iniciativa foi positiva, pois incluiu o paciente e seu familiar no plano terapêutico proposto e estimulou que participassem desse período de internação e também do pós-alta hospitalar. Contudo, percebia que alguns pacientes/familiares apresentavam dificuldade no entendimento das informações repassadas e, por isso, não participavam tão ativamente no processo do cuidar.

Paralelamente, ao realizar pesquisas e leituras sobre a temática, pude perceber um aumento no número de publicações científicas sobre o cuidado centrado no paciente e a importância do seu envolvimento na assistência à saúde como forma de atingir o sucesso do tratamento e um cuidado de qualidade. Assim, propus-me a investigar o envolvimento do paciente nas práticas seguras em saúde, estimulando-os a serem parceiros ativos na prestação de uma assistência de qualidade, segura e livre de eventos adversos.

Dessa forma, em 2019, submeti-me e fui aprovada no processo seletivo do Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, na qual tive a oportunidade de trabalhar com a temática segurança do

paciente e pesquisar sobre estratégias educativas capazes de envolver o paciente no cuidado seguro.

Assim, considerando a área de pesquisa da minha orientadora, minha trajetória profissional e meu interesse pela temática “segurança do paciente”, bem como a relevância de pesquisa, decidimos construir, validar e aplicar um vídeo educativo sobre práticas seguras no perioperatório em pacientes no período perioperatório.

A presente tese inicia-se com a introdução ao tema do estudo abordando por meio da conceituação de eventos adversos, dados epidemiológicos, iniciativas para minimizar a ocorrência de erros e estratégias que incentivem a participação do paciente no cuidado seguro. Após, na fundamentação teórica será abordado as práticas seguras no perioperatório e o cuidado centrado no paciente, os recursos educacionais para orientação de pacientes adultos e a teoria cognitiva da aprendizagem multimídia que norteou a produção do vídeo educativo. Em seguida, serão apresentados os dados de uma revisão sistemática realizada com objetivo de identificar quais estratégias educacionais são eficazes no envolvimento de pacientes adultos hospitalizados nas práticas seguras do cuidado. Posteriormente serão apresentados as hipóteses e os objetivos do estudo. Para facilitar a compreensão, o método será subdividido em três etapas, a saber: primeira etapa- pesquisa metodológica para elaboração e validação do instrumento de coleta de dados, segunda etapa- desenvolvimento de produto tecnológico para produção e validação do vídeo educativo e terceira etapa- para avaliar a efetividade do vídeo, um ensaio clínico randomizado controlado. Na sequência, serão apresentados os resultados de todas as etapas metodológicas, discussão, conclusão e implicações para prática clínica da enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Os eventos adversos (EA) são considerados incidentes que resultam em danos desnecessários à saúde (BRASIL, 2017) e geram prejuízos físicos, sociais e psicológicos aos pacientes e profissionais, bem como impactos financeiros às instituições de saúde (RODRIGUEZ; SCOTT, 2018; ROQUE; TONINI; MELO, 2016).

Apesar dos notórios avanços nas discussões sobre a segurança do paciente por organizações, institutos e serviços que, por meio da publicação de políticas, diretrizes e *guidelines*, recomendam estratégias para promoção de um cuidado seguro, a literatura científica demonstra que danos considerados evitáveis ainda são recorrentes (SCHWENDIMANN et al., 2018; ZANETTI et al., 2021).

Estimativas apontam a ocorrência de 134 milhões de EA a cada ano dentro das instituições hospitalares, em países de baixa e média renda, contribuindo para 2,5 milhões de morte, anualmente (NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, MEDICINE, 2018).

Dados de uma revisão de escopo, realizada com 25 estudos de 27 países, identificou média de 10% na ocorrência de EA, sendo 7,3% culminando em óbito e metade considerados evitáveis (SCHWENDIMANN et al., 2018).

No Brasil, estudo que analisou as notificações de EA em um complexo hospitalar em São Paulo registrou mais de 300 notificações ao mês, no período de um ano de análise. Os mais prevalentes foram relacionados a erros de medicação, lesão de pele, flebite, incidentes com equipamentos médico-hospitalares e quedas (FURINI; NUNES; DALLORA, 2019).

Dados de uma investigação que descreveu os EA relacionados à assistência à saúde que resultaram em óbito, registrados no Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária, mostram que os estados de São Paulo, Paraná e Minas Gerais apresentaram os maiores números de notificações. Além disso, a maioria dos eventos adversos associados a óbito estavam relacionados a procedimentos cirúrgicos (MAIA et al., 2018).

Observa-se que a realização de cirurgias tem apresentado aumento considerável. Em 2010, estimou-se um volume de 321,5 milhões de procedimentos cirúrgicos no mundo e, na América Latina, a incidência projetada foi de 4906 procedimentos cirúrgicos a cada 100.000 habitantes (ROSE et al., 2015).

Os tratamentos cirúrgicos geram impacto positivo na sociedade, considerando os benefícios aos pacientes, como a diminuição da morbimortalidade e a cura de diversas doenças. Apesar disso, o ambiente cirúrgico é considerado área crítica, devido à alta

complexidade dos procedimentos, o que pode ocasionar maiores riscos assistenciais ao paciente (LOPES et al., 2018). Na literatura científica, os EA relacionados aos procedimentos cirúrgicos têm sido prevalentes (FURINI; NUNES; DALLORA, 2019; SCHWENDIMANN et al., 2018; MAIA, 2018; MENDES et al, 2018; NILSSON et al, 2018).

Dados epidemiológicos registrados no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária, no Brasil, no período de 2019 a 2021, identificaram que registros quanto a falhas durante o procedimento cirúrgico ocuparam a terceira posição no número de notificações realizadas, sendo a primeira relacionada broncoaspiração e a segunda a queda de paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Resultados de uma revisão de escopo que objetivou identificar a tipologia dos EA demonstram que aqueles associados aos procedimentos cirúrgicos estavam relacionados a complicações pós-cirúrgicas como lesões, sangramentos e necessidade de retorno à cirurgia (SCHWENDIMANN et al., 2018).

Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada ano, quase sete milhões de pacientes cirúrgicos podem sofrer complicações significativas, dos quais um milhão morreriam durante ou no pós-operatório imediato (OMS, 2009). Tais complicações são descritas como infecções de sítio cirúrgico, alterações respiratórias, cardiovasculares e neurológicas, erros de medicação, hemorragia, entre outras (OMS, 2009).

Diante da alta prevalência de EA associados à assistência à saúde e com o objetivo de melhorar a qualidade no cuidado e mitigar a ocorrência de incidentes que resultam em danos aos pacientes, organizações como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o Ministério da Saúde e a OMS incentivam a implantação “de práticas seguras em saúde” e recomendam o trabalho em conjunto entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), as instituições e os profissionais de saúde. Além disso, estimulam a inclusão do paciente como parceiro na prevenção de EA (BRASIL, 2014b; OMS, 2009; SILVA et al., 2016).

Contudo, compreende-se que, apesar de todas essas estratégias, esforços e iniciativas, ainda é premente uma mudança na cultura dos serviços de saúde que efetivamente transcenda a mobilização institucional e profissional e incentive o envolvimento do paciente/família como participantes e corresponsáveis na promoção de práticas seguras no cuidado (BRASIL, 2017a).

Instituições de saúde focadas em alcançar a qualidade e a segurança do cuidado têm reconhecido, cada vez mais, a importância de incluir o paciente como parte integrante do processo assistencial (WHO, 2018).

Quando se analisa o mecanismo de ocorrência dos EA, considera-se que o paciente é a última barreira para a ocorrência de erro (SILVA et al., 2016). Dessa forma, autores acreditam que o envolvimento do paciente na assistência à saúde pode aumentar a segurança dos cuidados que recebem (DAVIS; SEVDALIS; VINCENT, 2011; KOUTANTJI et al., 2005; VINCENT; COULTER, 2002).

Estudos realizados nos Estados Unidos avaliaram o impacto do cuidado centrado no paciente nas questões de segurança e demonstraram correlação positiva entre envolvimento do paciente/família e menores índices de EA, menores taxas de complicações relacionadas à assistência à saúde e melhora da percepção do clima de segurança (COX et al., 2017; LAI et al., 2015).

Cabe destacar que o profissional enfermeiro exerce um papel relevante na elaboração e implementação de medidas direcionadas à segurança do paciente (MANIVA et al., 2018), incluindo a segurança perioperatória, por meio de orientações que buscam sensibilizar o indivíduo quanto à mudança de comportamento para o cuidado seguro, tornando-os participantes ativos nesse processo (MANIVA et al., 2018).

Nesse contexto, diante do reconhecimento de que os pacientes podem colaborar com a segurança do cuidado, começaram a surgir questionamentos sobre quais estratégias realmente são efetivas para capacitar e incentivar a sua participação. Acredita-se o envolvimento do paciente nas questões de segurança demanda que ele tenha conhecimento adequado para isso (DAVIS et al., 2012).

Dessa forma, estratégias educativas têm sido recomendadas por organizações comprometidas com a segurança do paciente (BRASIL, 2017a; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2009). A oferta de material educativo que inclua o reconhecimento de situações de risco e as condutas a serem adotadas para evitar a ocorrência de erros tem sido descrita como uma estratégia capaz de estimular o envolvimento do paciente nas práticas seguras (MACKINTOSH et al., 2020).

Algumas iniciativas foram desenvolvidas para encorajar a participação ativa do paciente na promoção do cuidado seguro. A Fundação Nacional de Segurança do Paciente, do Reino Unido, por exemplo, promoveu a campanha “Ask Me™” (BRASIL, 2017a), e a *Joint Commission on Accreditation*, o programa “Speak Up”, nos Estados Unidos (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2009). O objetivo dessas abordagens foi disponibilizar informações sobre prevenção de erros na assistência à saúde, por meio de folhetos e cartazes, que pudessem melhorar o conhecimento do paciente e torná-lo mais ativo nesse processo. O conteúdo das informações baseava-se em incentivar o paciente a conferir a dose do

medicamento prescrito e a perguntar aos profissionais como fazer a higienização das mãos antes da prestação de cuidados (DAVIS et al., 2012).

Na literatura científica, outras estratégias educativas têm sido descritas como capazes de melhorar o conhecimento, a percepção, o comportamento e as atitudes do paciente diante dos erros (COULTER; ELLINS, 2007; SILKWORTH et al., 2016).

Estudos internacionais mencionam o uso de algumas ferramentas educativas capazes de favorecer a aprendizagem dos pacientes e estimulá-los a participarem do seu cuidado. Algumas delas consistem na promoção de encontros presenciais para capacitação de pacientes e familiares, na utilização de plataformas virtuais com informações relevantes sobre segurança do paciente e no desenvolvimento de vídeos educativos sobre medidas preventivas de erros relacionados à saúde (DYKES et al., 2017; MACKINTOSH et al., 2020; COULTER; ELLINS, 2007; SILKWORTH et al., 2016).

Investigação realizada em unidades de terapia intensiva de Boston avaliou o a efetividade de uma intervenção educativa baseada em um aplicativo eletrônico contendo informações sobre práticas seguras e evidenciou que o engajamento do paciente foi significativo e contribuiu para redução de EA (DYKES et al., 2017).

No Brasil, estudo de revisão integrativa identificou que as principais estratégias utilizadas para promover o envolvimento do paciente no cuidado seguro baseiam-se na promoção de um processo educativo por meio de manuais e/ou cartilhas explicativas com tópicos relacionados à segurança e na capacitação dos pacientes para a percepção dos riscos em saúde (SILVA et al., 2016).

Outros aspectos também foram recomendados como ferramentas educativas capazes de melhorar o conhecimento dos pacientes nas práticas seguras. São eles: utilizar linguagem acessível e de fácil compreensão sobre a temática, verificar com o paciente o *feedback* das informações recebidas e realizar instruções por meio de diferentes materiais, como manuais, desenhos, áudios e vídeos (BRASIL, 2017a).

O uso de estratégias educativas relacionadas à segurança no cuidado tem facilitado, na prática, a participação do paciente na assistência. Além disso, trata-se de um recurso potencialmente capaz de auxiliar as instituições de saúde no alcance das metas de segurança, uma vez que o envolvimento do paciente pode ser uma valiosa ferramenta na detecção de potenciais erros e práticas inseguras durante o cuidado à saúde (GAIO; ROCHA; SOUSA, 2018).

Contudo, verifica-se que os estudos nacionais a respeito do uso de estratégias educativas capazes de envolver o paciente nas práticas seguras em saúde ainda são limitados

quando comparados à literatura internacional, o que pode ser explicado pela incipiência das iniciativas de participação do paciente na sua própria segurança no Brasil (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017a). Ademais, ainda são recentes os estudos que testaram a efetividade das intervenções educativas no envolvimento de pacientes e familiares para segurança no cuidado (SILVA et al., 2016).

Dessa forma, gestores, instituições e profissionais de saúde têm o desafio de buscar e implementar intervenções educativas efetivas, capazes de melhorar o conhecimento dos pacientes e torná-los atores ativos na execução de práticas seguras. Nesse sentido, faz-se necessário refletir a respeito do conteúdo que se pretende ensinar e, também, de que forma isso será feito (DALMOLIN et al., 2016).

A OMS, por meio do “Guia curricular de segurança do paciente”, apresenta diversas estratégias educativas acerca da temática segurança do paciente e sugere inúmeros recursos educacionais capazes de atingir, com efetividade, a aprendizagem sobre o assunto. Neste documento, são destacadas as tecnologias em saúde, tais como tutoriais, atividades on-line, treinamento de habilidades, vídeos, jogos, além de discussões baseadas em estudos de caso e cenários que retratam a prática (WHO, 2011), como uma possibilidade de repensar e transformar as orientações educacionais.

As tecnologias em saúde podem ser definidas como o uso de medicamentos, a realização de procedimentos médicos, a utilização de equipamentos e, até mesmo, a implementação de programas educacionais, de cuidados ou de aconselhamentos para a saúde. Ressalta-se que testar a efetividade dessas tecnologias permite determinar seus benefícios em condições habituais ou do dia a dia (NITA et al., 2009). O uso de tecnologias em saúde direcionadas à aprendizagem de pacientes é considerado uma estratégia educativa capaz de fornecer informações e sensibilizar o indivíduo para uma mudança de comportamento quanto às práticas que se deseja alcançar, com o paciente e a família (MANIVA et al., 2017).

Segundo os postulados clássicos de Merhy, as tecnologias em saúde podem ser divididas em: leves, que se referem às relações interpessoais para implementação dos cuidados; leves-duras, que utilizam o conhecimento por meio de saberes estruturados; e duras, que utilizam recursos materiais, por exemplo, os softwares (MERHY, 2002). Tais tecnologias têm sido objeto de estudo entre pesquisadores da área de enfermagem em diversos cenários de aplicação (JOVENTINO et al., 2011; LIMA et al., 2018).

Nesse contexto, o vídeo educativo tem se destacado como uma tecnologia em saúde utilizada na capacitação, melhora do conhecimento e envolvimento do paciente com as práticas seguras em saúde (DAVIS et al., 2012).

Importante mencionar que o vídeo educativo possibilita a criatividade, a rápida transmissão da informação e, sobretudo, o alcance de diferentes indivíduos, independentemente da classe social ou da escolaridade, além de promover pensamento crítico e estimular a aprendizagem (NASCIMENTO et al., 2014). Essas qualidades o tornam um potencial recurso para ampliar o conhecimento dos pacientes a respeito das práticas seguras em instituições de saúde. Além disso, tal tecnologia é prática, demanda baixos investimentos financeiros e pode ser empregada com o objetivo de facilitar a compreensão de evidências científicas para população em geral, incluindo pacientes (BENTO; MODENA; CABRAL, 2018; KAM et al., 2016).

Estudos que utilizaram o vídeo como estratégia educativa para ampliar o conhecimento do paciente em diversos contextos de aplicação demonstraram que essa tecnologia foi capaz de melhorar a aprendizagem e envolver o indivíduo e familiares no seu processo de cuidado (CARVALHO et al., 2014; DALMOLIN et al., 2016; HENDRICKS et al., 2018; JOVENTINO et al., 2017; RAZERA et al., 2016; SHAH; GUPTA; 2017; SHARMA et al., 2018).

Na área da segurança no cuidado e pensando em estratégias educativas para capacitação dos pacientes, estudiosos têm recomendado a utilização do vídeo no lugar do material impresso. Embora ambos tenham a sua importância, o material escrito pode não ser um meio de ensino adequado para todos os pacientes porque aqueles que apresentam baixa capacidade de leitura, por exemplo, podem apresentar dificuldade na compreensão das informações (DAVIS et al., 2012; DAVIS et al., 2013).

A literatura científica internacional menciona a publicação de vídeos educativos desenvolvidos por organizações americanas que encorajam o paciente a participar da segurança de seus cuidados (DAVIS et al., 2012). Alguns deles são o “Seu papel em tornar os cuidados mais seguros”, desenvolvido pela *National Patient Safety Foundation*, e “Coisas que você deve saber antes de entrar no hospital”, publicado pela *Four Leaf Enterprises*. Ressalta-se que os pacientes que assistiram a esses vídeos apresentaram maior participação na higienização das mãos e na segurança medicamentosa (ANTHONY et al., 2003).

A efetividade da utilização do vídeo educativo na área de segurança do paciente foi investigada em dois estudos. O primeiro, realizado no Reino Unido, avaliou, com pré e pós-teste, a utilização desta ferramenta para promover o envolvimento do paciente em comportamentos relacionados à segurança. O segundo, desenvolvido na Coreia do Sul, comparou a utilização do vídeo educativo contendo informações referentes à segurança do paciente com orientações conforme rotina-padrão sobre o conhecimento do paciente nas

práticas seguras. Em ambos, os resultados mostraram aumento estatisticamente significativo no envolvimento do paciente e conhecimento dos participantes quanto às questões de segurança (DAVIS et al., 2012; SHIN et al., 2021).

Contudo, apesar desses benefícios, observa-se pequena quantidade de estudos, principalmente nacionais, que utilizaram o vídeo como estratégia educativa para melhorar o conhecimento do paciente na segurança do cuidado, bem como escassez de pesquisas que avaliaram a efetividade dessa tecnologia na aprendizagem dos pacientes quanto às práticas seguras em saúde (LUIZ et al., 2022). Ademais, quando consideradas as vantagens de utilização do vídeo como intervenção educativa, a sua efetividade na melhora do conhecimento e do envolvimento dos pacientes no cuidado seguro, a sua possibilidade de adequação ao contexto universal e a recomendação da OMS como um recurso educacional capaz de atingir, com efetividade, a aprendizagem, aponta-se a relevância de investigação científica que contemple a utilização do vídeo enquanto intervenção educativa para pacientes acerca das práticas seguras.

Nesse contexto, pesquisas que envolvam o emprego de ferramentas de aprendizagem de pacientes, como o vídeo educativo, são importantes por colaborarem com a Prática Baseada em Evidências dos profissionais de saúde e com a educação dos pacientes referente ao cuidado seguro. O intuito é melhorar o conhecimento destes sobre a temática e estimulá-los a participarem, como colaboradores, da promoção de uma cultura de segurança dentro dos estabelecimentos de saúde.

Destaca-se ainda que estudos que avaliem a efetividade de intervenções educativas acerca das práticas seguras em saúde em pacientes apresentam relevância para a enfermagem, dado o papel de educador inerente à profissão. Dessa forma, o vídeo educativo pode se tornar uma opção de estratégia de ensino a ser utilizada para capacitar pacientes e familiares no conhecimento das práticas seguras em saúde e estimulá-los a serem corresponsáveis pela segurança do seu cuidado.

Diante do exposto, este estudo pretende responder ao seguinte questionamento:

- Qual a efetividade do vídeo educativo, na melhora do conhecimento cognitivo dos pacientes, acerca das práticas seguras no conhecimento dos pacientes no período perioperatório?

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para fundamentação da tese serão abordados três tópicos. O primeiro, Práticas Seguras no Período Perioperatório e o Cuidado Centrado no Paciente, abordará aspectos relevantes do histórico da segurança perioperatória, estudos que evidenciam a ocorrência de EA em pacientes cirúrgicos, estratégias recomendadas pela OMS para estimular o cuidado perioperatório seguro e a participação do paciente nas práticas seguras. O segundo tópico, Recursos Educacionais para Orientações de Pacientes Adultos, aborda a aquisição de conhecimentos em adultos, concepções de aprendizagem, estratégias didático-pedagógicas, função educadora dos profissionais de saúde e o papel do enfermeiro na educação em saúde e o uso de recursos tecnológicos como estratégia do ensino. Por último, o terceiro tópico aborda a Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia, utilizada como referência na elaboração de recursos educacionais que utilizam ferramentas multimídias, que aborda os princípios norteadores e os estudos que utilizaram a teoria.

2.1 PRÁTICAS SEGURAS NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO E O CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

A segurança do paciente é um dos pilares para a qualidade do cuidado e vem sendo contemplada em diferentes esferas da assistência: gestão, profissionais de saúde, pacientes e seus familiares. Dessa forma, é importante que esses atores atuem em consonância com as recomendações, diretrizes e protocolos de organizações comprometidas com o assunto, a fim de prestar e receber um cuidado seguro.

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o objetivo de estimular o desenvolvimento de práticas seguras nos serviços de saúde e conscientizar profissionais e gestores para indução de boas práticas assistenciais (OMS, 2009). Por meio dessa aliança, foram definidas áreas prioritárias da segurança do paciente que contribuíssem para a elaboração de programas que almassem melhorar a segurança no cuidado. Essas áreas prioritárias foram chamadas de Desafios Globais e, até o momento, foram estabelecidos três desses desafios (OMS, 2009).

O primeiro Desafio Global, divulgado em 2005 e nomeado “Cuidado limpo é Cuidado Seguro”, priorizou a redução das infecções relacionadas com a assistência à saúde por meio da higienização das mãos, a realização de procedimentos clínicos e cirúrgicos de forma segura, a segurança na administração de sangue e hemoderivados, de injetáveis e de

imunobiológicos e a segurança da água, do saneamento básico e o manejo de resíduos (OMS, 2009).

O segundo Desafio Global, proposto em 2007 e intitulado “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, direcionou-se para busca da segurança cirúrgica e melhorias na qualidade das intervenções e contemplou a prevenção de infecções de sítio cirúrgico, a anestesia segura, as equipes cirúrgicas seguras e os indicadores da assistência cirúrgica.

Já o terceiro Desafio Global, “Medicação sem Danos”, lançado em 2017, objetivou elaborar propostas para segurança medicamentosa desde a prescrição, transcrição, dispensação, administração até o monitoramento desta prática. Em cinco anos, a OMS espera reduzir em 50% os eventos adversos relacionados ao uso de medicações (WHO, 2017).

Além dos desafios globais, a OMS, em parceria com a *Joint Commission International*, estabeleceu seis metas internacionais de segurança do paciente com o objetivo de criar estratégias para melhorar aspectos problemáticos da assistência à saúde. São elas: identificação correta do paciente, melhorar a eficácia da comunicação, oferecer segurança no uso de medicamentos, assegurar que as cirurgias sejam realizadas no local de intervenção e paciente corretos, reduzir o risco de infecção associado ao cuidado e reduzir danos aos pacientes relacionados a quedas (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010; BRASIL, 2013).

Corroborando as propostas da OMS, em 2013, por meio da Portaria MS/GM nº 529, o Brasil instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que estabelece a implantação de um conjunto de protocolos em diferentes áreas, tais como: prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, segurança em procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia, uso seguro de medicamentos, sangue e hemoderivados, identificação correta do paciente, comunicação eficaz, prevenção de quedas e lesões por pressão (BRASIL, 2013).

Percebe-se que os Desafios Globais, as metas internacionais de segurança do paciente e os protocolos definidos pelo PNSP ressaltam a importância na segurança do paciente associada ao procedimento cirúrgico. Assim, as diretrizes elaboradas são essenciais para disseminação de uma cultura de segurança nas instituições de saúde e o desenvolvimento de uma gestão de riscos voltada para a qualidade e a segurança do paciente no período perioperatório.

Entende-se como período perioperatório o espaço de tempo que envolve todo o processo cirúrgico, sendo este dividido em três etapas: o pré-operatório, o transoperatório e o pós-operatório (ALEXANDER, 1997).

O período pré-operatório pode ser subdividido em mediato, que se inicia no momento da definição da cirurgia e estende-se até 24 horas antes da realização do procedimento, e imediato, que começa 24 horas antes do procedimento cirúrgico e abrange até o momento em que o paciente é recebido no centro cirúrgico. O transoperatório corresponde ao momento em que o paciente é recebido no CC até sua saída da sala de operação. Dentro do período transoperatório considera-se também o intraoperatório, que é iniciado com o procedimento anestésico-cirúrgico e estendendo-se até o seu término. E o pós-operatório compreende todo o período após o ato anestésico-cirúrgico, subdividindo-se em três momentos — recuperação anestésica, da chegada do paciente à sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) até sua alta para unidade de origem; pós-operatório imediato, do término do procedimento anestésico-cirúrgico até 24 horas depois; e pós-operatório mediato, após as primeiras 24 horas do procedimento anestésico-cirúrgico até a alta hospitalar ou o retorno do paciente ao seu domicílio (SOBECC, 2017).

Em todas as fases desse processo o paciente está exposto à ocorrência de EA e a utilização das diretrizes de segurança contribui para promoção de práticas seguras em todo o período perioperatório.

A OMS, por meio do Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas, elencou vários fatores capazes de favorecer o aumento da ocorrência de erros durante as etapas perioperatórias. O primeiro deles é a baixa prioridade atribuída à segurança cirúrgica pelas instituições de saúde, o que dificulta a sensibilização para implementar os protocolos de segurança. Outras questões abordadas são a deficiência de infraestrutura e dos equipamentos no ambiente cirúrgico, falha no controle das infecções, falta de confiabilidade nos suprimentos e nos medicamentos utilizados, capacitações e treinamentos inadequados e investimentos insuficientes na segurança cirúrgica (OMS, 2009).

Outros fatores também podem predispor a ocorrência de EA em pacientes cirúrgicos. São eles: complexidade da cirurgia a ser realizada e a quantidade de pessoas envolvidas no processo, manuseio de recursos materiais e tecnológicos específicos e as múltiplas etapas que envolvem todo o processo, desde o período pré-operatório até a alta hospitalar (LOURENÇÃO; TRONCHIN, 2018; MARTINS, DALL'AGNOL, 2016; OMS, 2009).

Diante desses fatores e das evidências encontradas em pesquisas científicas, pode-se reconhecer a vulnerabilidade do paciente submetido a procedimentos anestésicos-cirúrgicos. Estudos identificaram que a ocorrência de EA em enfermarias cirúrgicas é superior em relação às enfermarias clínicas. Pesquisa realizada em um hospital na Suíça constatou a ocorrência de erros em pacientes com hospitalizações cirúrgicas superior na comparação com

a clínica médica (HALFON; STAINES; BURNAND, 2017). Outra investigação realizada em um hospital universitário na China verificou incidência de EA em pacientes cirúrgicos estatisticamente significativa, maior do que em pacientes clínicos (HU et al., 2019).

Além da ocorrência de EA em enfermarias cirúrgicas, o período intraoperatório também representa um momento crítico e com registros de falhas que comprometem a segurança do paciente. Pesquisa multicêntrica realizada nos Estados Unidos, com o objetivo de analisar os EA no período intraoperatório, no período de um ano, encontrou 103 EA relacionados a condições de hipotensão, bradicardia, hipotermia, perfuração/laceração acidental de órgão, hemorragias, erros de medicação e reações alérgicas ao látex (CHEN et al., 2018).

No Brasil, estudos também verificaram a presença de EA no período intraoperatório. Um deles, realizado em um hospital privado em São Paulo, identificou a ocorrência de eventos adversos graves em pacientes cirúrgicos relacionados a fatores como lesão de órgãos, lesão vascular, choque hemorrágico, cateter alocado em local inadequado, bloqueio anestésico realizado em membro errado, corpo estranho em orofaringe, queimadura por bisturi elétrico, utilização de material não estéril na cirurgia e divergência na contagem de compressas. Após a ocorrência desses eventos, grande parte dos pacientes necessitaram de transferência para unidades de cuidados intensivos (ARAÚJO; CARVALHO, 2018).

Outros estudos brasileiros também registraram a ocorrência de EA envolvendo pacientes cirúrgicos. Pesquisa desenvolvida em enfermarias cirúrgicas de um hospital universitário do Sul do Brasil avaliou 128 pacientes, dos quais 104 apresentaram EA, relacionados, principalmente, a situações de perda de acesso venoso, infecção de sítio cirúrgico e quedas (FOSCHI et al., 2021).

Investigação para estimar a prevalência de EA em pacientes cirúrgicos em um hospital de ensino no Sul do Brasil verificou índice de 21,8% de eventos associados a infecção de sítio cirúrgico e deiscência, hematoma ou seroma da ferida operatória (BATISTA et al., 2019).

A ocorrência de EA associados a procedimentos cirúrgicos gera prejuízos para pacientes, profissionais e instituições de saúde. Estudo realizado nos Estados Unidos verificou aumento dos custos financeiros associados a erros no período perioperatório (paciente errado, local de intervenção incorreto, instrumentais retidos no paciente, morbimortalidade pós-operatória). Segundo os autores, por não haver uma única abordagem que permita o alcance da segurança cirúrgica, faz-se necessário que todos os envolvidos (gestores, profissionais e paciente/família) reconheçam e se comprometam com esse desafio (ACEVEDO; KUO, 2020).

Nota-se, portanto, que vários elementos-chave da segurança devem ser implementados no período perioperatório (pré, intra e pós-operatório) com o objetivo de potencializar bons resultados aos pacientes cirúrgicos, diminuindo a sobrecarga de custos do sistema, das instituições de saúde e os prejuízos físicos, mentais e sociais para o paciente (OMS, 2009).

Dessa forma, em 2007, por meio do segundo Desafio Global, Cirurgias Seguras Salvam Vidas, a OMS recomendou diversas estratégias para promoção da segurança no período pré, intra e pós-operatório (OMS, 2009). Para isso, um grupo de especialistas na área se reuniu para propor padrões de segurança cirúrgica que pudessem ser utilizados em todo mundo. O grupo elegeu dez objetivos essenciais, os quais foram incluídos em uma lista de verificação intitulada “Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica”, que contempla aspectos críticos da segurança no período perioperatório (OMS, 2009). O quadro 1, a seguir, discorre sobre a adoção de práticas seguras em cada fase operatória, que podem diminuir a ocorrência de EA.

Quadro 1. Práticas seguras recomendadas pela OMS (2009) em cada uma das fases do período perioperatório. Uberaba-MG, Brasil, 2022.

Fase do período perioperatório	Prática Segura Recomendada
Pré-operatório	<ul style="list-style-type: none"> - Consentimento cirúrgico pelo paciente/responsável legal; Identificação correta do paciente; - Confirmação do sítio cirúrgico e do procedimento a ser realizado; - Verificação da integridade do equipamento anestésico e da disponibilidade de recursos para situações de emergência; - Conferência do prontuário completo do paciente; - Medidas de proteção da dor.
Intraoperatório	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento apropriado do paciente; - Utilização da técnica cirúrgica baseada nas melhores evidências científicas; - Uso correto dos antimicrobianos; - Disponibilidade de exames por imagem essenciais; - Bom relacionamento interpessoal entre a equipe cirúrgica; - Efetividade na comunicação.
Pós-operatório	<ul style="list-style-type: none"> - Planejamento sistemático da assistência ao paciente; - Reconhecimento de possíveis eventos transoperatórios, tais como sangramentos, dor, hipotensão, infecções, e adequada monitorização hemodinâmica; - Equipe capacitada; - Disponibilidade de recursos materiais para acompanhamento do paciente.

Fonte: OMS, 2009.

Mediante essas recomendações, em 2008, a OMS publicou o *Surgical Safety Checklist*, que disponibiliza uma lista de checagem para cirurgia segura. Trata-se de uma ferramenta valiosa para melhoria da segurança do paciente no período perioperatório, conforme evidenciado em pesquisas científicas (OMS, 2009).

Dados de uma investigação realizada em um hospital da América Latina, que objetivou avaliar o impacto da adesão do *Checklist* de Cirurgia Segura na mortalidade de pacientes submetidos a cirurgias cardíacas, revelam que a maior adesão ao *Checklist* auxilia na redução da mortalidade cirúrgica de 8,22% para 3,13% (MEJIA et al., 2022).

Estudo realizado em um hospital de Minas Gerais para avaliar a efetividade da utilização do *Checklist* de Cirurgia Segura na incidência de EA também identificou resultados positivos. Após a adoção do *Checklist*, a ocorrência de EA em procedimentos cirúrgicos reduziu de 13,6% para 11,8% (FARIA et al., 2022).

Percebe-se que são necessários esforços e comprometimento das instituições de saúde e dos profissionais envolvidos, uma vez que são aspectos inerentes à cirurgia segura os processos físicos, materiais e de recursos humanos. Contudo, no atual modelo de assistência, a inserção do paciente, familiares e acompanhantes na prevenção de eventos adversos e na melhoria da segurança assistencial tem sido discutida. Nota-se o crescente surgimento de iniciativas para promover o envolvimento do paciente na segurança assistencial (GRAFFIGNA; BARELLO, 2018).

A preocupação com a participação do paciente no cuidado seguro é uma questão discutida desde meados da década de 90, quando a OMS verificou a importância de incluir o paciente neste processo por meio do acesso à informação, da comunicação e da educação efetiva aos pacientes e familiares, pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2017a). Desde então, organizações como a Fundação Nacional de Segurança do Paciente, dos Estados Unidos, o Instituto de Medicina Americano e a própria OMS propuseram o fortalecimento de uma cultura de segurança centrada no paciente e na família, como requisito essencial para promover a qualidade e segurança nos serviços de saúde (BRASIL, 2017a; MARTIN; NAVNE; LIPCZAK, 2013).

No Brasil, a PNSP recomenda o envolvimento do paciente e familiares em práticas seguras por meio da promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e engajamento, sendo fundamental incluir esses atores na prevenção de incidentes (BRASIL, 2013). Em consonância, a ANVISA, em 2017, publicou um importante instrumento para orientar a participação do cidadão no cuidado mais seguro: o guia intitulado “Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a

segurança do paciente?” (BRASIL, 2017b). Tal guia representa uma iniciativa de reorientação da cultura dos serviços de saúde, pois considera o paciente ponto central da preocupação dos profissionais e da alta direção com a segurança. Acredita-se que quando o paciente é ouvido e convidado a participar ativamente de seu cuidado, transpõe-se a condição passiva da relação profissional-paciente e torna-se possível um atendimento mais seguro. As orientações estão divididas em três momentos: antes, durante e após o atendimento ou internação no serviço de saúde. Devem ser abordadas de forma clara e prática e esclarecer como os pacientes, acompanhantes e familiares podem participar da assistência, encorajando-as a participarem deste processo e a contribuir com os gestores e profissionais de saúde na prevenção de EA (BRASIL, 2017b).

Autores recomendam o envolvimento do paciente nas práticas seguras como estratégia de fortalecimento da segurança assistencial (RIDELBERG; ROBACK; NILSEN, 2014; DYKES et al., 2017; GAIO; ROCHA; SOUSA, 2018).

Pesquisa realizada com pacientes na Coreia do Sul utilizou um aplicativo eletrônico para fornecer orientações sobre as práticas seguras em saúde e identificou melhora significativa ($p < 0,001$) nos comportamentos de segurança dos pacientes após a intervenção, bem como no envolvimento do paciente durante a hospitalização e na prevenção de EA (CHO; LEE, 2021).

No que se refere ao paciente cirúrgico, estudo realizado em um hospital público de Porto Alegre, certificado pela *Joint Commission International*, avaliou a participação do paciente na segurança perioperatória. Observou-se que os pacientes tiveram maior participação no período pré-operatório, durante o consentimento informado e a marcação do sítio cirúrgico. Além disso, os indivíduos reconheceram a importância do uso da pulseira de identificação e a necessidade de conferência pelos profissionais de saúde, antes da prestação de cuidados, das medidas preventivas de quedas e do engajamento durante o processo de medicação. O estudo ressalta que a coparticipação do paciente/familiar nos protocolos de segurança da instituição pode contribuir para minimizar os EA relacionados ao período perioperatório (COSTA et al., 2020).

Apesar de reconhecida a importância do envolvimento do paciente nas práticas seguras em saúde, estudos apontam que os pacientes ainda apresentam limitações conceituais quanto ao tema e a sua participação nos cuidados assistenciais ainda é incipiente (SOUZA et al., 2020).

Estudo de revisão sistemática desenvolvido na Noruega incluiu 16 estudos sobre o envolvimento do paciente no cuidado seguro e identificou que poucos discorreram sobre o

envolvimento do paciente nas questões de segurança, sendo a maioria voltada para a participação do paciente na escolha de medicamentos e seu envolvimento no tratamento (SEVERINSSON; HOLM, 2015).

Pesquisas demonstram que o envolvimento do paciente no cuidado seguro demanda o fornecimento de orientações por parte dos profissionais de saúde a esse respeito de forma clara, objetiva e compreensível. Estudo realizado em cinco hospitais universitários na Finlândia verificou associação estatisticamente significativa entre a disponibilização de informações acessíveis e práticas pelos profissionais de saúde e a participação do paciente no cuidado seguro (SAHLSTRÖM et al., 2019).

Nesse contexto, dentro dos serviços de saúde, cabe ressaltar que a enfermagem é a categoria profissional capaz de acolher e envolver o paciente no processo do cuidar, uma vez que representa o maior quantitativo de profissionais e apresenta o maior contato com os indivíduos. Assim, cabe às organizações apoiarem e incentivarem esses profissionais no desenvolvimento de estratégias de capacitação dos pacientes (BIRKS et al., 2011), baseadas em evidências científicas, capazes de melhorar o conhecimento quanto às práticas seguras em saúde e facilitar sua participação no cuidado seguro.

Dessa forma, considerando a ocorrência de EA no período perioperatório, os prejuízos causados aos pacientes, profissionais e instituições de saúde, a recomendação da segurança cirúrgica por diversas organizações comprometidas com a temática e a necessidade do envolvimento do paciente como corresponsáveis da sua saúde e segurança, considera-se necessário o desenvolvimento de pesquisas que busquem avaliar intervenções educativas efetivas para fornecer orientações acerca do cuidado seguro, incluindo a segurança no período perioperatório.

2.2 RECURSOS EDUCACIONAIS PARA ORIENTAÇÕES DE PACIENTES ADULTOS

Historicamente, a aquisição do conhecimento baseava-se na transmissão passiva e linear das informações, de modo que os aprendizes eram vistos como mero receptores pacíficos e concordatários (TANJI; CARVALHO, 2007). Contudo, esse modelo educacional foi e tem sido amplamente criticado por não proporcionar uma relação efetiva entre o educador e o educando, por não considerar o melhor desempenho no aprendizado ou, ainda, por não constituir uma prática democrática de aprendizagem (SILVA; GHIDINI, 2020). A utilização de metodologias tradicionais de ensino não considera a participação do aprendiz,

predispõe a criação de barreiras no processo ensino-aprendizagem, não desperta o interesse e torna o ensino monótono e sem significado (SILVA; GHIDINI, 2020).

Com os avanços históricos, as concepções de aprendizagem também evoluíram e passaram a reconhecer que o ensino somente é significativo quando o indivíduo participa ativamente deste processo, quando se conscientiza da importância prática do assunto e quando experimenta a sensação de que cada conhecimento fará diferença no seu cotidiano. Além disso, a aprendizagem passa a ter responsabilidade compartilhada entre o educador e o educando, despertando no indivíduo uma postura crítica e reflexiva do seu meio (CARVALHO et al., 2010).

Nesse sentido, começaram a surgir propostas metodológicas com o objetivo de desenvolver no educando a capacidade de transformação do meio que o cerca e a resolução de problemas identificados em sua vida cotidiana. Essas propostas devem ser criativas e atrativas, a fim de despertar o interesse do indivíduo, uma vez que estão dispostos a iniciar um processo de aprendizagem a partir do momento em que compreendem sua utilidade e relevância (CARVALHO et al., 2010).

Estudiosos na área têm discutido, cada vez mais, estratégias didático-pedagógicas capazes de ampliar a utilização de diferentes metodologias para abordagens dos conteúdos e estimular a participação ativa dos indivíduos no ensino, desafiando-os com problemas reais e explorando novas tecnologias (MORÁN, 2015; SILVA; GHIDINI, 2020).

No âmbito da saúde, os profissionais também exercem função de educadores, uma vez que realizam orientações a pacientes, familiares e acompanhantes sobre o processo saúde-doença e suas repercussões. As orientações devem ser transmitidas de forma clara, objetiva e acessível, para que tenham significado para os sujeitos e estimulem transformações individuais e coletivas no contexto biopsicossocial (HALCOMB, 2010).

Nesse sentido, a educação em saúde torna-se uma estratégia valiosa no processo de formação de comportamentos e atitudes voltados para promoção em saúde, cujo objetivo é despertar a consciência crítica e questionadora do indivíduo, bem como sua capacidade de buscar soluções para mudar a realidade em que vive (RIBEIRO; ANDRADE, 2018).

Na equipe multiprofissional, o enfermeiro exerce papel relevante no processo de educação em saúde dos indivíduos. A legislação que regulamenta o exercício profissional da enfermagem inclui no processo de trabalho do enfermeiro a função de assistir, pesquisar, gerir e educar (BRASIL, 1986). Dessa forma, o papel educador está inerente à sua atuação, devendo instruir e capacitar a população com informações e orientações individuais e coletivas em todas as fases de desenvolvimento dos indivíduos. Por meio da educação em

saúde, o enfermeiro proporciona uma assistência integral e desenvolve uma aprendizagem transformadora, tornando os usuários mais ativos e autônomos quanto à sua saúde. Além disso, as atividades educativas são capazes de estimular os indivíduos a repensarem sua realidade e instigar mudanças comportamentais em prol de hábitos saudáveis e seguros (DIAS; LOPES, 2013; SILVA et al., 2015).

Pode-se dizer que o enfermeiro educador é um elo entre o conhecimento científico, produzido em determinada área do saber, e a capacidade de transmiti-lo de forma clara e compreensível aos indivíduos, sensibilizando-os quanto à necessidade de mudança da sua realidade (MOUTINHO et al., 2014).

Contudo, apesar do reconhecimento da importante atuação do enfermeiro na educação em saúde como estratégia transformadora do conhecimento de pacientes e familiares, este profissional ainda apresenta dificuldade para exercer a função educativa em virtude da alta demanda de atividades assistenciais, gerenciais e administrativas a que está exposto e da pouca valorização dessa faceta do cuidado (BARRETO et al., 2018). Ademais, muitos enfermeiros exercem seu papel educativo apenas na perspectiva tradicional, por meio de palestras e transmissão vertical do conhecimento (VIEIRA et al., 2017).

A essa situação podem ser acrescentados fatores como carência de recursos de apoio ao processo educativo, limitações de infraestrutura e desmotivação da população em relação à educação em saúde, muitas vezes em decorrência da metodologia empregada, os quais criam obstáculos para o processo de ensino-aprendizagem (MOUTINHO et al., 2014; VIEIRA et al., 2017). Dessa forma, é necessário refletir sobre a utilização de metodologias educativas em saúde que superem o ensino tradicional (limitado na transferência passiva de conhecimentos), que colaborem com o processo educativo do enfermeiro e que sejam realmente capazes de estimular o interesse do paciente e, por conseguinte, a aprendizagem significativa e transformadora.

Em decorrência do processo de globalização foram criados novos recursos tecnológicos e meios de comunicação capazes de tornar o aprendizado mais atrativo e proporcionar ao aluno mais interação e dinamicidade. A partir daí as possibilidades de tecnologias disponíveis para serem utilizadas na educação em saúde começaram a se ampliar e destacar, por despertarem no educando novas possibilidades de entender o conteúdo, estimulando o pensamento crítico e reflexivo do seu contexto (VIEIRA; MARTINS, 2020).

Nessa perspectiva, o enfermeiro pode optar pela utilização de recursos tecnológicos que, além da função educativa inovadora, permitam sensibilizar o indivíduo quanto à

mudança de comportamento. Ademais, o uso de tecnologias pode otimizar o papel educativo da enfermagem e superar as dificuldades impostas no seu processo de trabalho pela alta demanda de tarefas assistenciais, administrativas e gerenciais (BENEVIDES et al., 2016; MANIVA et al., 2018; SILVA; CARREIRO; MELLO, 2017).

O emprego desses recursos tem se mostrado cada vez mais eficaz, por facilitar a compreensão, aprimorar habilidades e promover a troca de conhecimento e experiências (BARROS et al., 2012; SAMPAIO et al., 2017). Destaca-se ainda o caráter lúdico desses recursos, o que favorece a aproximação com o público-alvo, a versatilidade e a capacidade de adaptação a diferentes cenários e, dessa forma, contribui para um maior envolvimento e interação com os pacientes, com ganhos, inclusive, no processo de aprendizagem dos indivíduos (GALDINO et al., 2019).

Na literatura científica, estudos de revisão têm buscado identificar as diversas possibilidades de utilização dos recursos tecnológicos no processo de educação em saúde, como recursos audiovisuais, teleconferência, jogos eletrônicos, websites, apresentação de *Powerpoint*, telenovela, *softwares*, CD interativo, multimídia, aplicativos para celulares, programas de simulação e vídeos educativos (BUENO; BUENO; MOREIRA, 2020; MANIVA et al., 2018; PESSOA et al., 2019; SÁ et al., 2019). Contudo, dependendo da escolha do recurso tecnológico, é importante verificar a disponibilidade de infraestrutura adequada para o funcionamento, e isso inclui acesso à internet e a própria inclusão digital do indivíduo (BUENO; BUENO; MOREIRA, 2020).

Nesse sentido, o vídeo educativo merece destaque, por se prático e bastante acessível. Trata-se de um recurso didático que não depende de grande aparato tecnológico para sua utilização, que pode ser armazenado em diferentes formatos e transmitido em diversas mídias. Ademais, os conteúdos transmitidos por meio de vídeos educativos são capazes de disseminar conhecimento, despertar a consciência crítico-reflexiva de pacientes, incentivar a autonomia e o autocuidado e aproximar o paciente da equipe de saúde de forma mais interativa (MANIVA et al., 2018).

O vídeo educativo baseia-se em uma apresentação multimídia, criativa, com associação de sons, gráficos, textos e animações. A sua utilização é apoiada pelo sistema educacional por melhorar o conhecimento compartilhado e estimular os indivíduos a pensarem de forma criativa (KAHBI et al., 2018). Ademais, trata-se de um recurso prático, de fácil utilização, que pode ser assistido em vários momentos e quantas vezes o indivíduo quiser, com baixos custos operacionais e pouco tempo despendido quando comparado a

recursos tecnológicos mais elaborados como *softwares*, jogos e hipermídias (KAM et al., 2016).

Por sua versatilidade e aplicabilidade, tem sido também utilizado em estudos desenvolvidos em diferentes contextos da área da saúde, com resultados efetivos na melhora do processo de ensino-aprendizagem, na aquisição de conhecimentos, no estímulo à participação na assistência à saúde e no autocuidado e na promoção da autonomia dos pacientes, cuidadores e familiares (CAKMAK et al., 2018; COSTA et al., 2018; GALDINO-NETO et al., 2019; MIRANDA; SOARES-SOBRINHO; CASTRO, 2019; OLLER et al., 2018; PARK et al., 2016; SÁ et al., 2020).

A utilização do vídeo educativo também tem sido associada a bons resultados em em pacientes cirúrgicos. Estudo realizado na Turquia com pacientes submetidos a cirurgias eletivas que assistiram a um vídeo educativo, durante a consulta pré-operatória, sobre preparação, posicionamento, riscos, benefícios e complicações para a anestesia, identificou melhora do conhecimento quanto a este procedimento (CAKMAK et al., 2018; ONG et al., 2009). Outra pesquisa, desenvolvida nos Estados Unidos, demonstrou que a utilização do vídeo educativo abordando instruções pré e pós-operatórias foi eficaz para ampliar tanto o conhecimento dos pacientes cirúrgicos quanto seu envolvimento nos cuidados pós-operatórios. Este vídeo incluiu as temáticas de manejo da dor, sinais vitais, fisioterapia respiratória, deambulação, alimentação, funcionamento intestinal e vesical (ONG et al., 2009).

Na área da segurança do paciente, pesquisadores identificaram que a utilização de recursos tecnológicos, como o vídeo educativo, é capaz de melhorar o envolvimento do indivíduo nas práticas seguras em saúde, em diferentes áreas, como a identificação do paciente, a higienização das mãos, o uso seguro de medicamentos, a prevenção de quedas e de lesões por pressão e até a notificação de EA (DAVIS et al., 2012; DAVIS et al., 2013; GROIA et al., 2019; HEMESATH et al., 2015; RODRIGUEZ, 2019; SALVADOR et al., 2017).

Apesar de o vídeo educativo ter sua efetividade comprovada na melhora do conhecimento e do envolvimento dos pacientes no cuidado seguro em saúde (DAVIS et al., 2012; SHIN et al., 2021), não foram encontrados estudos que tivessem testado a efetividade deste recurso no conhecimento, acerca das práticas seguras, de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, o que denota uma lacuna no conhecimento científico. Além disso, há incipiência de pesquisas nacionais para verificar a efetividade de recursos tecnológicos no conhecimento dos pacientes cirúrgicos sobre a segurança no cuidado.

Diante do exposto, e considerando as notórias vantagens do emprego do vídeo educativo, julga-se necessário que estudos sobre a utilização deste recurso em pacientes cirúrgicos sejam realizados, a fim de melhorar o conhecimento dos indivíduos acerca das práticas seguras no período perioperatório e contribuir com a Prática Baseada em Evidências de profissionais envolvidos no processo de educação em saúde, referente à temática.

2.3 TEORIA COGNITIVA DA APRENDIZAGEM MULTIMÍDIA

A educação em saúde é um processo dinâmico e complexo, realizado pelos profissionais de saúde, sobretudo o enfermeiro. Durante este processo, procura-se estimular nos indivíduos a construção de saberes, a melhora da autonomia individual e coletiva e o desenvolvimento crítico e reflexivo sobre a sua própria saúde (BRASIL, 2006).

Considerando essa complexidade do processo de educação em saúde é necessário refletir acerca de quais bases teóricas o enfermeiro pode utilizar para fundamentar seu processo de ensino. Na literatura científica, são descritas diversas teorias sobre a aprendizagem, as quais se dividem em três principais vertentes: comportamentalismo, cognitivismo e construtivismo.

A primeira, o comportamentalismo, enfatiza que a aprendizagem é baseada na mudança comportamental por meio do aprendizado de aspectos mentais, como o conhecimento e o pensamento. A abordagem cognitivista defende que o conhecimento é adquirido por meio da interação de informações anteriores que evoluem até a construção de novas concepções. Já o construtivismo considera que a aprendizagem é o resultado da interação do indivíduo com seu contexto social (SILVA, 2017).

Todas essas teorias são fundamentais para o processo ensino-aprendizagem, uma vez que desenvolvem no indivíduo o conhecimento intelectual, potencializam a autonomia, estimulam o senso crítico e aprimoram a capacidade de mudanças individuais e sociais. Contudo, a utilização dessas teorias, na pedagogia tradicional, por muito tempo considerou que a aprendizagem consistia na mera transmissão de informações, em que o educador era o sujeito ativo, detentor do conhecimento, e o aluno estava na posição passiva e, sozinho, deveria desenvolver suas habilidades humanas, sociais e políticas (ANDRADE; FELIPE; MEDEIRO, 2020).

Atualmente, sabe-se que a utilização de teorias de aprendizagem inovadoras aliada ao uso de tecnologias instrucionais pode aproximar alguns conceitos científicos da realidade do indivíduo, sensibilizando-o para aquisição de conhecimentos e nas mudanças de

comportamento (SILVA et al., 2020). Assim, os estudos sobre teorias de aprendizagem multimídias se intensificaram, em busca de compreender como os indivíduos aprendem a partir da interação de palavras, imagens e recursos audiovisuais (MAYER, 2009).

A aprendizagem multimídia engloba diferentes aspectos. O primeiro é o aspecto psicológico voltado para o processo cognitivo e de memorização e busca entender de que maneira a pessoa utiliza os diferentes sentidos para sua aprendizagem e a forma como ela processa as informações. O segundo é a definição de modelos, programas educacionais e recursos multimídias que serão utilizados. Já o terceiro aspecto compreende a escolha da teoria de design de mensagens educativas que será utilizada no processo de ensino. Nesse aspecto, destaca-se a Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia (TCAM), por estimular a aprendizagem significativa mediante a combinação de recursos verbais e não verbais (MAYER, 2009; MERRIËNBOER; KESTER, 2009).

A TCAM foi desenvolvida por Richard Mayer, psicólogo e professor da Universidade da Califórnia, que defendeu a sincronia entre o visual e o verbal em recursos educativos com o objetivo de melhorar a aprendizagem. O autor estimula uma combinação entre palavras (verbais/escritas) e visuais a partir do uso de imagens presentes, por exemplo, em quadros, ilustrações, vídeos educativos, animações e jogos (MAYER, 2005).

Contudo, Mayer percebeu que alguns materiais instrucionais que utilizavam imagens e textos nem sempre eram compreensíveis pelo público-alvo e, portanto, em vez de facilitarem o ensino, atuavam como obstáculos na aprendizagem. Segundo ele, o emprego de informações errôneas nos materiais multimídias pode confundir o espectador, criar imagens equivocadas na apresentação e comprometer a tão almejada construção do conhecimento. Dessa forma, a TCAM enfatiza que a mera associação de imagens ao texto não garante a aprendizagem significativa, pois esse processo envolve organização, planejamento e coerência de ideias e informações (MAYER, 2005).

Nesse contexto, os materiais multimídias que utilizam o vídeo educativo como recurso tecnológico devem se basear nos princípios de organização, planejamento e coerência das informações transmitidas. Ressalta-se a necessidade de sincronizar as imagens que estão sendo apresentadas com a fala do narrador, a fim de estimular a reflexão e memorização do assunto abordado (MAYER, 2001). Ou seja, se as imagens estiverem desconexas do que está sendo dito no vídeo, o indivíduo pode confundir a temática e criar ideias errôneas das informações.

Para minimizar esses equívocos e garantir uma aprendizagem significativa, Mayer (2005) baseou sua teoria em 12 princípios que norteiam a construção e avaliação de materiais

didático-pedagógicos desenvolvidos com o uso de recursos multimídia. Esses princípios estão distribuídos em três cargas cognitivas: a redução de processamento estranho; o gerenciamento do processamento essencial; e a promoção de processamento generativo (MAYER, 2009; SILVA et al., 2020). O quadro 2, a seguir, detalha as três cargas cognitivas e seus respectivos princípios.

Quadro 2. Cargas Cognitivas e Princípios da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia (TCAM), segundo Mayer (2009). Uberaba-MG, Brasil, 2022.

Cargas	Princípios
Redução de Processamento Estranho	1) Coerência: suprimir palavras, imagens, sons estranhos/dispensáveis. 2) Sinalização: sinais que demonstram organização; 3) Contiguidade espacial: palavras e imagens correspondentes estarem próximas; 4) Redundância: optar por utilizar animação + narração em vez de animação + narração + texto); 5) Contiguidade temporal: palavras e imagens correspondentes apresentadas simultaneamente;
Gerenciamento de Processamento Essencial	6) Segmentação: informações apresentadas em blocos e não de forma contínua; 7) Pré-treinamento: apresentação geral do tema, antes de entrar nos assuntos específicos; 8) Modalidade: utilizar animação + narração em vez de animação e texto escrito;
Promoção de Processamento Generativo	9) Personalização: utilizar palavras acessíveis ao espectador em vez de terminologia formal; 10) Voz: utilizar narração com voz humana no lugar de robôs computadorizados; 11) Imagem: a imagem do orador não é imprescindível; 12) Multimídia: utilizar palavras e imagens em vez de apenas palavras.

Fonte: Silva et al., 2020.

A primeira carga cognitiva relacionada à redução de processamento estranho considera que a aprendizagem é facilitada quando as informações apresentadas nos materiais educativos são organizadas e verdadeiramente relevantes ao conhecimento. Essa carga cognitiva também traz aspectos gráficos e verbais importantes para melhorar a aprendizagem, tais como manter o texto e as imagens na mesma página onde são apresentados, de forma simultânea, para favorecer a sincronia das informações, e utilizar animação e narração em substituição à animação e texto escrito (MAYER, 2009; SILVA et al., 2020).

A segunda carga cognitiva, o gerenciamento de processamento essencial, recomenda que as informações sejam apresentadas em segmentos e não de forma contínua e que seja realizada uma pré-exposição da nomenclatura e dos novos conceitos que o indivíduo visualizará na aprendizagem multimídia (MAYER, 2009; SILVA et al., 2020).

A terceira e última carga cognitiva, promoção de processamento generativo, aborda os princípios de personalização, voz, imagem e multimídia. Esses princípios sugerem a

utilização de linguagem mais acessível ao espectador, com uma voz simpática e de ser humano, no lugar de uma voz robotizada por computador, e o uso combinado da informação verbal e gráfica (MAYER, 2009; SILVA et al, 2020).

Além das cargas cognitivas mencionadas, a TCAM é dividida em três pressupostos, que auxiliam na elaboração do material educativo, e considera a capacidade dos indivíduos em aprender com as ferramentas multimídias. Os pressupostos são assim denominados: canais duplos, capacidade limitada e processamento ativo (MAYER, 2009; SILVA et al, 2020).

O primeiro pressuposto discorre sobre os canais duplos; este considera que os indivíduos processam os textos e as informações gráficas, como imagens, figuras e animações, quando elas são apresentadas à visão, e as informações verbais, como a narração, quando são apresentadas à audição. Assim, devem ser criados dois canais: o auditivo/verbal, representado pelos sons e a voz, e o visual/pictórico, representado pelas imagens e textos (MAYER, 2005; MAYER, 2009).

O segundo pressuposto, a capacidade limitada, defende que os seres humanos apresentam uma capacidade limitada de processar informações em cada canal (visão e audição) e faz referência aos três tipos de memória associadas à aprendizagem multimídia. São eles: a memória sensorial, que de forma breve recebe as informações visuais e auditivas; a memória de trabalho, que retém temporariamente as informações para depois transferi-las à memória ativa; e a memória de longo prazo, que retém uma maior quantidade de informações por longos períodos, responsável por armazenar o conhecimento dos indivíduos (MAYER, 2005; MAYER, 2009).

O terceiro pressuposto, processamento ativo, refere-se à participação ativa dos indivíduos no processo cognitivo e na construção do conhecimento baseado em suas experiências. Para isso, o autor enfatiza que a participação ativa depende da construção de materiais educativos que sejam relevantes, organizados e que possam valorizar as experiências prévias das pessoas (MAYER, 2005; MAYER, 2009).

Percebe-se que a TCAM é capaz de despertar no indivíduo a construção de novos conhecimentos, a partir de materiais educativos, que utilizem animações, imagens, textos e narrações, que sejam coerentes, e abordem informações organizadas, acessíveis e acolhedoras ao espectador. A aprendizagem torna-se mais atraente, facilita a compreensão e favorece a participação ativa dos sujeitos, contribuindo para o conhecimento crítico-reflexivo, bem como para a autonomia individual e coletiva.

Dessa forma, as cargas cognitivas, os princípios e os pressupostos da TCAM são indicados para elaboração de conteúdos transmitidos por meio de vídeos educativos, a fim de

garantir a organização e a relevância das informações apresentadas, a utilização de linguagem acessível ao espectador, a ativação da memória para armazenamento das orientações repassadas e a participação ativa dos indivíduos na construção do conhecimento.

A utilização TCAM é citada em produções referentes ao ensino de diversas áreas, principalmente na educação escolar nos níveis fundamental e superior (LIMA et al., 2019; PEREIRA, 2017; PIRES et al., 2020; SILVA et al., 2020). Na área da saúde, estudos utilizaram a TCAM como referencial para construção e avaliação de materiais instrucionais a pacientes, principalmente por meio de vídeos educativos. Segundo os autores, trata-se de uma estratégia educativa robusta, capaz de apresentar simultaneamente imagens e conteúdo verbal, conforme evidenciado a seguir (KAYLER et al., 2020; SÁ et al., 2019; YUE et al., 2013).

Estudo desenvolvido em Nova Iorque elaborou um vídeo educativo com informações referentes a transplante renal, baseado na TCAM, e concluiu que a utilização da teoria facilita a aprendizagem de adultos e que a utilização de canais duplos (auditivo/verbal e visual/pictórico), pressuposto da teoria, favorece a apreensão das orientações repassadas ao paciente (KAYLER et al., 2020).

Revisão integrativa para identificar as tecnologias desenvolvidas para a educação em saúde de idosos identificou que, dos 15 artigos científicos incluídos, cinco utilizaram a TCAM na elaboração de vídeos educativos e que estes foram efetivos na melhoria do aprendizado de diferentes temas por idosos da comunidade (SÁ et al., 2019).

Pesquisa realizada pelo Departamento de Psicologia da Universidade da Califórnia, com o objetivo avaliar vídeos educativos na área das ciências da saúde (fisiopatologia de doenças, intervenções cirúrgicas ou procedimentos médicos) baseados na TCAM, identificou que a maioria dos vídeos não seguiu as recomendações da TCAM, o que prejudicou o aprendizado e a interação com o espectador. Segundo a pesquisa, os princípios da TCAM fornecem diretrizes essenciais para promoção do processamento cognitivo, facilitando a aprendizagem (YUE et al., 2013)

Tais achados evidenciam a pertinência da utilização da TCAM para elaboração de materiais educativos baseados em ferramentas multimídias e recursos tecnológicos, por facilitar a aprendizagem e melhorar o conhecimento dos indivíduos. Ressalta-se que essa teoria norteou a construção do vídeo educativo construído na presente tese, acerca das práticas seguras no período perioperatório.

3 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Para viabilizar a operacionalização do presente estudo, foi necessário aprofundar o conhecimento e buscar resultados de pesquisas acerca de estratégias educativas eficazes voltadas para o envolvimento do paciente no cuidado seguro.

Assim, com o objetivo de avaliar a eficácia da utilização de estratégias educativas no envolvimento do paciente adulto hospitalizado para a segurança no cuidado realizou-se, primeiramente, uma revisão sistemática da literatura, intitulada “Eficácia de estratégias educativas no envolvimento do paciente para a segurança no cuidado: revisão sistemática”.

A revisão foi norteada pelas diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (MOHER et al., 2009), e o protocolo registrado na *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO), nº CRD42021224920.

A pergunta da revisão foi: “Quais estratégias educacionais são eficazes no envolvimento de pacientes adultos hospitalizados nas práticas seguras do cuidado?”. Destaca-se que a referida pergunta foi elaborada a partir do anagrama PICOS (acrônimo para Patient-Intervention-Comparison-Outcomes-Studies).

As bases de dados utilizadas para a busca dos estudos foram: US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), SCOPUS, Web of Science, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Excerpta Medica (EMBASE).

Foram adotadas diversas combinações nas bases de dados utilizando os descritores e os sinônimos, além do uso dos operadores booleanos AND para ocorrência simultânea de assuntos, e OR para ocorrência de um ou outro assunto. Para realização das buscas, empregou-se a combinação das letras P AND I AND O, considerando os descritores controlados do Medical Subject Headings (MESH) para as quatro primeiras bases (PubMed, CENTRAL, SCOPUS e Web of Science).

O quadro 3, a seguir, apresenta o anagrama PICOS e a estratégia de busca utilizada.

Quadro 3. Componentes da pergunta de pesquisa e estratégia de busca utilizada segundo o anagrama PICOS. Uberaba-MG, Brasil, 2022.

Descrição	MeSh terms
P (população): Pacientes adultos hospitalizados	"Inpatients"[Mesh] OR (Inpatient)
I (intervenção): Intervenções educativas para envolver o paciente nas práticas seguras do cuidado	"Learning"[Mesh] OR (Phenomenography) OR (Memory Training) OR (Training, Memory) OR "Patient Education as Topic"[Mesh] OR (Education, Patient) OR (Patient Education) OR (Education of Patients) OR "Access to Information"[Mesh] OR (Information, Access to) OR (Public Access to Information) OR (Open Access to Information) OR "Educational Technology"[Mesh] OR (Technology, Educational) OR (Educational Technologies) OR (Technologies, Educational) OR (Instructional Technology) OR (Technology, Instructional) OR (Instructional Technologies) OR (Technologies, Instructional)
C (comparação) Orientação convencional ou sem intervenção	Não se aplica
O (desfecho): Participação do paciente hospitalizado nas práticas seguras do cuidado	"Patient Safety"[Mesh] OR (Patient Safeties) OR (Safeties, Patient) OR (Safety, Patient) AND "Patient Participation"[Mesh] OR (Participation, Patient) OR (Patient Involvement) OR (Involvement, Patient) OR (Patient Empowerment) OR (Empowerment, Patient) OR (Patient Participation Rates) OR (Participation Rate, Patient) OR (Participation Rates, Patient) OR (Patient Participation Rate) OR (Patient Activation) OR (Activation, Patient) OR (Patient Engagement) OR (Engagement, Patient).
S (tipo de estudo): Estudos de delineamento experimental	Não se aplica

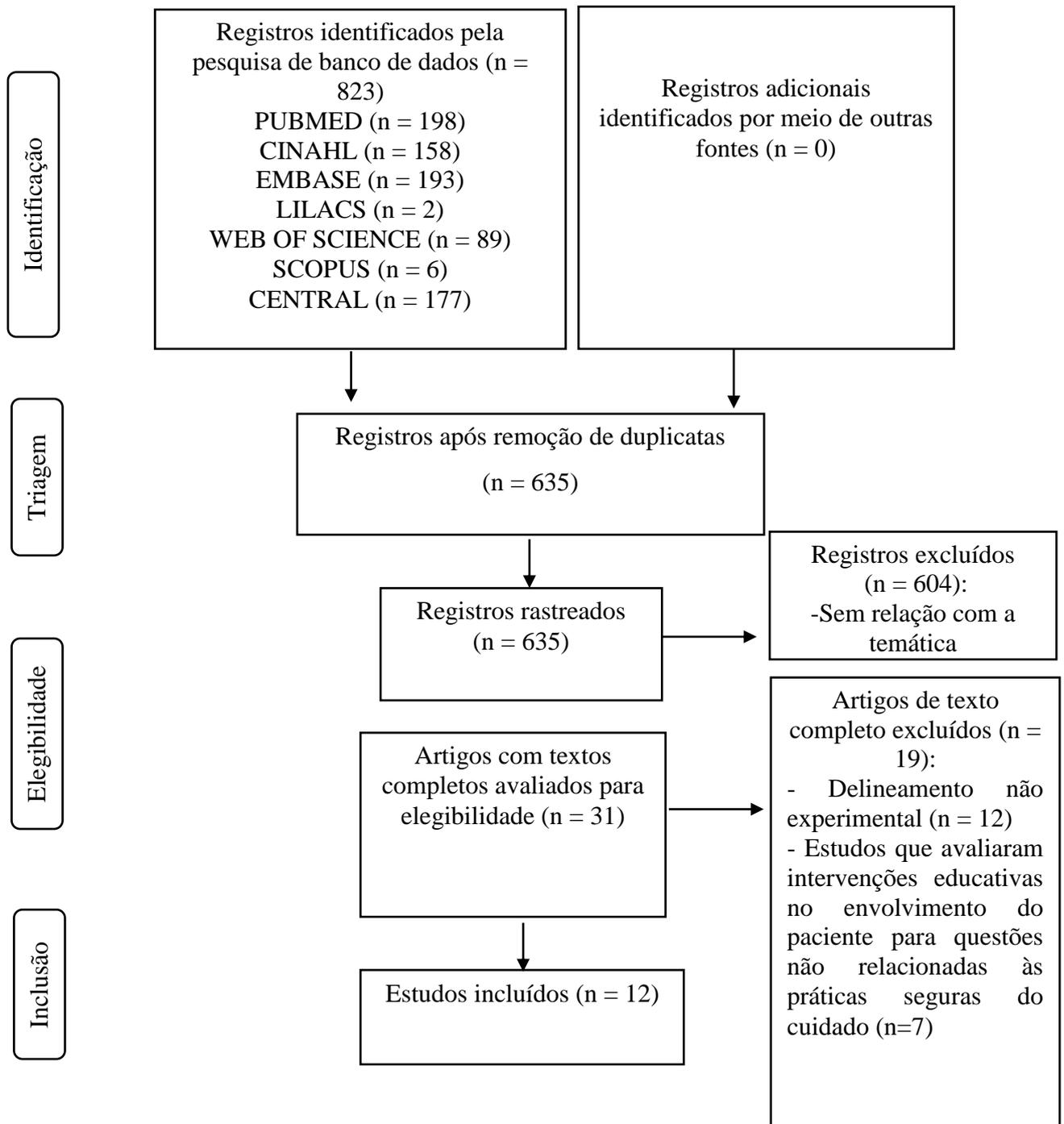
Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Foram incluídos nesta revisão estudos do tipo ensaios clínicos randomizados e quase experimentais que investigaram intervenções educativas para envolver pacientes adultos hospitalizados nas práticas seguras do cuidado, sem delimitação de idioma, publicados entre janeiro de 2010 a dezembro de 2021. O período de coleta de dados justifica-se uma vez que a última revisão sistemática realizada para identificar estratégias educativas eficazes no

envolvimento do paciente no cuidado seguro havia sido publicada no ano de 2009 (HALL et al., 2010). Foram excluídos estudos realizados com pacientes menores de 18 anos, pacientes/usuários assistidos em ambiente externo ao hospitalar, estudos que não apresentavam delineamento experimental e estudos que avaliaram intervenções educativas no envolvimento do paciente para questões não relacionadas às práticas seguras do cuidado.

A seleção dos estudos foi realizada por dois revisores independentes, um mestre e um doutor, que avaliaram inicialmente os estudos por meio dos títulos e resumos para verificar se atendiam aos critérios de elegibilidade estabelecidos. As divergências dessa fase foram resolvidas por um terceiro revisor, um doutor. Na Figura 1, o fluxograma detalha o processo de seleção, inclusão e exclusão das pesquisas, demonstrando que a amostra da revisão foi composta por 12 estudos.

Figura 1. Fluxograma para identificação e seleção dos estudos primários incluídos na revisão sistemática conforme o Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA). Uberaba-MG, Brasil, 2022.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

A extração dos dados dos estudos incluídos na revisão foi realizada por dois revisores de forma independente, e as discordâncias solucionadas com a participação de um terceiro revisor. Os revisores extraíram os dados de cada estudo por meio de um roteiro contendo as seguintes informações: título do estudo; país; autores; ano de publicação; tamanho da amostra; tipo de estudo; objetivo; grupos intervenção (estratégia educativa utilizada para envolver os pacientes nas práticas seguras do cuidado) e controle, principais resultados e conclusão.

Para avaliação do risco de viés dos ensaios clínicos randomizados empregou-se a ferramenta Cochrane Risk-of-Bias tool for randomized trials (RoB 2) (HIGGINS et al., 2016). Avaliou-se a qualidade metodológica dos estudos não randomizados por meio da ferramenta *JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies* (TUFANARU et al., 2020). A síntese dos resultados foi apresentada de forma descritiva, conforme quadro 4.

Quadro 4. Síntese descritiva dos estudos incluídos na revisão sistemática. Uberaba/MG, Brasil, 2022.

Título/ País Autores/Ano	Amostra	Tipo de estudo	Objetivo	Grupo-Intervenção (GI)	Grupo-Controle (GC)	Principais Resultados e Conclusão
The effect of a patient centred care bundle intervention on pressure ulcer incidence (INTACT): A cluster randomised trial. Austrália Chaboyer et al., 2016	1.600	Ensaio clínico randomizado	Avaliar a eficácia de um conjunto de cuidados sobre prevenção de lesões por pressão (LPP) na redução da incidência de LPPs e aumentar a participação ativa dos pacientes no processo de prevenção de LPPs.	Receberam informações sobre prevenção de lesão por pressão por meio de posteres, folhetos e DVD. O estudo avaliou a incidência de LPP nos participantes e a utilização de uma escala para mensurar a participação do paciente na prevenção de LPP.	Receberam atendimento-padrão baseado nos <i>guidelines</i> regionais.	Houve redução na incidência de LPP no GI ($p < 0,0001$). A razão de risco bruto indicou redução de 52% no risco de desenvolver LPP associado à intervenção em comparação com o tratamento-padrão, porém esta diferença não foi estatisticamente significativa. Não houve diferença entre os grupos quanto à participação do paciente na prevenção de LPP ($p = 0,124$).
A randomized controlled trial to improve engagement of hospitalized patients with their patient portals. EUA Greysen et al., 2018	97	Ensaio clínico randomizado	Avaliar a eficácia de orientações educativas para aumentar o envolvimento do paciente no uso de seus aplicativos, durante a hospitalização e após a alta.	Receberam orientações verbais à beira leito, por meio de material educacional estruturado, abordando a relevância do uso do aplicativo, a importância do uso pós-alta e suas principais funções. Os participantes foram avaliados pelo número de acessos às funções do aplicativo.	Orientações para iniciantes apenas para registro de <i>login</i> no aplicativo. Nenhuma outra assistência sobre como usar o aplicativo foi oferecida.	O GI apresentou maiores médias quanto ao envolvimento e à utilização do aplicativo comparado ao GC, com significância estatística apenas no acesso à função de mensagens ambulatoriais ($p = 0,04$).
Facilitating Inpatients' Family Members to Learn: A Learning Engagement Promoting Model to Develop Interactive E-Book Systems for Patient Education. China Huang; Hwang, 2019	74	Ensaio clínico randomizado	Avaliar se a utilização de <i>e-book</i> interativo é capaz de melhorar a cognição, aprendizagem, motivação e satisfação do paciente e dos familiares sobre a segurança do paciente.	Receberam informações sobre segurança do paciente, por meio da utilização de <i>e-book</i> . Utilizou-se um questionário adaptado para mensurar a cognição, motivação e satisfação dos participantes, além de uma entrevista para avaliar a percepção e opinião sobre o <i>e-book</i> .	Receberam informações sobre segurança do paciente via instruções escritas e verbais.	A utilização da intervenção foi significativa para a cognição do paciente e seus familiares quanto à segurança do paciente. GI ($p < 0,01$). Além disso, identificou-se melhora nas atitudes de aprendizagem ($p < 0,05$), na motivação para aprender ($p < 0,01$) e na satisfação com o uso da tecnologia ($p < 0,05$).

Continua...

Quadro 4 - Síntese descritiva dos estudos incluídos na revisão sistemática. Uberaba/MG, Brasil, 2022 (continuação)

Can patient involvement improve patient safety? A cluster randomised control trial of the Patient Reporting and Action for a Safe Environment (PRASE) intervention. Reino Unido Lawton et al., 2017	2.115	Ensaio clínico randomizado	Avaliar a eficácia de uma intervenção baseada no <i>feedback</i> do paciente sobre cuidado seguro para melhorar a segurança do paciente, a partir da diminuição de danos ao paciente.	Os pacientes realizaram <i>feedback</i> a partir de um questionário sobre sua percepção do cuidado seguro e o relato de experiências relacionadas a eventos adversos que já tiveram. Os pesquisadores avaliaram o <i>feedback</i> do paciente e elaboraram um plano de ação em conjunto. Após, compararam se o plano de ação reduziu a incidência de danos ao paciente.	Os pacientes realizaram <i>feedback</i> , porém não foi traçado plano de ação.	O plano de ação elaborado em conjunto com o paciente do GI não apresentou redução de danos aos pacientes.
Effects of an educational patient safety campaign on patients' safety behaviours and adverse events. Suíça Schwappach; Frank; Buschmann, 2013	420	Ensaio clínico randomizado	Investigar a efetividade de um aviso de segurança do paciente sobre as percepções de risco, do controle comportamental e desempenho de comportamentos de segurança e experiências com eventos adversos.	Orientações por meio de um livreto com recomendações sobre práticas seguras, durante a admissão no hospital. Construiu-se um questionário para avaliar a percepção dos participantes quanto ao seu envolvimento na segurança no cuidado.	Cuidados/ Orientações-padrão	GI apresentou melhor percepção e comportamento quanto à sua segurança ($p=0,010$), e os participantes relataram menos experiências com eventos adversos e práticas inseguras na comparação com o GC ($p=0,009$).
Patients' and health care professionals' attitudes towards the PINK patient safety video. Reino Unido Davis et al., 2012	296	Quase experimental	Avaliar atitudes de pacientes e profissionais de saúde referentes a um vídeo educativo para promover o envolvimento do paciente em comportamentos relacionados à segurança.	Pacientes assistiram a um vídeo animado sobre como podem contribuir para prevenção de erros durante prestação de cuidados. Responderam a um questionário sobre suas atitudes em relação ao envolvimento com questões de segurança, antes e após o vídeo.	NA	O vídeo aumentou a percepção do paciente sobre a importância do envolvimento nas questões de segurança, sendo significativo para os domínios higienização das mãos dos profissionais e higiene pessoal ($p<0,05$).

Continua...

Quadro 4 - Síntese descritiva dos estudos incluídos na revisão sistemática. Uberaba/MG, Brasil, 2022 (continuação)

<p>Patients' attitudes towards patient involvement in safety interventions: results of two exploratory studies.</p> <p>Reino Unido</p> <p>Davis et al., 2013</p>	80	Quase experimental	<p>Avaliar atitude dos pacientes em relação a um vídeo e um folheto para incentivar o envolvimento do paciente em comportamentos relacionados às práticas seguras.</p>	<p>Os pacientes assistiram a um vídeo animado incentivando-os a participar da gestão do cuidado seguro.</p> <p>O folheto abordava a participação do paciente em comportamentos relacionados à segurança assistencial.</p> <p>Os pacientes responderam a uma escala sobre o quão confortáveis estavam em participar de alguns comportamentos voltados à segurança.</p>	NA	<p>O vídeo e o folheto aumentaram a percepção do paciente nas questões relacionadas à higienização das mãos e à notificação dos erros ($p < 0,05$).</p> <p>Porém, comportamentos relacionados a erros de medicações não foram significativos ($p > 0,05$) para melhorar a percepção do paciente.</p>
<p>Engaging hospital patients in the medication reconciliation process using tablet computers.</p> <p>EUA</p> <p>Prey et al., 2018</p>	65	Quase experimental	<p>Determinar se uma ferramenta eletrônica de revisão de medicamentos pode melhorar a segurança da medicação durante a hospitalização.</p>	<p>Utilizaram um aplicativo eletrônico, após admissão hospitalar, para selecionar os medicamentos domiciliares de que faziam uso. Após, a lista de medicamentos foi impressa e o pesquisador responsável estimulou os pacientes a compará-la com a lista de medicamentos elaborada pela equipe de reconciliação medicamentosa.</p>	NA	<p>Pacientes apresentaram maior envolvimento com a reconciliação medicamentosa após o uso do aplicativo eletrônico. Apenas o item de reconhecimento das medicações discrepantes entre a lista que preencheram e a elaborada pela equipe de reconciliação apresentou resultados significativos ($p = 0,021$).</p>
<p>Innovating fall safety. Engaging patients as experts.</p> <p>EUA</p> <p>Radecki et al., 2020</p>	203	Quase experimental	<p>Avaliar o envolvimento do paciente no desenvolvimento de um plano de ação para prevenção de quedas.</p>	<p>Orientações verbais e folders sobre prevenção de quedas e elaboração de um plano de ação individualizado.</p> <p>Utilizou-se um questionário para avaliar a participação do paciente na prevenção de quedas e a incidência de quedas.</p>	NA	<p>A intervenção melhorou o envolvimento do paciente na prevenção de quedas ($p = 0,0007$) e diminuiu a incidência de quedas.</p>

Continua...

Quadro 4 - Síntese descritiva dos estudos incluídos na revisão sistemática. Uberaba/MG, Brasil, 2022 (continuação)

Effects of self-education on patient safety via smartphone application for self-efficacy and safety behaviors of inpatients in Korea. Coreia do Sul Cho; Lee, 2021	94	Quase experimental	Determinar se a intervenção autoeducativa sobre segurança do paciente por meio de aplicativo de smartphone pode melhorar a autoeficácia e comportamentos de segurança dos pacientes.	Pacientes receberam um <i>smartphone</i> com conteúdo (leitura, imagens e vídeos) sobre a importância da segurança do paciente, principais eventos adversos e dicas para melhorar a segurança no cuidado. Utilizou-se uma escala para mensurar o comportamento de segurança dos pacientes.	NA	Houve melhora significativa do comportamento de segurança após a intervenção ($p<0,001$).
An education intervention care <i>bundle</i> to improve hospitalised patients' pressure injury prevention knowledge: a before and after study. Austrália Deakin et al., 2020	80	Quase experimental	Avaliar a participação do paciente na prevenção de lesão por pressão antes e após a estratégia educativa.	Foi utilizado um <i>bundle</i> de cuidados para prevenção de lesão por pressão por meio de poster, folheto e vídeo para estimular o envolvimento dos pacientes. Utilizou-se escala validada para avaliar o envolvimento do paciente.	NA	Após a intervenção houve melhora na participação do paciente nos cuidados para prevenção de lesão por pressão ($p<0,001$).
Development and effectiveness of a patient safety education program for inpatients. Coreia do Sul Shin et al., 2021	69	Quase experimental	Avaliar um programa de educação em segurança do paciente entre indivíduos hospitalizados sobre conhecimento, percepção e participação do paciente nas práticas seguras.	Vídeos educativos sobre itens gerais da segurança do paciente e medidas preventivas de queda, infecção, LPP e participação do paciente. Utilizou-se questionário para avaliar o conhecimento, a percepção e a intenção em participar das questões de segurança.	Orientações conforme rotina institucional	GI apresentou melhores escores no conhecimento ($p<0,001$) e na percepção ($p=0,04$) quanto à segurança do paciente. Não houve diferença significativa entre os GI e GC quanto à intenção em participar das questões de segurança ($p=0,478$).

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

A análise dos resultados encontrados revela que os estudos eram internacionais, sendo três produzidos nos Estados Unidos (GREYSEN et al., 2018; PREY et al., 2018; RADECKI et al., 2020), três no Reino Unido (DAVIS et al., 2012; DAVIS et al., 2013; LAWTON et al., 2017), dois na Austrália (CHABOYER et al., 2016, DEAKIN et al., 2020), dois na Coreia do Sul (CHO; LEE, 2021; SHIN et al., 2021), um na Suíça (SCHWAPPACH; FRANK; BUSCHMANN, 2013) e um na China (HUANG; HWANG, 2021). Houve variabilidade quanto ao ano de publicação, sendo que 2016, 2018, 2020 e 2021 tiveram duas publicações cada. As intervenções educativas utilizadas foram orientação verbal ou material escrito (GREYSEN et al., 2018; LAWTON et al., 2017; RADECKI et al., 2020; SCHWAPPACH; FRANK; BUSCHMANN, 2013), recurso tecnológico (vídeos, *e-book*, aplicativo eletrônico) (CHO; LEE, 2021; DAVIS et al., 2012; HUANG; HWANG, 2021; PREY et al., 2018; SHIN et al., 2021) ou ambos (CHABOYER et al., 2016; DAVIS et al., 2013; DEAKIN et al., 2020).

Quatro estudos utilizaram estratégias educativas por meio de orientações verbais (GREYSEN et al., 2018), elaboração de planos de ação em conjunto com paciente (LAWTON et al., 2017; RADECKI et al., 2020) e livretos (SCHWAPPACH; FRANK; BUSCHMANN, 2013). As orientações verbais demonstraram melhor envolvimento do paciente nos seus cuidados (GREYSEN et al., 2018). Os planos de ação elaborados em parceria com os pacientes apresentaram potencial para redução de eventos adversos (LAWTON et al., 2017) e de quedas (RADECKI et al., 2020). A estratégia educativa por meio de livretos favoreceu a percepção do paciente quanto aos comportamentos de segurança e menores experiências com eventos adversos (SCHWAPPACH; FRANK; BUSCHMANN, 2013).

Cinco estudos adotaram aplicativo eletrônico (CHO; LEE, 2021; PREY et al., 2018), *e-book* (HUANG; HWANG, 2021) e vídeos educativos (DAVIS et al., 2012; SHIN et al., 2021) como recursos tecnológicos para implementação de estratégias educativas. O uso do aplicativo eletrônico favoreceu o envolvimento do paciente nos comportamentos seguros (CHO; LEE, 2021) e na prevenção de erros de medicamentos (CHO; LEE, 2021; PREY et al., 2018). O *e-book* melhorou o aprendizado e a cognição de pacientes e familiares com situações da segurança do paciente, prevenção de quedas e de infecções relacionadas à assistência à saúde (HUANG; HWANG, 2021). O vídeo educativo incentivou o paciente a se envolver em comportamentos seguros do cuidado e a identificar situações de alerta para prevenção de eventos adversos (DAVIS et al., 2012), além de promover um impacto positivo na percepção e no conhecimento quanto às práticas seguras relacionadas a quedas, lesões por pressão e prevenção de infecções SHIN et al., 2021).

Três estudos utilizaram combinação de estratégias (poster, folheto e DVD (CHABOYER et al., 2016); folheto e vídeo (DAVIS et al., 2013); poster, folheto e vídeo (DEAKIN et al., 2020) para envolver os pacientes em práticas seguras do cuidado. Dois estudos demonstraram que as estratégias favoreceram a participação do paciente na prevenção de lesão por pressão (CHABOYER et al., 2016; DEAKIN et al., 2020), além de terem contribuído para reduzir tal incidência (CHABOYER et al., 2016). As estratégias educativas melhoraram a percepção do paciente quanto à higienização das mãos e a notificação de erros (DAVIS et al., 2013).

Quanto ao risco de viés dos ensaios clínicos randomizados (CHABOYER et al., 2016; GREYSEN et al., 2018; HUANG; HWANG, 2021; LAWTON et al., 2017; SCHWAPPACH; FRANK; BUSCHMANN, 2013), todos apresentaram baixo risco para o domínio 3 (ausência de dados do desfecho) e pelo menos um domínio classificado como incerto. Já os estudos quase experimentais (CHO; LEE, 2021; DAVIS et al., 2012; DAVIS et al., 2013; DEAKIN et al., 2020; PREY et al., 2018; RADECKI et al., 2020; SHIN et al., 2021) apresentaram baixo risco de viés e apenas dois estudos não apresentaram clareza quanto à mensuração dos resultados (DAVIS et al., 2012; DAVIS et al., 2013).

Considerando a heterogeneidade entre os estudos incluídos nessa revisão, a possibilidade de risco de viés, a avaliação de diferentes intervenções em segmentos distintos da segurança no cuidado e a disparidade dos instrumentos utilizados na mensuração dos desfechos de cada estudo incluído, tornou-se mais difícil eleger estratégias educativas eficazes no envolvimento do paciente nas práticas seguras do cuidado.

Determinar a eficácia de estratégias educativas focadas no envolvimento ativo do paciente no cuidado seguro contribui para reflexão de profissionais de saúde e pesquisadores sobre a utilização de intervenções de ensino que considerem as especificidades do Sistema Único de Saúde, a fim de reduzir a possibilidade de eventos adversos, melhorar a qualidade da assistência e promover a cultura de segurança nas instituições de saúde.

Concluiu-se que as estratégias educativas, tanto as que utilizaram ferramentas de ensino tecnológicas, tradicionais quanto a combinação destas, foram eficazes no envolvimento do paciente para adoção de práticas seguras no cuidado. Sugere-se a realização de estudos experimentais bem delineados, no intuito de fortalecer a qualidade das evidências aqui apresentadas, e de pesquisas futuras que contemplem segmentos específicos da segurança do paciente.

4 JUSTIFICATIVA

Apesar dos avanços relacionados à segurança do paciente, a literatura científica ainda evidencia a ocorrência de eventos adversos dentro dos serviços de saúde, incluindo os voltados para os procedimentos cirúrgicos. Assim, torna-se relevante pensar em estratégias efetivas para promoção de uma cultura de segurança, bem como incentivar a participação do paciente e dos familiares no cuidado seguro. Esta é, inclusive, a recomendação de organizações comprometidas com a temática.

Nesse sentido, as estratégias educativas têm sido utilizadas com intuito de melhorar o conhecimento do paciente quanto às práticas seguras em saúde e estimular o seu envolvimento na segurança do cuidado. Os recursos tecnológicos, como o vídeo educativo, merecem destaque pela efetividade no processo ensino-aprendizagem e bom custo-benefício da sua utilização.

No entanto, poucos estudos testaram o emprego do vídeo educativo como estratégia para melhorar o conhecimento do paciente nas questões de segurança no cuidado (DAVIS et al., 2012; SHIN et al., 2021). Além disso, tais pesquisas foram realizadas no âmbito internacional e não incluíram orientações de práticas seguras no período perioperatório.

Diante do exposto, e dada a incipiência de estudos nacionais, a presente pesquisa busca contribuir com melhores evidências científicas quanto a efetividade do vídeo educativo na melhora do conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no período perioperatório, estimulando o seu envolvimento nas práticas seguras durante a assistência prestada.

Para a enfermagem, a construção de um vídeo educativo válido, confiável e efetivo apresenta relevância por contribuir com o processo de educação em saúde, otimizando o tempo despendido para essa atividade. Ademais, trata-se de um recurso educativo atrativo, capaz de proporcionar uma aprendizagem significativa nos pacientes acerca das práticas seguras no período perioperatório.

Além disso, a oferta de educação em saúde por meio do vídeo educativo poderá beneficiar a prática clínica no momento em que os profissionais realizam orientações aos pacientes sobre as práticas seguras no período perioperatório, estimulando-os a participarem desse processo. Trará também benefícios para a pesquisa por elaborar um produto tecnológico válido que pode ser utilizado em pesquisas futuras e para o ensino, pela capacidade de transmitir informações necessárias, seguindo as recomendações de organizações

comprometidas com a segurança do paciente, de forma dinâmica, interativa capaz de estimular o pensamento crítico, reflexivo e a mudança de comportamento voltado para o envolvimento dos indivíduos no cuidado perioperatório seguro.

5 HIPÓTESES

- O vídeo educativo acerca das práticas seguras no período perioperatório é válido quanto ao conteúdo e à aparência.
- O conhecimento do paciente é maior após a utilização do vídeo educativo.
- O vídeo educativo possui efetividade superior na melhora do conhecimento dos pacientes quando comparado às orientações-padrão, conforme rotina institucional.

6 OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a efetividade da utilização do vídeo educativo no conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no período perioperatório.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Elaborar e validar instrumento de coleta de dados para avaliação do conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no período perioperatório.
- 2) Construir vídeo educativo acerca das práticas seguras no período perioperatório.
- 3) Validar o conteúdo e a aparência do vídeo educativo com *experts* da área acerca das práticas seguras no período perioperatório.
- 4) Caracterizar os pacientes no período perioperatório segundo os dados sociodemográficos e clínicos.
- 5) Comparar intragrupo o conhecimento dos pacientes antes e após a utilização do vídeo.
- 6) Comparar entre grupos o conhecimento dos pacientes que receberam orientações por meio do vídeo educativo, acerca das práticas seguras no perioperatório, com o conhecimento dos pacientes que receberam orientações conforme rotina institucional.
- 7) Analisar o ganho de conhecimento do paciente em cada questão do instrumento de coleta de dados, antes e após a intervenção.

7 MÉTODO

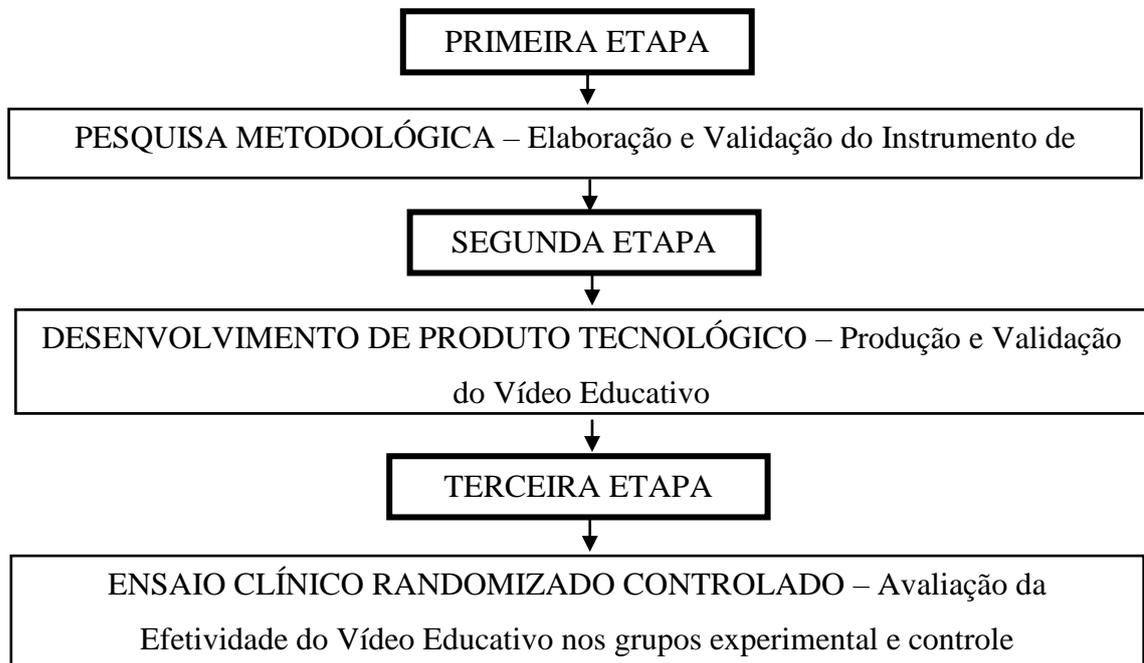
7.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo multimétodos, que foi dividido em três etapas. A primeira constituiu-se de uma pesquisa metodológica para elaboração e validação do instrumento de coleta de dados, que avalia o conhecimento de pacientes acerca das práticas seguras no período perioperatório. As pesquisas metodológicas incluem a investigação, organização e análise de dados para construção, avaliação e validação de instrumentos, ferramentas e materiais, com intuito de melhorar a validade e confiabilidade do atributo de interesse (POLIT; BECK, 2011).

A segunda incluiu o desenvolvimento de um produto tecnológico, por meio da produção e validação do vídeo educativo. A construção de um vídeo deve compreender três fases: pré-produção, que consiste, principalmente, na elaboração do roteiro e *storyboard*; produção, na qual será realizada a construção do vídeo educativo; e a fase de pós-produção, em que o vídeo poderá sofrer edições para adequação às sugestões pertinentes, bem como à sequência de imagens e sons (KINDEM; MUSBERGUER, 2009).

A última etapa contemplou um ensaio clínico randomizado controlado, com mascaramento duplo, para avaliação da efetividade desse produto tecnológico no aumento do conhecimento de pacientes acerca das práticas seguras, no período perioperatório. Esse delineamento é utilizado em estudos que avaliam a efetividade de uma intervenção, para aumentar ou reduzir determinado sintoma ou condição, direcionada a participantes que são distribuídos aleatoriamente entre um grupo experimental (que recebem a intervenção) comparado a um grupo-controle (que recebem a intervenção comparativa ou padrão) (POLIT; BECK, 2011). A figura 2, a seguir, demonstra a sequência dessas etapas.

Figura 2. Sequência das etapas da pesquisa. Uberaba-MG, Brasil, 2022.



O percurso de cada etapa do estudo foi pormenorizado a seguir para melhor compreensão do delineamento utilizado.

7.2 ETAPAS DO ESTUDO

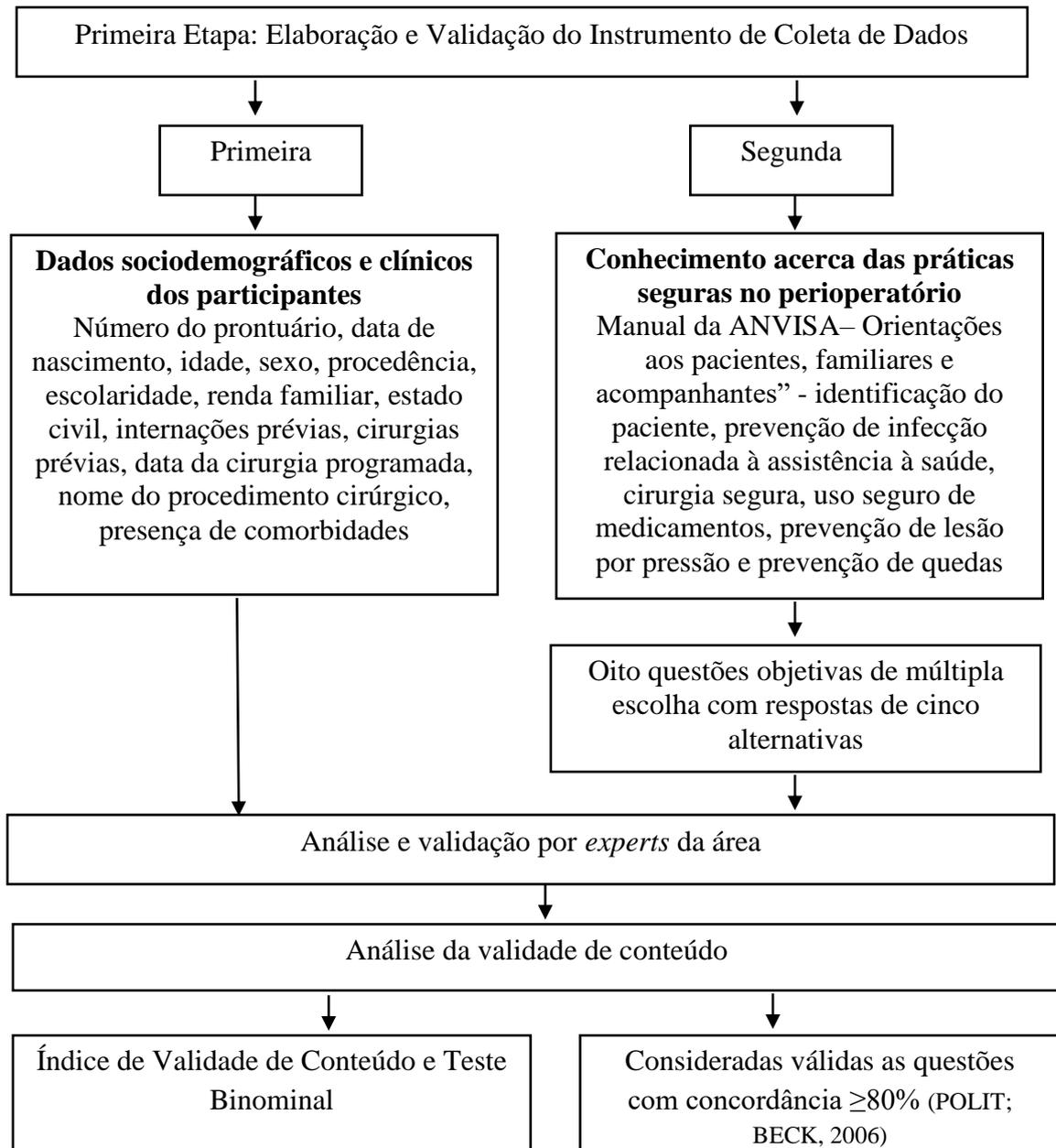
7.2.1 Primeira Etapa – Elaboração e Validação do Instrumento de Coleta de dados

A primeira etapa desta pesquisa constituiu-se da elaboração e validação do instrumento de coleta de dados, uma vez que a definição do conteúdo utilizado neste instrumento e validado pelos *experts* subsidiou a construção do conteúdo do vídeo educativo, inclusive na escolha das imagens e dos desenhos utilizados. Ressalta-se que os mesmos *experts* participaram da validação do conteúdo do instrumento de coleta de dados e do vídeo educativo.

Para a construção de instrumentos de medida na área da saúde, é necessário definir, primeiramente, a estrutura conceitual, elaborar os objetivos, determinar a população a ser estudada para, posteriormente, construir o instrumento, selecionando e organizando os itens e a escala de resposta. Por fim, estrutura-se o instrumento que será encaminhado à análise de

experts para a validação de conteúdo do material elaborado (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2016). A figura 3, a seguir, descreve o fluxo percorrido nesta primeira etapa do estudo.

Figura 3. Primeira etapa: elaboração e validação do instrumento de coleta de dados. Uberaba-MG, Brasil, 2022.



Conforme recomendações para construção de instrumentos de medidas na área da saúde, primeiramente, foi definida a estrutura conceitual do instrumento de coleta de dados conforme as recomendações do Manual da ANVISA “Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? – Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes (BRASIL, 2017b). Tal manual contempla as seguintes as dimensões: identificação do paciente,

prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde, higiene das mãos, cirurgia segura, uso seguro de medicamentos, prevenção de lesão por pressão e prevenção de quedas.

O objetivo desse instrumento foi coletar informações sociodemográficas e clínicas dos pacientes e avaliar o conhecimento que possuíam quanto às práticas seguras no período perioperatório. Desse modo, foi possível caracterizar os participantes da pesquisa, bem como verificar se o vídeo educativo foi capaz de aumentar o conhecimento do paciente sobre a sua segurança no período perioperatório.

Assim, o instrumento de coleta de dados foi dividido em duas partes. A primeira refere-se a características sociodemográficas e clínicas dos pacientes, tais como: número do prontuário, sexo, data de nascimento, idade (em anos completos), procedência, escolaridade, renda familiar, internações prévias, cirurgias prévias, provável data da cirurgia programada, nome do procedimento cirúrgico e presença de comorbidades. Já na segunda foram elaboradas questões objetivas de múltipla escolha, que contemplam a temática das práticas seguras no período perioperatório. Foram definidas oito questões: duas relacionadas à identificação do paciente, duas sobre prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde, uma sobre cirurgia segura, uma contemplando o uso seguro de medicamentos, uma relacionada à prevenção de lesão por pressão e outra sobre a prevenção de quedas. O quantitativo de questões se deu pela quantidade de conteúdo abordado nas recomendações do Manual da ANVISA, ou seja, o Manual aborda seis temas referentes ao período perioperatório, os temas relacionados à identificação do paciente e a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde apresentavam orientações mais densas necessitando de mais de uma questão para cada temática.

Para cada questão, elaboraram-se cinco alternativas de respostas com apenas uma correta. Dessas, foi incluída uma alternativa “não sei”, caso o participante não soubesse qual a resposta correta da questão. Destaca-se que, para o cálculo e análise, cada questão foi recodificada com respostas do tipo “certo ou errado”.

Uma das vantagens desse tipo de questões, de múltipla escolha, é que são consideradas de fácil aplicação e correção, além de fornecerem medidas objetivas de desempenho e permitirem a elaboração de diversos conteúdos a serem tratados (FILATRO; CAIRO, 2015).

Ademais, a construção das questões objetivas de múltipla escolha seguiu um conjunto de regras práticas propostas para preservar a qualidade quanto à forma e ao conteúdo das questões elaboradas (BOLLELA; BORGES; TRONCON, 2018; FILATRO; CAIRO, 2015):

- 1) Cada questão focou em conceitos guiados pelo objetivo principal da aprendizagem (práticas seguras no perioperatório), priorizando fatos habitualmente encontrados na vida real e evitando questões muito complexas.
- 2) Cada questão do instrumento avaliou a aplicação do conhecimento e não apenas lembranças de fatos isolados.
- 3) Os enunciados foram elaborados com frases mais longas comparadas ao conjunto de alternativas, em linguagem clara, concisa e que contextualizasse o problema abordado.
- 4) A construção dos enunciados definiu uma situação concreta e, ao final, continha uma questão clara a ser respondida, sendo coerente com as alternativas.
- 5) As questões que continham distratores foram homogêneas e acompanharam a alternativa correta; além disso, foram coerentes com o enunciado e a pergunta da questão.
- 6) Evitou-se utilizar siglas, linguagem informal e/ou dados ambíguos na construção dos enunciados e das alternativas;
- 7) A construção das cinco alternativas seguiu o padrão de apenas uma estar correta, contudo, as demais estavam relacionadas a possíveis raciocínios para a situação. Dessa forma, o acerto não estava vinculado à eliminação lógica das outras alternativas, por apresentar discrepâncias com a situação apresentada.

Após a construção do instrumento de coleta de dados e a estruturação do material, este foi encaminhado para análise e validação de *experts*. Na literatura, não há consenso quanto ao número de *experts* selecionados para a avaliação. Segundo Lynn (1986), recomenda-se um mínimo de cinco e um máximo de dez pessoas participando desse processo. Outros autores sugerem entre seis a vinte (HAYNES; RICHARD; KUBANY, 1995) ou, ainda, no mínimo três *experts* para participar da validação (PASQUALLI, 2010). No presente estudo, o número de *experts* participantes do processo de validação manteve-se em consonância com as recomendações dos autores mencionados.

Quanto à seleção dos profissionais, deve-se considerar a experiência e a qualificação, com destaque para publicações e pesquisas sobre a temática; ser perito na estrutura conceitual envolvida; e ter experiência clínica no assunto de interesse (DAVIS, 1992; GRANT; DAVIS, 1997; LYNN, 1986). Diante disso, utilizou-se uma adaptação dos critérios de Fehring (1994), que orientam um cálculo de score, estabelecendo uma pontuação mínima de cinco pontos para a seleção dos *experts* na área, conforme quadro 5.

Quadro 5. Critérios adaptados de Fehring (1994) para seleção dos experts para validação do instrumento de coleta de dados. Uberaba-MG, Brasil, 2022.

Critérios	Pontuação
Titulação de doutor com tese na área de interesse do estudo*	4
Titulação de Doutor	3
Titulação de mestre com dissertação na área de interesse do estudo*	3
Titulação de mestre	2
Publicação de artigo em periódico de referência na área de interesse do estudo*	2
Experiência profissional (clínica, de ensino ou de pesquisa) de, no mínimo dois anos na área de interesse do estudo*	2

*Área de interesse do estudo: práticas seguras no perioperatório.

Optou-se em utilizar os critérios de Fehring na busca dos *experts*, por estes critérios considerarem diferentes dimensões dos profissionais tais como a titulação, a publicação de artigos na área de interesse do estudo e a experiência do profissional em relação à temática.

Para captação desses *experts*, fez-se a busca dos currículos disponibilizados na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a partir da seguinte estratégia de busca: no campo “modo de busca” foi selecionado “assunto (título ou palavra-chave da produção)” com a pesquisa dos assuntos “práticas seguras no período perioperatório”; “segurança do paciente”, “segurança cirúrgica”, “envolvimento do paciente na assistência à saúde” e “cuidado centrado no paciente”. Nas bases, foram selecionados os campos “Doutores e Demais pesquisadores”, com nacionalidade brasileira ou estrangeira. Os filtros utilizados foram “Atuação Profissional”, sendo selecionadas “Grande Área” – “Ciências da Saúde” e “Área” – “Enfermagem”.

A partir dos critérios citados e da busca na Plataforma Lattes do CNPq, foram selecionados 21 *experts*. Dessa forma, foi enviada, por e-mail, uma carta-convite aos 21 *experts*, para a participação na pesquisa (APÊNDICE A). A carta apresentava o motivo do profissional ter sido escolhido como *expert*, o objetivo do estudo e informações sobre o material a ser avaliado, bem como a importância dessa avaliação para obtenção de um instrumento de coleta de dados válido para uso junto aos pacientes no período perioperatório. No e-mail, foi disponibilizado um link de acesso ao formulário eletrônico, construído por meio do *Google Forms*, contendo: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), que deveria ser assinado, caso houvesse concordância em participar do

estudo, e o instrumento de coleta de dados (referente ao questionário de avaliação do conhecimento do paciente) para ser avaliado.

Cada questão do instrumento foi avaliada individualmente quanto à clareza de linguagem, que considera a linguagem utilizada nas questões, tendo em vista as características da população correspondente; à pertinência prática, que analisa se a questão possui importância para o instrumento; e à relevância teórica, que considera a associação entre a questão elaborada e o conteúdo proposto (PASQUALLI, 2010).

Avaliou-se cada questão por meio de uma escala tipo *Likert*, em que os *experts* puderam julgar como: discordo totalmente; discordo parcialmente; concordo; concordo parcialmente e concordo totalmente. Além disso, disponibilizou-se um espaço para acréscimo de sugestões ou críticas pertinentes. Ressalta-se que dos 21 *experts* aos quais foi enviada a carta-convite, nove aceitaram participar da avaliação do instrumento de coleta de dados.

Após, verificou-se a validade de conteúdo do instrumento utilizando-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada questão (POLIT; BECK, 2011; ALEXANDRE; COLUCI, 2011), com objetivo de verificar a proporção de concordância dos *experts* acerca do conteúdo do roteiro do vídeo educativo.

O cálculo do IVC ocorreu da seguinte forma:

Item-level Content Validity Index (I-CVI): foi calculado para cada item, por se tratar da proporção de *experts* que manifestaram concordância acerca de determinado item. Seu cálculo é por meio da quantidade de *experts* que concordarem, dividido pela quantidade total de *experts* (POLIT; BECK, 2011; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Além disso, realizou-se o Teste Binomial para determinar se cada item foi estatisticamente significativo, considerando o valor estabelecido. Segundo autores, o item só é considerado válido se a proporção de concordância dos *experts* for igual ou superior a 80% (POLIT; BECK, 2006).

As questões que apresentaram críticas ou sugestões foram reformuladas e enviadas novamente para validação até obtenção da versão final do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE C).

O processo de validação do instrumento ocorreu entre os meses de abril e agosto de 2020, e os achados dessa validação estão descritos nos resultados da primeira etapa da pesquisa: validação do instrumento de coleta de dados para a avaliação do conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no período perioperatório.

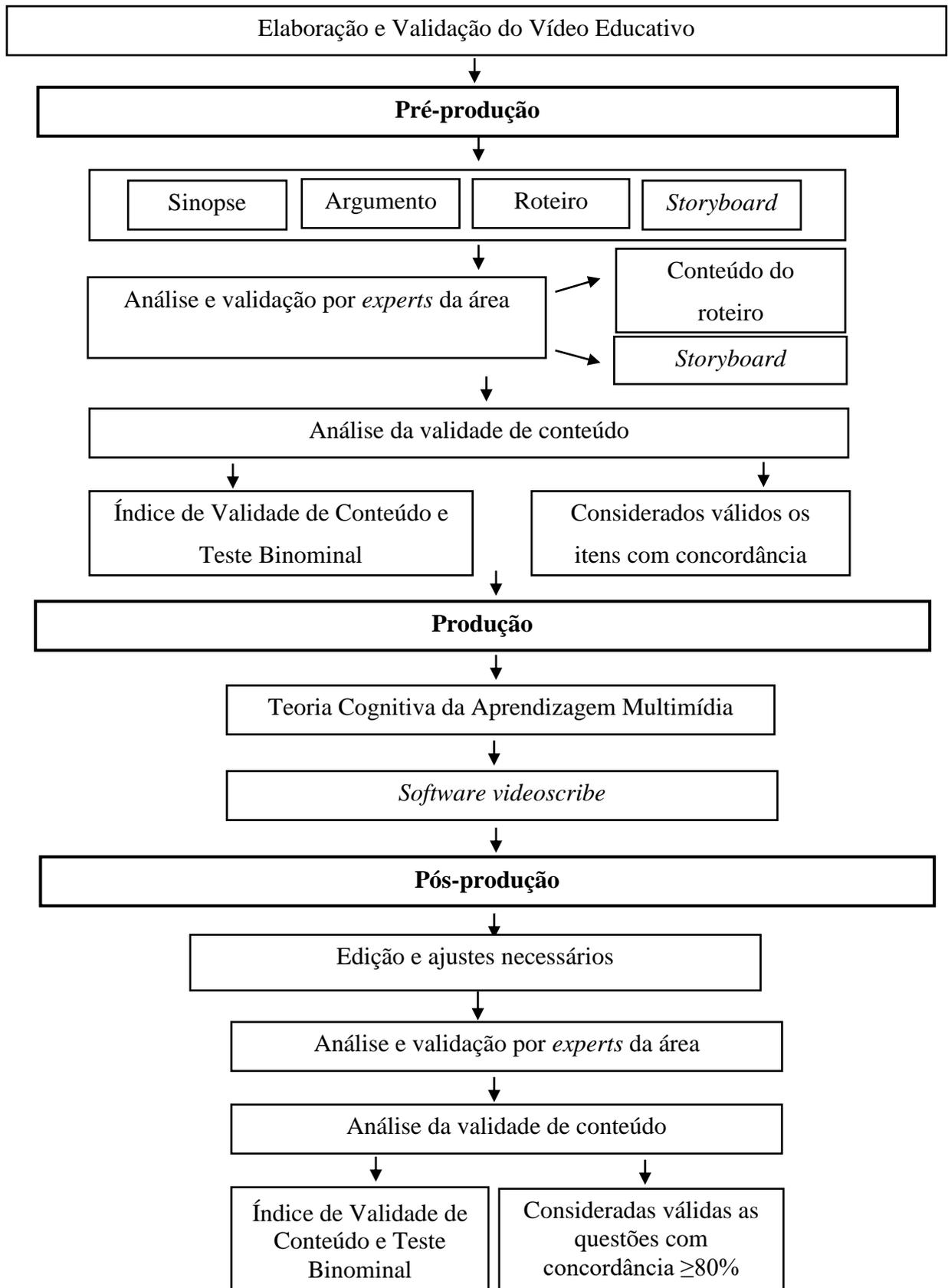
7.2.2 Segunda Etapa – Desenvolvimento de Produto Tecnológico: Produção e Validação do Vídeo Educativo

Após a elaboração e validação do instrumento de coleta de dados foi necessário iniciar a produção e validação do vídeo educativo utilizado na intervenção dos participantes da pesquisa.

Segundo a literatura, a construção de um vídeo deve compreender três fases: pré-produção, que consiste, principalmente, na elaboração do roteiro e *storyboard*; produção, na qual será realizada a construção do vídeo educativo; e a fase de pós-produção, em que o vídeo poderá sofrer edições para adequação às sugestões pertinentes, bem como à sequência de imagens e sons (KINDEM; MUSBERGUER, 2009).

Para melhor visualização e compreensão da segunda etapa do estudo, elaborou-se a figura 4, a seguir, que apresenta o fluxo metodológico utilizado na produção e validação do vídeo educativo.

Figura 4. Fluxo metodológico percorrido para produção e validação do vídeo educativo. Uberaba-MG, Brasil, 2022.



A) Pré-produção

Iniciou-se a produção do vídeo educativo por meio da primeira fase, a de pré-produção, que pode ser entendida como o planejamento e a preparação do vídeo que será executado, compreendendo desde a idealização do projeto até a construção das cenas ou filmagens. Esta etapa se subdivide em quatro: sinopse, argumento, roteiro e *storyboard* (FILATRO; CAIRO, 2015; KINDEN; MUSBURGER, 2009).

O primeiro item, a sinopse, é considerado um resumo do vídeo e apresenta a descrição de como ocorrerá a história e a forma como os fatos serão apresentados (FILATRO; CAIRO, 2015; KINDEN; MUSBURGER, 2009).

O vídeo educativo aborda as práticas seguras no período perioperatório para pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. É construído a partir de seis domínios: identificação do paciente, prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, cirurgia segura, uso seguro de medicamentos, prevenção de lesão por pressão e prevenção de quedas, com base no manual “Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? – Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes” (BRASIL, 2017b).

O objetivo deste vídeo é apresentar orientações quanto às formas como o paciente, acompanhante e/ou visitante podem contribuir para redução de eventos adversos no período perioperatório e auxiliar os gestores e profissionais da saúde a alcançar a assistência livre de danos.

O segundo item, o argumento, descreve mais detalhadamente o que acontecerá no vídeo, como e por que isso ocorrerá, como será a narrativa, quais serão as características do vídeo, dos personagens e do cenário escolhido (FILATRO; CAIRO, 2015; KINDEN; MUSBURGER, 2009).

Na presente pesquisa, o argumento foi construído da seguinte maneira: o vídeo educativo consistiu de uma animação gravada com personagens animados no ambiente hospitalar. Inicialmente, o personagem encontra-se em uma sala de recepção hospitalar, representando a sua entrada no serviço de saúde; então, o narrador apresenta o tema explicando o que são eventos adversos e estimula a participação do paciente na prevenção de erros e no alcance de um cuidado mais seguro. Posteriormente, ainda na recepção hospitalar, o narrador apresenta quando e como ocorre a identificação correta do paciente e discorre sobre algumas orientações acerca do uso da pulseira de identificação. No personagem, é colocada a pulseira de identificação, ao mesmo tempo em que utilizados artifícios como setas e balões para chamar a atenção do ouvinte quanto às informações que estão sendo passadas.

No próximo assunto, infecções relacionadas à assistência à saúde, o personagem encontra-se em uma sala operatória e está rodeado de microrganismos. Em seguida, são utilizadas imagens de mãos sendo higienizadas com água e sabonete e preparação alcoólica para demonstrar a importância da lavagem das mãos. Nesse tópico, também é abordado o tema “precaução de contato” e, para isso, o personagem encontra-se deitado em leito hospitalar sob os cuidados de profissionais de saúde que estão utilizando aventais descartáveis, gorro e luvas, com o objetivo de demonstrar os equipamentos de proteção individual que devem ser utilizados quando o paciente estiver em situação de “precaução de contato” para evitar as infecções cruzadas. Em seguida, para abordar a temática de cirurgia segura, o personagem encontra-se na recepção do ambiente hospitalar, conversando com um profissional de saúde, e o narrador menciona informações importantes a serem repassadas para equipe, tais como presença de alergias, cirurgias anteriores, comorbidades prévias, entre outras. Além disso, o ouvinte é orientado sobre a necessidade de assinatura do termo de consentimento e os cuidados pré-operatórios. Na cena seguinte, o personagem encontra-se em um ambiente cirúrgico e, com uso de balões informativos e imagens associadas, são fornecidas orientações pós-operatórias.

Posteriormente, aborda-se a temática do uso seguro de medicamentos. O personagem está próximo do hospital e são utilizadas imagens referentes a medicamentos; o narrador orienta cuidados quanto ao uso e administração segura de medicações. Na cena seguinte, sobre prevenção de lesões por pressão, o personagem está deitado em um leito hospitalar e a cada orientação narrada são apresentadas imagens relacionadas, como o uso de apoios para evitar a pressão dos segmentos corporais, utilização de hidratante para pele, entre outros.

Por último, quando é abordada a prevenção de quedas, as imagens aparecem conforme o narrador comenta os fatores que aumentam o risco de quedas e as medidas utilizadas para preveni-las. O vídeo encerra-se com o personagem ao lado dos profissionais de saúde felizes e animados com a contribuição do paciente para um cuidado seguro.

Após a construção da sinopse e do argumento, elaborou-se o roteiro, terceiro item da etapa de pré-produção. O roteiro é considerado um guia para a equipe responsável pela produção do vídeo, por detalhar todas as cenas que serão gravadas (FILATRO; CAIRO, 2015; KINDEN; MUSBURGER, 2009).

Ressalta-se que todas as etapas de construção do roteiro foram conduzidas com suporte teórico baseado nas recomendações do Manual da ANVISA “Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? – Orientações aos pacientes, familiares e

acompanhantes” (BRASIL, 2017b). Tal conteúdo versou sobre orientações acerca das práticas seguras no período perioperatório e de que forma o paciente pode contribuir para um atendimento mais seguro, bem como auxiliar na prevenção de erros nos serviços de saúde.

Optou-se pela elaboração de um roteiro com uso de linguagem própria, clara objetiva e acessível ao público-alvo. O roteiro foi dividido em oito cenas: apresentação ao tema; identificação do paciente; prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde; uso seguro de medicamentos; cirurgia segura; prevenção de lesão por pressão; prevenção de quedas; e encerramento do vídeo.

A última fase de pré-produção incluiu o desenvolvimento do *storyboard*, que tem o objetivo de apresentar o roteiro gráfico e os desenhos sequenciais, facilitando a visualização do *layout* do vídeo e oferecendo suporte para sua criação. O *storyboard* descreve cenas e imagens que serão utilizadas no vídeo, além de fornecer detalhamentos referentes ao áudio, como a narração, efeitos de som ou músicas (FILATRO; CAIRO, 2015; KINDEN; MUSBURGER, 2009).

Na presente pesquisa, optou-se por elaborar o *storyboard* utilizando-se uma sequência de imagens, figuras ou ilustrações adaptadas ao roteiro do vídeo. Assim, para cada cena do roteiro foi sugerida uma ilustração correspondente à narração. Por exemplo: na segunda cena, em que foi abordada a identificação do paciente, quando o narrador diz: “...ela é realizada por meio de uma pulseira que é colocada, geralmente, no seu pulso.”, foi sugerido, como imagem no *storyboard*, um personagem utilizando uma pulseira de identificação e setas auxiliares chamando a atenção para o pulso do personagem.

Contudo, era de conhecimento da pesquisadora que a sequência de imagens e ilustrações que seriam utilizadas dependeria do contexto em que as cenas seriam produzidas e da escolha do programa utilizado para produzir o vídeo e/ou do banco de imagens disponível oferecido pelo *software* a ser utilizado na etapa de produção.

Após a construção do roteiro e do *storyboard* do vídeo educativo, esses foram submetidos à validação por *experts* da área, sendo o roteiro por *experts* na temática “práticas seguras no perioperatório”, para avaliação do conteúdo, e o *storyboard* por *experts* com expertise em comunicação visual, para análise técnica.

Ressalta-se que as etapas de validade de conteúdo do roteiro e do *storyboard* são fundamentais para verificar se cada elemento do material é relevante e representativo para o fenômeno do estudo (PASQUALI, 2010). O processo de validação do roteiro e do *storyboard* ocorreu entre os meses de novembro de 2020 e março de 2021.

Com objetivo de assegurar a continuidade e a consistência do processo de validação do conteúdo, o roteiro do vídeo educativo foi submetido à análise e avaliação dos mesmos nove *experts* que participaram da primeira etapa do estudo (a validação do instrumento de coleta de dados). Ressalta-se que não houve perdas de *experts* de um momento para o outro, ou seja, os nove *experts* que avaliaram o instrumento de coleta de dados também avaliaram o conteúdo do roteiro do vídeo educativo.

Assim, foi enviado, eletronicamente, um convite para a participação na pesquisa (APÊNDICE D); no e-mail foi disponibilizado um link de acesso ao formulário eletrônico, construído por meio do *Google Forms*, contendo TCLE (APÊNDICE E), o roteiro do vídeo educativo para ser avaliado e o Instrumento de Validação de Conteúdo Educacional (IVCE), construído e validado por Leite et al. (2018) (ANEXO 1). Esse instrumento é composto por 18 questões que contemplam tópicos sobre o objetivo, estrutura, apresentação e relevância do conteúdo proposto.

Para cada questão do IVCE, os *experts* puderam julgar os seis domínios do roteiro (identificação do paciente; prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde; cirurgia segura; uso seguro de medicamentos, prevenção de lesão por pressão e prevenção de quedas), mediante uma escala tipo *likert* contendo as opções: discordo totalmente; discordo parcialmente; concordo; concordo parcialmente; concordo totalmente. Foi destinado, também, um espaço para registro de sugestões, críticas ou informações que julgassem necessárias.

Após a avaliação dos nove *experts*, iniciou-se a validade de conteúdo do roteiro. A avaliação dessa etapa foi realizada por meio do cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (I-CVI) para cada item analisado, bem como pela determinação do teste binominal, considerando estatisticamente significativos valores igual ou maiores a 0,80 (POLIT; BECK, 2011; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Os achados da validação do conteúdo do roteiro do vídeo educativo estão descritos nos resultados da segunda etapa - pré-produção: validação do conteúdo do roteiro e do *storyboard* do vídeo educativo.

A versão final do conteúdo do roteiro do vídeo educativo elaborado no estudo encontra-se no Apêndice F.

Após a validação do roteiro do vídeo, o *storyboard* foi submetido à análise a avaliação dos aspectos técnicos por *experts* da comunicação visual.

Para a seleção desses profissionais também foi utilizada uma adaptação dos critérios de Fehring (1994), conforme quadro 6.

Quadro 6. Critérios adaptados de Fehring (1994), para seleção dos experts da comunicação visual para validação técnica. Uberaba-MG, Brasil, 2022.

Critérios	Pontuação
Titulação de doutor com tese na área de produção audiovisual	4
Titulação de Doutor na área de comunicação visual	3
Titulação de mestre com dissertação na área de produção audiovisual	3
Titulação de mestre na área de comunicação visual	2
Publicação de artigo em periódico de referência na área de produção de vídeos/ produção audiovisual	2
Experiência profissional na produção de vídeos de, no mínimo dois anos	2

Dessa forma, a captação dos *experts*, em comunicação visual, também foi realizada por meio da busca dos currículos disponibilizados na Plataforma Lattes do CNPq. No campo “modo de busca”, o assunto pesquisado foi “produção audiovisual” e, nas bases, foram selecionados os campos “Doutores e Demais pesquisadores” com nacionalidade brasileira ou estrangeira. Os filtros utilizados foram “Atuação profissional” contemplando as áreas Ciências Sociais Aplicadas/Comunicação e Comunicação Visual.

Foram selecionados cinco *experts* que atenderam aos critérios mencionados acima e que obtiveram escore mínimo de cinco pontos nos critérios adaptados de Fehring.

Após, foi enviada por e-mail uma carta-convite (APÊNDICE D), aos cinco *experts*, esclarecendo os objetivos do estudo e apresentando informações sobre o material a ser avaliado. No e-mail, também foi disponibilizado um link de acesso ao formulário eletrônico, construído por meio do *Google Forms*, contendo: o TCLE (APÊNDICE E) e o *storyboard* do vídeo educativo para avaliação, por meio do Questionário de Avaliação de Tecnologia Assistiva, construído e validado por Guimarães (2014) (ANEXO 2). Este questionário é composto por 14 questões que avaliam a interatividade, os objetivos, a relevância, a eficácia e a clareza do *storyboard* proposto para produção do vídeo educativo. Para cada questão os *experts* puderam julgar como: Discordo totalmente; Discordo parcialmente; Concordo; Concordo parcialmente; Concordo totalmente. Havia também espaço para que o profissional pudesse registrar seus comentários, críticas ou sugestões positivas ou negativas relacionadas a cada item avaliado. Ressalta-se que dos cinco *experts* aos quais foi enviada a carta-convite, três aceitaram participar dessa etapa de validação do *storyboard*.

Foram consideradas válidas as questões cujo *Item-level Content Validity Index* (I-CVI) e o teste binominal apontaram proporção de concordância dos *experts* igual ou superior a 80% (POLIT; BECK, 2006).

Os achados da validação do *storyboard* também se encontram nos resultados da segunda etapa - pré-produção: validação do conteúdo do roteiro e do *storyboard* do vídeo educativo. A versão final do *storyboard* está disponível no Apêndice F.

B) Produção

Após a validação do roteiro e do *storyboard* pelos *experts*, iniciou-se a etapa de produção do vídeo educativo, que consistiu em operacionalizar o roteiro e o *storyboard* por meio da gravação das cenas utilizando insumos que favorecessem a comunicação (FILATRO; CAIRO, 2015).

Para a produção do vídeo educativo e considerando a população do estudo, optou-se pela utilização de animações gráficas para representar os fatos narrados no roteiro e viabilizar a proposta do *storyboard*.

As animações gráficas são consideradas uma representação visual por meio de uma sequência de imagens escolhidas para ilustrar objetos, cenários, personagens, entre outros. Elas oferecem uma importante ferramenta pedagógica pela capacidade de modelar a narração de fatos e de ilustrar a explicação de procedimentos e informações (FILATRO; CAIRO, 2015). Além disso, instigam a criatividade e podem sensibilizar o receptor com a mensagem que se deseja transmitir, demandando menores custos financeiros, humanos e materiais; podem ainda ser associadas a outros recursos, como textos e efeitos sonoros (AMERICO, 2010; PENTEADO, 2011).

Dessa forma, a produção do vídeo foi operacionalizada utilizando-se o *software Videoscribe®*, da *Sparkol Company*, versão PRO. Esse programa, também conhecido como “animação de quadro branco”, permite a criação de vídeos com funções de inclusão animada de texto e imagens, além de inserção de música ou narração. Existe a possibilidade da criação dos vídeos com as próprias imagens disponíveis na biblioteca do programa ou por meio da importação de imagens externas provenientes de outros domínios (SPARKOL, 2019).

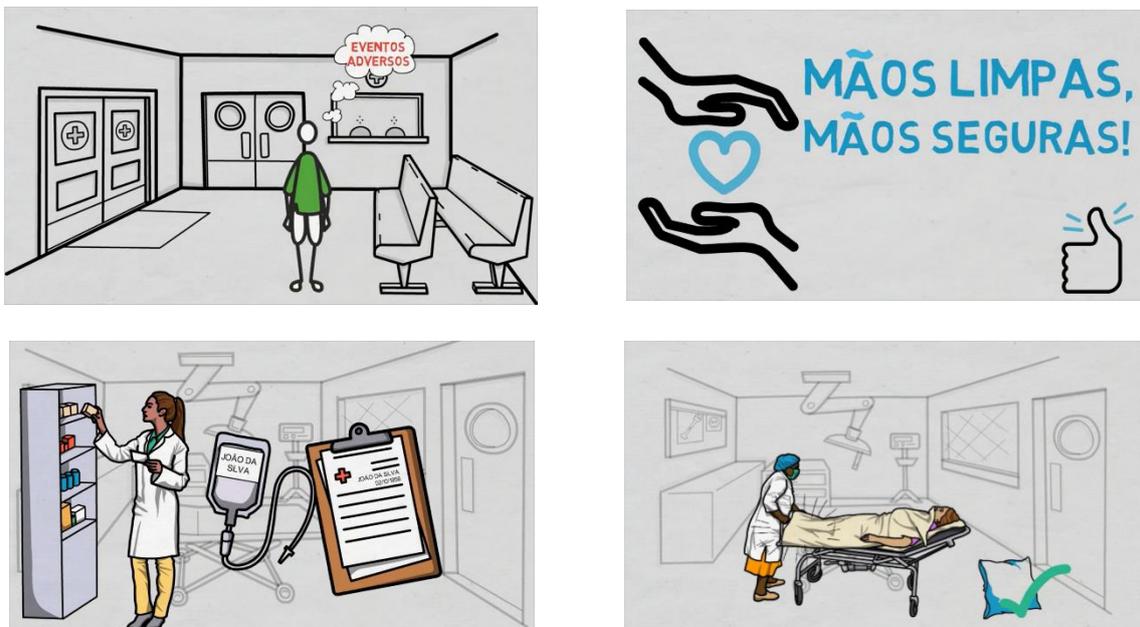
Embora o software possa ser utilizado de forma gratuita, optou-se por adquirir a licença, com recursos próprios da pesquisadora, durante quatro meses (janeiro a abril de 2022), para obter maior acesso às ferramentas disponibilizadas pelo programa (ANEXO 3).

O desenvolvimento da sequência de imagens teve auxílio de um profissional com domínio na utilização do *software Videoscribe®*, o qual é lotado na Unidade de e-Saúde da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC/UFTM) que fornece apoio técnico por meio da utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde com vistas à produção e assessoramento na gravação, edição e hospedagem de conteúdos audiovisuais educativos.

Além disso, a sequência de imagens foi produzida de acordo com o roteiro e *storyboard* previamente validados e objetivou a construção de uma identidade visual que se relacionava com a temática proposta: práticas seguras no período perioperatório. Dessa forma, conforme a disponibilidade do banco de imagens do *software*, foram selecionados ilustrações, cenários e personagens voltados ao ambiente hospitalar, além de materiais médico-cirúrgicos, profissionais de saúde e pacientes. Também foram utilizados textos auxiliares, balões, setas e recursos ilustrativos coerentes com a narração do roteiro.

A figura 5, a seguir, demonstra algumas imagens disponibilizadas pelo programa, que foram selecionadas e utilizadas na produção do vídeo.

Figura 5. Exemplo de imagens utilizadas na produção do vídeo, disponibilizadas pelo programa Videoscribe®. Uberaba-MG, Brasil, 2022.



Fonte: Imagens do acervo de desenhos do *software Videoscribe®*.

Contudo, como nem todas as imagens descritas no *storyboard* estavam disponíveis no acervo de desenhos do programa, alguns desenhos precisaram ser readaptados, conforme disponibilidade da biblioteca de imagens do *software*, sem prejuízos na execução do *storyboard*.

Na segunda parte do roteiro, concernente à prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, há um momento em que o narrador descreve os passos para realizar a higienização das mãos. Essa técnica é simples, rápida e fundamental na prevenção de infecções. Porém, como o banco de imagens do *software* não contemplava todas as imagens necessárias para narrar os passos da higienização das mãos, optou-se por inserir um vídeo disponibilizado de forma gratuita pelo Ministério da Saúde, amplamente divulgado nas plataformas de vídeo, como o *YouTube*® e no próprio site do Ministério da Saúde, intitulado: “Dicas de saúde: você sabe lavar as mãos corretamente?”, disponível em: <http://saúde.gov.br>. O vídeo utiliza imagens animadas e aborda, de forma simples, objetiva e com linguagem acessível, cinco passos para a higienização das mãos com água, sabonete e preparação alcoólica. Ressalta-se que o vídeo do Ministério da Saúde foi referenciado durante toda a sua transmissão no vídeo educativo.

A narração do roteiro do vídeo foi realizada por meio de uma locução informativa leve, gravada em ambiente silencioso pela própria pesquisadora utilizando um gravador de voz para esse fim, tal como prevê o primeiro princípio da TCAM, o da coerência. Após, o áudio foi convertido no formato mp4. e exportado para o *software Videoscribe*®, sendo realizados os ajustes necessários para sincronização com as imagens gráficas.

Destaca-se que a presente pesquisa contou com auxílio de profissionais com domínio e experiência relevantes em produção audiovisual pertencentes ao programa de Telessaúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, vinculados à Gerência de Ensino e Pesquisa, e que a pesquisadora participou de todos os momentos da produção do vídeo. Os achados da construção do vídeo educativo encontram-se descritos nos resultados da segunda etapa - produção: construção do vídeo educativo acerca das práticas seguras no período perioperatório.

A produção do vídeo educativo foi baseada no referencial teórico da TCAM, que contempla 12 princípios. Esse referencial foi escolhido por orientar a utilização de recursos multimídias no processo educativo e defender a utilização de imagens e vídeos como recurso pedagógico (MAYER, 2005).

O quadro 7, a seguir, demonstra de que forma os princípios dessa teoria foram aplicados para produção do vídeo educativo da presente pesquisa.

Quadro 7. Princípios da TCAM e sua aplicabilidade no vídeo educativo. Uberaba-MG, Brasil, 2022.

Princípios do referencial teórico	Aplicabilidade da TCAM no vídeo educativo
1) Coerência: suprimir palavras, imagens, sons estranhos/ dispensáveis.	Utilização de gravador de voz em ambiente com ausência de ruídos.
2) Sinalização: sinais que demonstram organização.	Presença de slide de apresentação para cada tema abordado, para melhor entendimento do paciente quanto à troca dos temas.
3) Contiguidade espacial: palavras e imagens correspondentes estarem próximas.	Emprego de palavras auxiliares para designar imagens/destacar a ilustração/fonte de apoio ao desenho.
4) Redundância: optar por utilizar animação + narração em vez de animação + narração + texto).	Optou-se por utilizar animação e narração.
5) Contiguidade temporal: palavras e imagens correspondentes apresentadas simultaneamente.	Utilização de palavras para designar imagens no momento em que são apresentadas no vídeo.
6) Segmentação: informações apresentadas em blocos e não de forma contínua.	O vídeo foi dividido em seis temas: identificação do paciente; prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde; cirurgia segura; uso seguro de medicamentos; prevenção de lesão por pressão; e prevenção de quedas. Cada tema foi apresentado em bloco.
7) Pré-treinamento: apresentação geral do tema, antes de entrar nos assuntos específicos.	Foi realizada uma apresentação geral do vídeo e, antes de cada assunto, uma breve introdução.
8) Modalidade: utilizar animação + narração no lugar de animação e texto escrito.	Utilização de animação e narração.
9) Personalização: utilizar palavras acessíveis ao espectador em vez de terminologia formal.	Emprego de linguagem acessível e de fácil entendimento pelo público-alvo.
10) Voz: utilizar narração com voz humana em vez de robôs computadorizados.	Narração realizada pela própria pesquisadora.
11) Imagem: a imagem do orador não é imprescindível.	Optou-se por não utilizar a imagem do narrador.
12) Multimídia: utilizar palavras e imagens no lugar de apenas palavras.	As palavras que aparecem no vídeo são acompanhadas de imagens.

Após finalizada a produção do vídeo educativo, este apresentou, inicialmente, um tempo de duração de 12 minutos e 34 segundos. Esta etapa ocorreu entre os meses de janeiro e fevereiro de 2022.

C) Pós-Produção

Nesta etapa o vídeo educativo passou pela primeira edição para adequação da contiguidade espacial e temporal, bem como para ajustes entre as sequências de imagens, áudio e trilha sonora. Após, o vídeo foi formatado e disponibilizado na página da *web* do canal Telessaúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, com acesso único e exclusivo da pesquisadora. Posteriormente, foi submetido à validação por *experts* com experiência no desenvolvimento de materiais multimídias como recurso educacional.

Nesta etapa de validação, também foi utilizada uma adaptação dos critérios de Fehring (1994) para a seleção dos *experts*, conforme quadro 8. Essa etapa de validação ocorreu entre os meses de fevereiro e março de 2022.

Quadro 8. Critérios adaptados de Fehring (1994) para seleção dos experts para validação do vídeo educativo. Uberaba-MG, Brasil, 2022.

Critérios	Pontuação
Titulação de doutor com tese em produção de recursos educacionais multimídia	4
Titulação de doutor	3
Titulação de mestre com dissertação em produção de recursos educacionais multimídia	3
Titulação de mestre	2
Publicação de artigo em periódico de referência em produção de recursos educacionais multimídia	2
Experiência profissional (clínica, de ensino ou de pesquisa) de, no mínimo, dois anos em produção de recursos educacionais multimídia	2

A captação desses *experts* ocorreu mediante busca dos currículos Lattes pela plataforma CNPq, utilizando a seguinte estratégia: no campo “modo de busca” foi selecionado “assunto (Título ou palavra chave da produção)” com a pesquisa dos assuntos “vídeo educativo”; “recursos multimídia”, “recursos audiovisuais”, “educação em saúde” e “materiais de ensino”. Nas bases, foram selecionados os campos “Doutores e Demais pesquisadores”, com nacionalidade brasileira ou estrangeira. Os filtros utilizados foram

“Atuação Profissional”, sendo selecionadas “Grande Área” – “Ciências da Saúde” – e “Área” – “Enfermagem”.

Foram selecionados 20 *experts* aos quais foi enviada, por e-mail, uma carta-convite para a participação no estudo (APÊNDICE G). Nesse e-mail, foi disponibilizado um link de acesso ao formulário do *Google Forms*, contendo o TCLE (APÊNDICE H), um questionário para caracterização profissional dos *experts* e o endereço eletrônico para transmissão do vídeo educativo. Ressalta-se que dos 20 *experts* aos quais foi enviada a carta-convite, cinco aceitaram participar da validação do vídeo educativo, assinando o TCLE.

Em seguida, o vídeo foi avaliado pelos *experts* em dois momentos. O primeiro foi por meio da adaptação do Instrumento de Validação de Aparência do Vídeo Educativo, construído e validado por Ferreira et al. (2015) (ANEXO 4), que contempla, em 17 questões, a funcionalidade, usabilidade, eficiência, técnica audiovisual, ambiente e procedimento do vídeo elaborado.

Segundo a autora, entende-se como:

- Funcionalidade - as funções e/ou objetivos do vídeo educativo que se destinam a facilitar o ensino sobre a temática;
- Usabilidade - refere-se ao esforço necessário para usar o vídeo, bem como o julgamento individual desse uso;
- Eficiência - relaciona-se ao nível de desempenho do vídeo e à quantidade de recursos usados (relacionados ao tempo) sob condições estabelecidas;
- Técnica audiovisual - refere-se ao conjunto de recursos técnicos empregados para a exibição do conteúdo do vídeo;
- Ambiente - refere-se à avaliação do local onde foi realizada a filmagem do vídeo educativo;
- Procedimento - avalia se o conteúdo do vídeo educativo permite a compreensão do tema proposto.

Inicialmente esse instrumento foi criado para validar um vídeo educativo sobre curativo de cateter venoso central para profissionais de enfermagem e, dessa forma, as quatro últimas questões referiam-se ao contexto do cateter venoso central. Assim, foi consentindo à pesquisadora a autorização, pela autora do instrumento, para utilização e adaptação das quatro últimas questões voltadas para temática práticas seguras no perioperatório (ANEXO 5).

Para cada item do instrumento o profissional poderia assinalar "concordo totalmente", "concordo parcialmente", "concordo", "discordo parcialmente" ou "discordo totalmente". Além disso, ao final, havia um espaço destinado a sugestões e críticas pertinentes.

No segundo momento, os *experts* validaram o vídeo educativo quanto ao referencial teórico utilizado, a TCAM (APÊNDICE I). Dessa forma, foram listados os 12 princípios da teoria e os *experts*, utilizando uma escala tipo *Likert*, puderam assinalar sua concordância ou discordância quanto à aplicabilidade da TCAM no vídeo educativo. Ademais, disponibilizou-se espaço para sugestão de ajustes ao material elaborado.

Para verificar a validade de conteúdo desta etapa, optou-se por utilizar o Índice de Validade de Conteúdo (IVC-I) para cada item e o Teste Binominal (POLIT; BECK, 2011; ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Foram considerados válidos os itens cuja proporção de concordância dos *experts* foi igual ou superior a 80% (POLIT; BECK, 2006).

As questões que apresentaram sugestões foram analisadas, realizados os ajustes necessários no vídeo educativo e, após, enviadas novamente aos *experts* até obtenção da versão final, que apresentou duração de 7 minutos e 50 segundos. Os achados dessa validação estão descritos nos resultados da segunda etapa da pesquisa - pós-produção: validação da aparência do vídeo educativo e conformidade com a TCAM.

7.2.3 Terceira etapa – Ensaio Clínico Randomizado Controlado

A partir da produção e validação do vídeo educativo, foi realizado um ensaio clínico randomizado o qual é considerado uma excelente fonte de determinação da efetividade de uma intervenção, sendo também reconhecido como padrão-ouro para responder determinadas perguntas de pesquisa (MEDRONHO, 2009).

Este estudo foi desenvolvido segundo as recomendações do *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT), as quais fornecem diretrizes elaboradas a partir de evidências, cuja finalidade é melhorar a qualidade do relatório de ensaios controlados randomizados (BOUTRON et al., 2008). O CONSORT possui uma lista de verificação de 25 itens essenciais para a descrição dos ensaios clínicos e, diante disso, permite interpretação crítica dos resultados, bem como conhecer detalhadamente o desenho do estudo, seu modo de condução e o tipo de análise utilizada. Ademais, a sua utilização diminui a ocorrência de erros que poderiam comprometer a validade e confiabilidade dos resultados (MARTINS; SOUZA; OLIVEIRA, 2009; SCHULZ et al., 2010)

O protocolo do presente ensaio clínico randomizado também seguiu as diretrizes do *Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials* (SPIRIT) (CHAN et al., 2013), conforme demonstrado no *checklist* (ANEXO 6), com o objetivo de melhorar a integridade e a qualidade dos protocolos dos ensaios clínicos. Essas recomendações fornecem orientações, baseadas em evidências, para facilitar a redação dos protocolos e melhorar a integridade do seu conteúdo. Presume-se que a elaboração de protocolos de alta qualidade permite a implementação do estudo de forma rigorosa e eficaz, além de evitar erros durante a sua execução (CHAN et al., 2013).

7.3 LOCAL DE ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada na sala de internação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC/UFTM), na cidade de Uberaba, Minas Gerais. Essa instituição é um hospital geral, de ensino e público, de alta complexidade, que possui 302 leitos ativos, possui cinco anexos, sendo três ambulatoriais, um centro de reabilitação e uma central de quimioterapia. Esse hospital atende 27 municípios que compõem a macrorregião Triângulo Sul do estado de Minas Gerais (HC-UFTM, 2022).

O HC/UFTM é administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), criada por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Trata-se de uma empresa pública, vinculada ao Ministério da Educação, com a finalidade de prestar atendimentos médico-hospitalares, ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico 100% gratuitos. Além disso, presta serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão vinculados à instituição de ensino (HC-UFTM, 2022).

A sala de internação do HC/UFTM fica localizada anexa à recepção do hospital e recebe os pacientes após o cadastro realizado pelas recepcionistas. Essa sala possui um enfermeiro e um técnico de enfermagem para organização do prontuário e fornecimento de orientações quanto a normas, rotinas e procedimentos de internação. O espaço é equipado com poltronas, aparelho de televisão e armários para guarda de pertences pessoais do paciente, que aguarda neste local até o momento da sua transferência para a enfermaria de destino, na qual será sua internação.

7.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas eletivas no HC/UFTM.

A escolha da população justifica-se pelo fato de as cirurgias ortopédicas eletivas possuírem fluxo estabelecido e organizado dentro da instituição, o que facilitou a identificação e acesso aos participantes do estudo. Adicionalmente, a quantidade de cirurgias eletivas realizadas nessa especialidade é expressiva, favorecendo o adequado recrutamento de pacientes para a pesquisa.

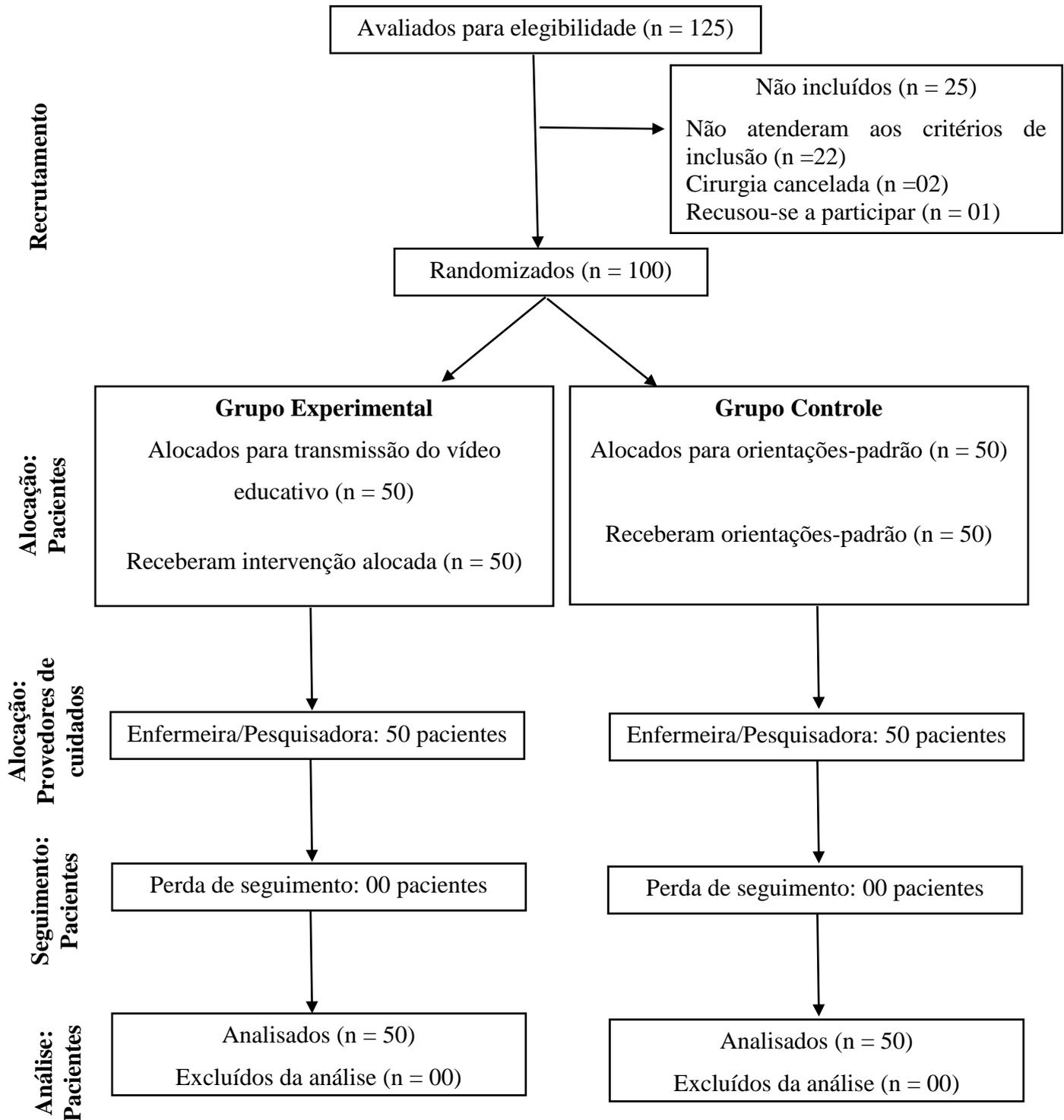
O cálculo do tamanho amostral foi realizado por um estatístico, sem envolvimento com a intervenção da pesquisa, por meio do *software Power Analysis and Sample Size* (PASS) versão 13.0. Para esse cálculo, foram considerados os resultados obtidos em um estudo-piloto realizado previamente à coleta de dados do estudo principal, no período de abril a maio de 2022, realizado com 10 indivíduos no grupo experimental (que receberam orientações por meio do vídeo educativo) e 10 no controle (que receberam orientações-padrão conforme rotina institucional). Ressalta-se que os participantes do estudo-piloto não fizeram parte da amostragem final do ensaio clínico randomizado.

No estudo-piloto, evidenciou-se aumento da média de conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no perioperatório, do grupo experimental ($82,5 \pm 16,87$) em relação ao controle ($10,0 \pm 17,48$). Foram considerados nível de significância de $\alpha=0,05$ e poder estatístico a ser atingido de 80% ($\beta=0,2$). A partir desse cálculo, os resultados preliminares evidenciaram poder estatístico superior a 95%, determinando um tamanho amostral mínimo de 3 participantes por grupo.

Contudo, optou-se em realizar a coleta de dados do estudo principal com uma amostra superior ao estudo-piloto e a análise do poder estatístico *a posteriori*.

A população elegível obtida foi de 125 pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas eletivas. Contudo, 24 pacientes não foram incluídos, destes, sete apresentaram Diagnóstico de Enfermagem de Comunicação Verbal Prejudicada, 15 tinham idade menor ou igual a 18 anos e dois tiveram suas cirurgias previamente canceladas por falta de documentação ou por testarem positivo para Covid-19. Além disso, um paciente recusou-se a participar do estudo. Assim, a amostra final foi composta por 100 pacientes. Tais dados estão demonstrados na figura 6.

Figura 6. Fluxograma dos participantes envolvidos no estudo. Uberaba-MG, Brasil, 2022. Conforme diagrama de fluxo do CONSORT modificado para ensaios controlados aleatórios individuais para tratamentos não farmacológicos (BOUTRON et al., 2017).



7.4.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas eletivas, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos.

Considerando esses critérios e após orientações e explicações sobre o estudo, aqueles que manifestaram concordância em participar da pesquisa assinaram o TCLE, disposto no Apêndice J.

Foram excluídos desta pesquisa os pacientes com diagnóstico de enfermagem, segundo taxonomia da *NANDA-International* (NANDA-I®), de Comunicação Verbal Prejudicada, definida como capacidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e/ou usar um sistema de símbolos. Os fatores relacionados estão associados à alteração no autoconceito, baixa autoestima, barreira ambiental, estímulos insuficientes, incongruência cultural, informações insuficientes, transtorno emocional e vulnerabilidade. Esse diagnóstico apresenta como principais características definidoras déficit visual parcial ou total, desorientação em relação a pessoas, tempo e espaço, dificuldade em manter a comunicação, usar expressões corporais e/ou faciais, dificuldade para compreender a comunicação, dificuldade para expressar pensamentos verbalmente, dificuldade para falar, formar palavras e/ou frases e verbalização inapropriada (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). O paciente que apresentou uma ou mais dessas características definidoras foi excluído.

Considerou-se como critério de exclusão a deficiência auditiva e visual, total ou parcial, que impossibilitassem o participante de visualizar as imagens e textos ou de ouvir adequadamente a narração do vídeo educativo, ou ainda aos participantes que apresentassem laudo médico comprovando o grau do déficit auditivo e/ou visual.

Ressalta-se que o diagnóstico de enfermagem promove autonomia para o enfermeiro quanto ao julgamento clínico sobre as respostas individuais, da família ou da comunidade a problemas de saúde, processos vitais reais ou potenciais (RIBEIRO; CRUZ; IMBIRIBA, 2021). Além disso, quando baseado em evidências científicas, permite validar o conhecimento clínico do profissional, o processo de tomada de decisão e determinar os resultados que se pretende alcançar diante dos problemas evidenciados (RIBEIRO; CRUZ; IMBIRIBA, 2021).

Excluíram-se também os participantes não alfabetizados identificados no momento da coleta de dados das características sociodemográficas e clínicas (Parte I do Instrumento) e os

participantes que tiveram suas cirurgias previamente canceladas por falta de documentação ou por testarem positivo para Covid-19.

7.4.2 Randomização e Mascaramento

Para o processo de alocação aleatória dos participantes, adotou-se a proporção de 1:1 (experimental, que assistiram ao vídeo educativo e o controle, que receberam orientações padrão), utilizando esquema de randomização gerado pelo aplicativo disponibilizado pelo site da *web*, *Randomization.com* (<http://www.randomization.com>), de modo a assegurar distribuição igual do número de participantes em ambos os grupos de estudo.

A randomização é comumente utilizada com objetivo de aumentar a validade dos ensaios clínicos que avaliam a efetividade de intervenções. Esse processo envolve a alocação aleatória dos participantes em grupo experimental ou controle e requer que eles tenham igual chance de serem alocados em qualquer um dos grupos. Esta estratégia é capaz de evitar vieses de seleção e possibilitar a alocação de grupos de estudo comparáveis quanto aos fatores de risco basais conhecidos ou não. Para isso, os pesquisadores e os participantes não podem ser capazes de prever em qual grupo o indivíduo será alocado (PATINO; FERREIRA, 2016).

Na presente pesquisa, utilizou-se a randomização simples, ou seja, cada participante teve igual chance de ser alocado para um dos grupos (experimental ou controle), independentemente das alocações anteriores. Recomenda-se que uma lista de randomização seja gerada por um programa de computador e, posteriormente, preparar a lista dos participantes numerados sequencialmente (PATINO; FERREIRA, 2016).

Sendo assim, 100 pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas eletivas foram randomizados em dois grupos, 50 no experimental e 50 no controle. Esse processo foi realizado por um pesquisador sem envolvimento com a intervenção do estudo. Após a randomização, foi gerada uma lista, numerada sequencialmente, para alocação dos participantes aos grupos sob posse apenas do pesquisador responsável pela randomização.

Durante a coleta de dados, após o paciente aceitar participar da pesquisa, com assinatura do TCLE e atender aos critérios de inclusão, a pesquisadora entrava em contato com o responsável pela randomização para saber o grupo de alocação de cada participante.

Outro fator importante é o mascaramento do estudo com objetivo de evitar vieses de cointervenção e de aferição (HULLEY et al., 2008). Dessa forma, o presente estudo foi

conduzido com mascaramento duplo, visto que as pesquisadoras que aplicaram o instrumento de coleta de dados e o estatístico que realizou as análises foram mascarados quanto ao grupo de alocação de cada paciente.

7.5 INTERVENÇÃO

A intervenção do estudo foi a utilização do vídeo educativo acerca das práticas seguras no período perioperatório, construído e validado para esse fim, conforme detalhado nas seções anteriores desta pesquisa, aplicados aos pacientes em pré operatório de cirurgias eletivas ortopédicas. Foi conduzida pela pesquisadora responsável após a admissão dos pacientes na sala de internação.

Os participantes receberam um *tablet* que transmitia o vídeo educativo com duração de 7 minutos e 50 segundos e um fone de ouvido do tipo *headphone* para evitar qualquer tipo de interferência de ruído externo. Ressalta-se que o vídeo foi transmitido uma única vez, sem interferências da pesquisadora, considerando que o objetivo do estudo foi avaliar a efetividade do ensino acerca do conhecimento dos pacientes quanto às práticas seguras no perioperatório por meio do vídeo.

Figura 7. Tablet e headphone utilizados na pesquisa para a transmissão do vídeo educativo. Uberaba-MG, Brasil, 2022.



Fonte: arquivo pessoal.

7.5.1 Grupo Experimental

Os participantes do grupo experimental foram submetidos à intervenção educativa, elaborada na segunda etapa do projeto de pesquisa, por meio do vídeo educativo.

7.5.2 Grupo Controle

Os pacientes alocados no grupo controle receberam orientações-padrão conforme processo habitual de admissão pré-operatória na sala de internação do HC/UFTM.

No campo de estudo, existe um protocolo institucional com as orientações-padrão destinadas ao paciente no período pré-operatório (ANEXO 7), realizadas pelo enfermeiro responsável pela sala de internação. Inicialmente, o enfermeiro coleta um breve histórico do paciente com objetivo de identificar eventuais comorbidades, doenças crônicas ou outros agravos, bem como presença de alergias, uso contínuo de medicamentos, entre outros. Em seguida, são fornecidas orientações-padrão sobre:

- Identificação do paciente;
- Cuidados pré-operatórios (jejum, banho, higiene bucal, punção venosa, preparo intestinal e tricotomia, se aplicável);
- Demarcação do sítio cirúrgico;
- Retirada de próteses e adornos.

Posteriormente, o paciente se troca com as roupas disponibilizadas pela instituição, coloca-se a pulseira de identificação e é encaminhado, pela equipe responsável, às enfermarias da Unidade do Sistema Locomotor, juntamente com seu prontuário.

7.6 COLETA DE DADOS

7.6.1 Instrumento de Coleta de Dados

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento (APÊNDICE C) elaborado e validado na primeira etapa deste estudo. O instrumento foi dividido em duas partes:

Parte I – Identificação e dados sociodemográficos: número do prontuário, sexo, data de nascimento, idade (em anos completos), profissão, procedência, escolaridade, renda familiar, estado civil, internações prévias, cirurgias prévias, nome da cirurgia prévia, data da cirurgia atual, nome do procedimento cirúrgico atual e presença de comorbidades.

Parte II – Instrumento de Avaliação do Conhecimento do paciente acerca das Práticas Seguras no período Perioperatório: oito questões (duas sobre identificação do paciente; duas sobre prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde; uma sobre cirurgia segura; uma sobre uso seguro de medicamentos; uma sobre prevenção de lesão por pressão e outra sobre prevenção de quedas).

7.6.2 Recursos Materiais

No presente estudo foram utilizados os seguintes materiais:

- Tablet – recurso multimídia utilizado para transmissão do vídeo educativo;
- Papel sulfite – para impressão dos instrumentos de coleta de dados;
- Envelopes pardos opacos – utilizados na randomização para armazenar informações sobre o grupo de alocação de cada participante.

Destaca-se que a pesquisadora se responsabilizou pela compra de todos os materiais.

7.6.3 Recursos Humanos

Para a coleta de dados, constituiu-se uma equipe formada por três pesquisadores. Um pesquisador enfermeiro, docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB), o qual realizou a randomização dos participantes aos grupos de alocação, e duas enfermeiras, uma a pesquisadora responsável, vinculada ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Prática Baseada em Evidências e Segurança do Paciente da UFTM, e a outra, pesquisadora assistente, enfermeira assistencial, mestre em Atenção à Saúde, lotada na unidade de ortopedia do HC/UFTM.

A distribuição da equipe de pesquisa deu-se da seguinte forma: a pesquisadora assistente, enfermeira assistencial da unidade de ortopedia, aplicou o instrumento de coleta de dados, antes e após a intervenção ou orientações-padrão. A pesquisadora responsável pelo estudo ficou destinada à aplicação da intervenção.

Ressalta-se que antes do início da coleta dos dados a equipe passou por treinamento durante uma semana, 2 horas por dia, a fim de garantir a padronização e a correta execução de todos os procedimentos. Neste treinamento foram incluídos os aspectos éticos e boas práticas da pesquisa, abordagem ao participante, preservação do mascaramento e aplicação do instrumento de coleta.

7.6.4 Procedimento de coleta de dados

Inicialmente, a pesquisadora responsável pelo estudo obteve, semanalmente, por meio do Núcleo de Controle e Acompanhamento de Procedimentos Eletivos (NUCAPE) do HC/UFTM, a lista dos pacientes que seriam submetidos ao procedimento cirúrgico ortopédico eletivo. Na lista constavam informações como identificação, número do prontuário do paciente, idade, nome da cirurgia a ser realizada, data e horário da internação e data e horário da cirurgia.

No dia da internação de cada paciente, a equipe de coleta de dados comparecia ao HC/UFTM. Na recepção, após o cadastro dos pacientes, a pesquisadora responsável os abordava informando-os e convidando-os a participarem do estudo. Aqueles que aceitavam participar da pesquisa eram encaminhados, individualmente, à sala de internação para assinatura do TCLE (APÊNDICE J).

Nesse momento, eram coletadas as informações referentes à Parte I do instrumento de coleta de dados (os dados sociodemográficos e clínicos) e os participantes avaliados quanto ao diagnóstico de enfermagem Comunicação Verbal Prejudicada, para verificar se atendiam aos critérios de inclusão.

Após, a pesquisadora responsável entrava em contato com o pesquisador, que realizou a randomização dos participantes, para ser informada quanto ao grupo de alocação e, em seguida, saía da sala de internação.

Posteriormente, para ambos os grupos, a pesquisadora assistente, que estava mascarada quanto ao grupo de alocação, entrava na sala de internação e aplicava, pela primeira vez e individualmente, a Parte II do instrumento de coleta de dados, para Avaliação do Conhecimento acerca das Práticas Seguras no período Perioperatório e, após, saía da sala.

A pesquisadora responsável entrava novamente na sala de internação e, para os participantes do grupo experimental, transmitia o vídeo educativo por meio de um *tablet* e do *headphone*. Já os participantes do grupo-controle aguardavam a enfermeira responsável da

sala de internação realizar as orientações-padrão conforme rotina institucional. Ressalta-se que todos os pacientes, incluídos ou não do estudo, aguardavam na recepção do hospital e no momento da intervenção ou orientações-padrão os participantes eram encaminhados individualmente à sala de internação e logo após eram encaminhados às enfermarias de internação na Unidade do Sistema Locomotor, com o objetivo de evitar a contaminação da amostra.

Após o término da intervenção ou das orientações-padrão, a mesma pesquisadora assistente aplicava, pela segunda vez, o Instrumento de Avaliação do Conhecimento acerca das Práticas Seguras no período Perioperatório, para ambos os grupos.

Optou-se pela aplicação do questionário imediatamente após a intervenção ou orientações-padrão com objetivo de evitar que o participante tivesse acesso a outras fontes de informação quanto às práticas seguras no perioperatório, o que poderia influenciar o seu conhecimento para responder o instrumento de coleta de dados.

A decisão de avaliar o conhecimento do paciente apenas imediatamente após a intervenção ou orientações-padrão se justifica uma vez que as intervenções educacionais, geralmente, apresentam ganhos imediatos de conhecimentos e esses ganhos estão frequentemente sujeitos à decadência subsequente durante um período de tempo (MIZUBUTI et al., 2019; SEMERARO; SIGNORE; CERCHIARI, 2006), o que poderia prejudicar a pontuação obtida pelo participante no questionário de avaliação do conhecimento.

Durante a aplicação do questionário a pesquisadora assistente realizou a leitura das questões e das alternativas disponíveis para cada pergunta e o paciente pode optar pela alternativa que julgava ser a correta.

Para evitar a contaminação da amostra, as orientações-padrão tiveram a mesma duração do vídeo educativo (7 minutos e 50 segundos). Dessa forma, o participante do grupo controle permanecia na sala de internação exatamente pelo mesmo tempo em que era aplicada a intervenção, garantindo o mascaramento, dos profissionais envolvidos na intervenção e dos participantes, quanto ao grupo de alocação. Além disso, cada participante foi encaminhado individualmente à sala de internação para evitar contato e troca de informações dos participantes de ambos os grupos.

Destaca-se que a equipe de coleta de dados orientou previamente a enfermeira responsável pela sala de internação a não realizar nenhum tipo de orientação-padrão aos participantes do grupo experimental, antes da intervenção. Dessa forma, quando o paciente do

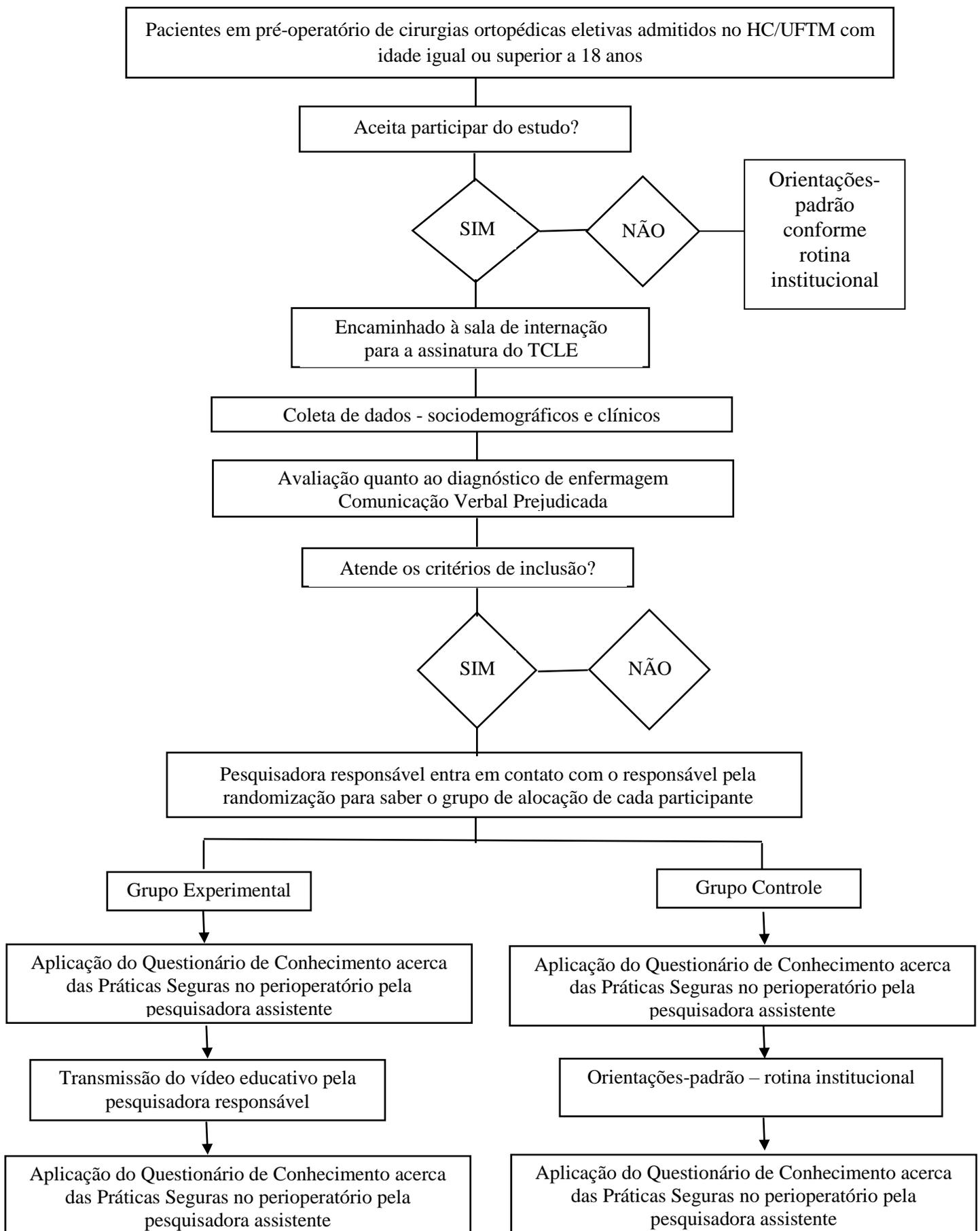
grupo experimental entrava na sala, a enfermeira era sinalizada e a mesma aguardava a execução da intervenção para depois realizar os procedimentos habituais da rotina do serviço.

Por questões éticas, ao final dos procedimentos de coleta de dados, ainda na sala de internação, os pacientes do grupo experimental receberam as orientações-padrão conforme rotina institucional e os pacientes do grupo controle assistiram ao vídeo educativo, transmitido pela pesquisadora. Ressalta-se que todos os pacientes do grupo experimental aceitaram receber as orientações padrão e os do grupo-controle concordaram em assistir ao vídeo educativo.

Vale pontuar que o estudo não interferiu na rotina e nos cuidados assistenciais pré-operatórios dos pacientes. Todos os participantes da pesquisa receberam as orientações sobre normas e rotinas conforme protocolo (ANEXO 7) da instituição campo de estudo.

A coleta de dados para este estudo teve duração de três meses, de primeiro de junho a cinco de setembro de 2022. O fluxo para o procedimento de coleta de dados está representado na figura 8, a seguir.

Figura 8. Fluxograma do procedimento da coleta de dados. Uberaba-MG, Brasil, 2022.



7.7 DESFECHO AVALIADO

7.7.1 Desfecho principal

O desfecho principal considerou o ganho de conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no período perioperatório. Este se refere à média da diferença do conhecimento pós e pré-intervenção, ou seja, para cada participante foi calculada a diferença entre o número de acertos pós-intervenção menos o número de acertos pré-intervenção.

7.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO

7.8.1 Variáveis sociodemográficas e clínicas

- Sexo: masculino e feminino;
- Idade: refere-se à idade do paciente no dia da admissão na sala de internação do HC/UFTM. Para fim de categorização, foram adotadas quatro faixas etárias, de 18 a 29 anos, de 30 a 49 anos, de 50 a 69 anos e acima de 70 anos;
- Profissão: refere-se à profissão exercida pelo paciente, no momento da admissão;
- Procedência: refere-se ao local em que o paciente reside, no momento da admissão. Foram considerados o município de Uberaba, o estado de Minas Gerais e outros estados;
- Escolaridade: refere-se ao nível de escolaridade relatado pelo participante, a partir da contagem dos anos de estudo – não alfabetizado, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo e pós-graduação;
- Renda familiar: corresponde à soma da renda bruta individual dos moradores de uma mesma residência. Foram consideradas as categorias - sem renda, um salário mínimo, dois salários mínimos, de três a cinco salários mínimos e acima de cinco salários mínimos;
- Estado civil: refere-se ao estado civil relatado pelo participante no momento da admissão- casado (a) /união estável, solteiro (a) com parceiro fixo, solteiro (a) sem parceiro fixo, separado (a), divorciado (a) e viúvo (a);

- Internação prévia: refere-se à presença de internações anteriores pelo paciente, no hospital campo de estudo;
- Data da última internação prévia: corresponde, em anos, ao tempo da última internação do paciente, no hospital campo de estudo. Foram consideradas as categorias - menos de um ano, maior ou igual a um ano, maior que cinco anos ou não se aplica, caso o paciente não apresentasse internações anteriores;
- Cirurgia prévia: refere-se à presença de cirurgias anteriores realizadas pelo paciente, no hospital campo de estudo;
- Data da última cirurgia prévia: corresponde, em anos, ao tempo da última cirurgia realizada pelo paciente, no hospital campo de estudo. Foram consideradas as categorias - menos de um ano, maior ou igual a um ano, maior que cinco anos ou não se aplica, caso paciente não apresentasse cirurgias anteriores;
- Nome da última cirurgia prévia: refere-se ao nome da última cirurgia realizada pelo paciente;
- Data da cirurgia atual: corresponde à data de realização da cirurgia do paciente;
- Nome da cirurgia atual: refere-se ao nome da última cirurgia que o paciente iria realizar;
- Presença de comorbidades: refere-se à presença de comorbidades relatadas pelo paciente. Para fins de categorização, foram consideradas: diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, doença pulmonar obstrutiva crônica, dislipidemia, insuficiência renal aguda, insuficiência renal crônica, insuficiência cardíaca, doença imunossupressora e outras que os pacientes mencionaram (cardiopatias, osteomielite, hepatite C, depressão, síndrome retroviral, neoplasia, doença de Chagas, asma, artrite reumatoide e hipotireoidismo).

7.8.2 Variável relacionada ao conhecimento do paciente

Foi considerado o ganho de conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no período perioperatório.

7.9 PROTOCOLO DE CUIDADOS PARA PREVENÇÃO DA COVID-19

Para prevenir a contaminação cruzada, a equipe responsável pela coleta de dados realizou a higienização das mãos antes e após os procedimentos; todos os equipamentos que entraram em contato com o paciente foram desinfetados com álcool etílico 70% (BRASIL, 2012a) e os protetores descartáveis dos fones de ouvido foram trocados, após a transmissão do vídeo e o uso dos *headphones*.

Durante o período da pandemia pelo novo coronavírus, todos os protocolos de biossegurança foram rigorosamente seguidos e a equipe da coleta de dados utilizou todos os equipamentos de proteção individual adequados, como máscara cirúrgica, protetor facial e avental descartável. Os pacientes também utilizaram máscara descartável durante a coleta de dados.

Ressalta-se que na presente pesquisa não ocorreram eventos adversos aos participantes do estudo.

7.10 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram codificados e inseridos em uma planilha eletrônica *Excel*® do programa *Windows*®, por dupla entrada para consistência das planilhas. Em seguida, o banco de dados validado e exportado para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0 para o processamento e análise.

Na literatura científica, alguns fatores podem interferir na aquisição de conhecimento, tais como: idade, escolaridade, renda familiar/mensal, experiências prévias (GOMES et al., 2017; MOURA et al., 2016; SOARES; PEREIRA; SILVA, 2020; TESTON et al., 2017). Dessa forma, tais variáveis foram consideradas para testar a homogeneidade dos grupos (experimental e controle).

Foram utilizados o teste t para amostras independentes para a variável quantitativa (idade) e o teste Qui-Quadrado para as variáveis categóricas (renda, escolaridade e cirurgias prévias). Ressalta-se que para realização dos testes de homogeneidade fez-se a recodificação das variáveis, a saber: escolaridade em ensino médio incompleto ou menos e ensino médio completo ou mais; renda em menor ou igual a dois salários mínimos e maior que dois salários mínimos. Ressalta-se que a variável cirurgia prévia apresentava duas categorias de resposta sim ou não.

Destaca-se que os pré-requisitos para uso dos testes paramétricos foram devidamente considerados.

Para o alcance dos objetivos foram adotadas as seguintes análises:

- Objetivo 4: Caracterizar os participantes da pesquisa segundo os dados sociodemográficos e clínicos.

Utilizou-se estatística descritiva, com distribuição de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas, bem como medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (amplitudes e desvio padrão) para as variáveis quantitativas.

- Objetivo 5: Comparar intragrupo o conhecimento dos pacientes antes e após a utilização do vídeo.

Para análise intragrupos, utilizou-se o teste t para amostras dependentes.

- Objetivo 6: Comparar entre grupos o conhecimento dos pacientes que receberam orientações por meio do vídeo educativo com o conhecimento dos pacientes que receberam orientações conforme rotina institucional.

Para analisar o impacto da intervenção educativa sobre os desfechos quantitativos, foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes. Além disso, utilizou-se o d de Cohen com a finalidade de se classificar a magnitude do efeito da intervenção, podendo ser pequena ($d < 0,20$), moderada ($\geq 0,20$ a $< 0,50$) ou grande ($\geq 0,50$) (COHEN, 1988).

- Objetivo 7: Analisar o ganho de conhecimento do paciente em cada questão do instrumento de coleta de dados, antes e após a intervenção.

Foi utilizado análise descritiva por meio de distribuição de frequência e percentual.

Os resultados foram considerados significativos em nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$).

7.11 ASPECTOS ÉTICOS

Para atender os critérios éticos, foram seguidas as recomendações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, para pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

O projeto de pesquisa foi registrado e autorizado junto à Gerência de Ensino e Pesquisa do HC/UFTM e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFTM sob parecer número 3.946.086, CAAE 27120619.7.0000.8667 (ANEXO 8).

Foram fornecidas aos participantes todas as informações referentes à pesquisa, como objetivos, procedimentos, riscos e benefícios, assim como os esclarecimentos quanto à participação voluntária e à possibilidade de se retirar do estudo a qualquer momento sem prejuízos, aos pacientes e experts que participaram deste estudo. Após a leitura do Termo de Esclarecimento, obteve-se a assinatura dos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo uma entregue para o participante e mantida sob posse da pesquisadora.

Para minimizar o risco de perda de confidencialidade dos dados, os participantes foram identificados por códigos. Em momento algum, os dados pessoais ou quaisquer informações que possam identificá-los foram revelados.

Todos os documentos gerados em decorrência da pesquisa, como instrumentos de coleta de dados e termos, serão mantidos em local seguro, com acesso restrito e após a finalização do ensaio clínico, permanecerão arquivados por cinco anos e posteriormente serão incinerados, sob responsabilidade da pesquisadora coordenadora.

7.12 REGISTRO DO ESTUDO

A presente pesquisa foi registrada e aprovada na plataforma de Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC), com número de registro: RBR-8x5mfq (U1111-1252-7822) (ANEXO 9).

8 RESULTADOS

Os resultados seguem apresentados, conforme os objetivos da tese, nas seguintes etapas:

- **Primeira etapa** – elaboração e validação do instrumento de coleta de dados.
- **Segunda etapa** – produção e validação do vídeo educativo:
 - Pré-produção: validação do conteúdo do roteiro e do *storyboard* do vídeo educativo; -
 - Produção: construção do vídeo educativo acerca das práticas seguras no período perioperatório;
 - Pós-produção: validação da aparência do vídeo educativo e conformidade com a TCAM.
- **Terceira etapa** – ensaio clínico randomizado controlado:
 - Caracterização sociodemográfica e clínicas dos participantes e a homogeneidade dos grupos experimental e controle;
 - Comparação do conhecimento dos pacientes, intragrupo, acerca das práticas seguras no período perioperatório, antes e após a utilização do vídeo educativo ou orientações padrão;
 - Comparação do conhecimento dos pacientes, entre grupos, que receberam orientações por meio do vídeo educativo com o conhecimento dos pacientes que receberam orientações conforme rotina institucional;
 - Análise do ganho de conhecimento do paciente em cada questão do instrumento de coleta de dados antes e após a intervenção.

8.1 PRIMEIRA ETAPA: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

8.1.1 Validação do instrumento de coleta de dados

Nesta etapa foram selecionados 21 *experts*, dos quais dois não aceitaram participar da pesquisa, por não estarem em momento oportuno, e dez não manifestaram resposta por e-mail, mesmo após três tentativas de envio da carta convite. Dessa forma, nove *experts* responderam ao questionário de avaliação do instrumento de coleta de dados. Todos os *experts* eram enfermeiros, sendo a maioria (08; 88,9%) do sexo feminino e um (11, 1,0%) do sexo masculino. Com relação à idade, a média obtida foi de 40,69 (DP±7,77), sendo a mínima de 33 e a máxima de 57 anos. Já o tempo médio de formação foi de 17,3 (DP± 8,16), com mínimo de 7 e máximo de 32 anos. Sobre o nível de formação, observou-se que cinco (55,86%) *experts* possuíam doutorado e sete (77,8%) experiência como docentes. Todos estavam vinculados às universidades públicas federais, sendo quatro (44,4%) à Universidade de Brasília (UNB), um (11,1%) à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP), um (11,1%) na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), um (11,1%) na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), um (11,1%) na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e um (11,1%) na Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

Após a análise do instrumento de coleta de dados pelos nove *experts*, verificou-se a validade de conteúdo do instrumento utilizando-se o IVC. O instrumento foi considerado válido, pois todas as questões apresentaram concordância mínima de 88,8% e máxima de 100%, pelos *experts*.

As adequações recomendadas pelos *experts* foram acatadas e se tratavam, principalmente, da reformulação das frases com intuito de tornar o conteúdo mais compreensivo para pessoas que não tinham domínio em assuntos relacionados à área da saúde, como por exemplo:

Questão 1 – “Na alternativa letra A), substituir o termo “Após a entrada no serviço de saúde” por “Ao entrar no serviço de saúde”. Rever uso de algumas terminologias para deixar a linguagem mais simples e acessível”.

Questão 3 – “Na alternativa letra A), substituir punção venosa por cateteres e acrescentar sondas vesicais (para urinar), considerando a alta incidência de infecção urinária relacionada a este dispositivo.

Questão 5 – *Sugiro que nas alternativas seja colocado o paciente (participante da pesquisa) como sujeito da questão. Exemplo: “SUA CIRURGIA pode ser realizada sem que você ou alguém da sua família deem autorização; Antes de fazer a cirurgia VOCÊ não precisa...”*.

Questão 8 – *“Sugestão de aproximar o texto do leitor (também por se considerar os diferentes níveis de escolaridade dos pacientes)”*.

Além disso, os *experts* sugeriram deixar as frases e enunciados com tamanho adequado, ou seja, mais curtos, a fim de tornar as questões mais objetivas e facilitar a compreensão dos participantes.

Inicialmente o instrumento de coleta de dados possuía 10 questões, contudo, foi sugerido suprimir duas questões que estavam com temática repetida, pois os *experts* julgaram que pudessem confundir o participante.

Destaca-se que as questões 02, 04, 06 e 07, referentes aos temas identificação do paciente, infecção relacionada à assistência à saúde, uso seguro de medicamentos e prevenção de lesão por pressão, não receberam sugestões de ajustes para o material, apresentando concordância de 100% em termos de clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica.

A tabela 1, a seguir, apresenta a porcentagem de concordância quanto à clareza de linguagem, pertinência à prática e à relevância teórica de cada questão do instrumento de coleta de dados, segundo Passqualli (2010).

Tabela 1. Concordância dos experts acerca da clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica, segundo Pasqualli (2010) das questões do Instrumento de Avaliação do Conhecimento acerca das Práticas Seguras no período Perioperatório. Uberaba-MG, Brasil, 2022.

Questões	Clareza de linguagem			Pertinência prática			Relevância teórica		
	n (%)	ICV-I *	p**	n (%)	ICV-I *	p**	n (%)	ICV-I *	p**
1 Quando você entra no hospital quando deve ser realizada sua identificação? (Identificação do paciente)	08 (88,8)	0,88	0,67	08 (88,8)	0,88	0,67	08 (88,8)	0,88	0,67
2 Sobre a identificação do paciente, existe apenas uma resposta certa, qual é ela? (Identificação do paciente)	09 (100,0)	1	1	09 (100,0)	1	1	09 (100,0)	1	1
3 Sobre as infecções hospitalares, qual a medida abaixo ajuda a prevenir essas infecções? (Infecções relacionadas à assistência à saúde)	08 (88,8)	0,88	0,67	08 (88,8)	0,88	0,67	08 (88,8)	0,88	0,67
4 Sobre a higienização das mãos qual alternativa está correta? (Infecções relacionadas à assistência à saúde)	09 (100,0)	1	1	09 (100,0)	1	1	09 (100,0)	1	1
5 Sobre a cirurgia segura, existe apenas uma opção certa, qual é ela? (Cirurgia segura)	08 (88,8)	0,88	0,67	08 (88,8)	0,88	0,67	08 (88,8)	0,88	0,67
6 Sobre os erros de medicação, qual a única alternativa correta? (Uso seguro de medicamentos)	09 (100,0)	1	1	09 (100,0)	1	1	09 (100,0)	1	1
7 As lesões por pressão são feridas causadas quando uma área do corpo é pressionada por muito tempo. O que você pode fazer para que essas feridas não ocorram? (Prevenção de lesão por pressão)	09 (100,0)	1	1	09 (100,0)	1	1	09 (100,0)	1	1
8 Quais situações abaixo aumentam a chance de o paciente cair? (Prevenção de quedas)	08 (88,8)	0,88	0,67	08 (88,8)	0,88	0,67	08 (88,8)	0,88	0,67

*Item-Level Content Validity Index; **Teste binominal

8.2 SEGUNDA ETAPA: PRODUÇÃO E VALIDAÇÃO DO VÍDEO EDUCATIVO

8.2.1 Pré-produção: validação do conteúdo do roteiro e do *storyboard* do vídeo educativo

Participaram da etapa de validação do conteúdo do roteiro do vídeo os mesmos nove *experts* que avaliaram o instrumento de coleta de dados.

O conteúdo do roteiro educativo foi considerado válido, visto que todos os itens apresentaram concordância mínima 88,8% e máxima de 100%, pelos *experts*. Ressalta-se que a Parte 4 - Uso seguro de medicamentos, apresentou 100% de concordância entre os critérios avaliados e não foram realizados comentários/ sugestões quanto a este domínio.

Todos os itens que apresentaram críticas ou sugestões estão apresentados nas tabelas 2, 3, 4, 5, 6 e 7. Ressalta-se que todos estes itens foram reformulados e enviados novamente para validação até obtenção da versão final do conteúdo do roteiro do vídeo educativo (APÊNDICE F).

Tabela 2. Concordância dos experts acerca da validação de conteúdo do roteiro do vídeo educativo, por meio do IVCE (LEITE et al., 2018) – Parte 1- Identificação do Paciente. Uberaba-MG, Brasil, 2022.

Itens	n (%)	I-CVI*	p**	Sugestões/críticas
Objetivos				
1. Contempla tema proposto	09 (100,0)	1	1	
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem	09 (100,0)	1	1	Mencionar o que o paciente deve fazer caso ele perca ou rasgue sua pulseira de identificação.
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado	09 (100,0)	1	1	
4. Proporciona reflexão sobre o tema	09 (100,0)	1	1	
5. Incentiva mudança de comportamento	08 (88,8)	0,88	0,67	
Estrutura e apresentação				
6. Linguagem adequada ao público-alvo	08 (88,8)	0,88	0,67	
7. Linguagem apropriada ao material educativo	09 (100,0)	1	1	
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo	09 (100,0)	1	1	Enfatizar que a identificação correta é realizada pela primeira vez na entrada do serviço de saúde.
9. Informações corretas	08 (88,8)	0,88	0,67	
10. Informações objetivas	09 (100,0)	1	1	
11. Informações esclarecedoras	09 (100,0)	1	1	
12. Informações necessárias	09 (100,0)	1	1	
13. Sequência lógica das ideias	09 (100,0)	1	1	
14. Tema atual	09 (100,0)	1	1	
15. Tamanho adequado	09 (100,0)	1	1	
Relevância				
16. Estimula o aprendizado	09 (100,0)	1	1	
17. Contribui para o conhecimento na área	09 (100,0)	1	1	Nenhum comentário.
18. Desperta interesse pelo tema	09 (100,0)	1	1	

*Item-level Content Validity Index; **Teste binominal

Tabela 3. Concordância dos experts acerca da validação de conteúdo do roteiro do vídeo educativo, por meio do IVCE (LEITE et al., 2018) – Parte 2- Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Uberaba-MG, Brasil, 2022.

Itens	n (%)	I-CVI*	p**	Sugestões/críticas
Objetivos				
1. Contempla tema proposto	09 (100,0)	1	1	Mencionar os cuidados que o
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem	09 (100,0)	1	1	paciente,
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado	09 (100,0)	1	1	familiares,
4. Proporciona reflexão sobre o tema	09 (100,0)	1	1	acompanhantes e
5. Incentiva mudança de comportamento	08 (88,8)	0,88	0,67	visitantes devem ter em casos de “Precaução de Contato”.
Estrutura e apresentação				
6. Linguagem adequada ao público-alvo	08 (88,8)	0,88	0,67	
7. Linguagem apropriada ao material educativo	08 (88,8)	0,88	0,67	
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo	09 (100,0)	1	1	-Substituir por palavra mais acessível os
9. Informações corretas	09 (100,0)	1	1	termos técnicos
10. Informações objetivas	09 (100,0)	1	1	“cateter vesical de demora e cateter venoso
11. Informações esclarecedoras	09 (100,0)	1	1	periférico”.
12. Informações necessárias	09 (100,0)	1	1	-Seguir a
13. Sequência lógica das ideias	08 (88,8)	0,88	0,67	sequência: 5 momentos para higienizar as mãos e após os passos.
14. Tema atual	09 (100,0)	1	1	
15. Tamanho adequado	09 (100,0)	1	1	
Relevância				
16. Estimula o aprendizado	09 (100,0)	1	1	Iniciar o tema com uma
17. Contribui para o conhecimento na área	09 (100,0)	1	1	informação nova para despertar o
18. Desperta interesse pelo tema	08 (88,8)	0,88	0,67	interesse.

*Item-level Content Validity Index; **Teste binominal

Tabela 4. Concordância dos experts acerca da validação de conteúdo do roteiro do vídeo educativo, por meio do IVCE (LEITE et al., 2018) – Parte 3- Cirurgia Segura. Uberaba-MG, Brasil, 2022.

Itens	n (%)	I-CVI*	p**	Sugestões/críticas
Objetivos				
1. Contempla tema proposto	09 (100,0)	1	1	-Definição de evento adverso
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem	09 (100,0)	1	1	referindo-se à palavra
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado	09 (100,0)	1	1	"incidente".
4. Proporciona reflexão sobre o tema	09 (100,0)	1	1	-Utilizar palavra mais acessível ao paciente.
5. Incentiva mudança de comportamento	08 (88,8)	0,88	0,67	
Estrutura e apresentação				
6. Linguagem adequada ao público-alvo	09 (100,0)	1	1	-Lista de verificação
7. Linguagem apropriada ao material educativo	08 (88,8)	0,88	0,67	cirurgia segura é preenchida antes da cirurgia (antes da indução
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo	09 (100,0)	1	1	da indução
9. Informações corretas	08 (88,8)	0,88	0,67	anestésica e da incisão) e depois da cirurgia (antes de sair da sala
10. Informações objetivas	09 (100,0)	1	1	operatória), rever.
11. Informações esclarecedoras	09 (100,0)	1	1	- Sobre
12. Informações necessárias	08 (88,8)	0,88	0,67	orientações pré-operatórias,
13. Sequência lógica das ideias	08 (88,8)	0,88	0,67	mencionar banho, jejum, adornos e outros.
14. Tema atual	09 (100,0)	1	1	-A autorização da cirurgia e
15. Tamanho adequado	09 (100,0)	1	1	anestesia deve vir antes das orientações pré-operatórias.
Relevância				
16. Estimula o aprendizado	09 (100,0)	1	1	
17. Contribui para o conhecimento na área	09 (100,0)	1	1	Nenhum comentário.
18. Desperta interesse pelo tema	09 (100,0)	1	1	

*Item-level Content Validity Index; **Teste binominal

Tabela 5. Concordância dos experts acerca da validação de conteúdo do roteiro do vídeo educativo, por meio do IVCE (LEITE et al., 2018) – Parte 4- Uso Seguro de Medicamentos. Uberaba-MG, Brasil, 2022.

Itens	n (%)	I-CVI*	p**	Sugestões/críticas
Objetivos				
1. Contempla tema proposto	09 (100,0)	1	1	
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem	09 (100,0)	1	1	
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado	09 (100,0)	1	1	Nenhum comentário.
4. Proporciona reflexão sobre o tema	09 (100,0)	1	1	
5. Incentiva mudança de comportamento	09 (100,0)	1	1	
Estrutura e apresentação				
6. Linguagem adequada ao público-alvo	09 (100,0)	1	1	
7. Linguagem apropriada ao material educativo	09 (100,0)	1	1	
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo	09 (100,0)	1	1	
9. Informações corretas	09 (100,0)	1	1	
10. Informações objetivas	09 (100,0)	1	1	
11. Informações esclarecedoras	09 (100,0)	1	1	Nenhum comentário.
12. Informações necessárias	09 (100,0)	1	1	
13. Sequência lógica das ideias	09 (100,0)	1	1	
14. Tema atual	09 (100,0)	1	1	
15. Tamanho adequado	09 (100,0)	1	1	
Relevância				
16. Estimula o aprendizado	09 (100,0)	1	1	
17. Contribui para o conhecimento na área	09 (100,0)	1	1	Nenhum comentário.
18. Desperta interesse pelo tema	09 (100,0)	1	1	

*Item-level Content Validity Index; **Teste binominal

Tabela 6. Concordância dos experts acerca da validação de conteúdo do roteiro do vídeo educativo, por meio do IVCE (LEITE et al., 2018) – Parte 5- Prevenção de Lesão por Pressão. Uberaba-MG, Brasil, 2022.

Itens	n (%)	I-CVI*	p**	Sugestões/críticas	
Objetivos					
1. Contempla tema proposto	08 (88,8)	0,88	0,67	Inserir a definição de lesão por pressão.	
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem	09 (100,0)	1	1		
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado	09 (100,0)	1	1		
4. Proporciona reflexão sobre o tema	09 (100,0)	1	1		
5. Incentiva mudança de comportamento	09 (100,0)	1	1		
Estrutura e apresentação					
6. Linguagem adequada ao público-alvo	09 (100,0)	1	1	-Inserir de forma sequencial as medidas preventivas para as lesões por pressão. -Reduzir o tamanho do texto, pode ficar cansativo para o paciente.	
7. Linguagem apropriada ao material educativo	09 (100,0)	1	1		
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo	09 (100,0)	1	1		
9. Informações corretas	09 (100,0)	1	1		
10. Informações objetivas	09 (100,0)	1	1		
11. Informações esclarecedoras	09 (100,0)	1	1		
12. Informações necessárias	09 (100,0)	1	1		
13. Sequência lógica das ideias	08 (88,8)	0,88	0,67		
14. Tema atual	09 (100,0)	1	1		
15. Tamanho adequado	08 (88,8)	0,88	0,67		
Relevância					
16. Estimula o aprendizado	09 (100,0)	1	1		Nenhum comentário.
17. Contribui para o conhecimento na área	09 (100,0)	1	1		
18. Desperta interesse pelo tema	09 (100,0)	1	1		

*Item-level Content Validity Index; **Teste binominal

Tabela 7. Concordância dos experts acerca da validação de conteúdo do roteiro do vídeo educativo, por meio do IVCE (LEITE et al., 2018) – Parte 6- Prevenção de Quedas. Uberaba-MG, Brasil, 2022.

Itens	n (%)	I-CVI*	p**	Sugestões/críticas
Objetivos				
1. Contempla tema proposto	09 (100,0)	1	1	
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem	09 (100,0)	1	1	
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado	09 (100,0)	1	1	Nenhum comentário.
4. Proporciona reflexão sobre o tema	09 (100)	1	1	
5. Incentiva mudança de comportamento	09 (100,0)	1	1	
Estrutura e apresentação				
6. Linguagem adequada ao público-alvo	09 (100,0)	1	1	-Inserir sequencialmente as informações que podem
7. Linguagem apropriada ao material educativo	09 (100,0)	1	1	que podem
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo	09 (100,0)	1	1	aumentar a chance do paciente cair.
9. Informações corretas	09 (100,0)	1	1	-Reduzir o tamanho do texto
10. Informações objetivas	09 (100,0)	1	1	(fala), por ser o final do vídeo o paciente pode estar cansado.
11. Informações esclarecedoras	09 (100,0)	1	1	
12. Informações necessárias	09 (100,0)	1	1	
13. Sequência lógica das ideias	08 (88,8)	0,88	0,67	
14. Tema atual	09 (100,0)	1	1	
15. Tamanho adequado	08 (88,8)	0,88	0,67	
Relevância				
16. Estimula o aprendizado	09 (100,0)	1	1	
17. Contribui para o conhecimento na área	09 (100,0)	1	1	Nenhum comentário.
18. Desperta interesse pelo tema	09 (100,0)	1	1	

*Item-level Content Validity Index; **Teste binominal

Posteriormente à validação do conteúdo do roteiro do vídeo educativo participaram três *experts* para validação técnica do *storyboard*. Todos (100,0%) eram docentes da área de comunicação visual e do sexo masculino. Com relação à idade, a média obtida foi de 41,67 anos (DP±10,4), mínima de 30 e máxima de 50 anos. Já o tempo médio de formação foi de 10 anos (DP± 1,0), com mínimo de 9 e máximo de 11 anos. Sobre o nível de formação, todos (100,0%) possuíam doutorado e estavam vinculados a universidades, sendo um (33,3%) à Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), um (33,3%) à Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e outro (33,3%) à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

O *storyboard* do roteiro do vídeo educativo foi considerado válido, pois todos os itens apresentaram concordância de 100% pelos *experts*. Pequenos ajustes foram sugeridos a fim de melhorar as características audiovisuais no momento da produção do vídeo, a saber:

- *Expert* número 1- “*Nas partes II (Prevenção de Infecção relacionada à Assistência à Saúde), III (Cirurgia Segura), V (Prevenção de Lesão por Pressão) e VI (Prevenção de Quedas) descrever as imagens na sequência em que o narrador fala.*”;

- *Expert* número 2- “*Ao descrever os passos para higienização das mãos pensar em imagens dinâmicas, com movimentos, mostrando a execução de cada passo.*”;

- *Expert* número 3- “*Parabenizo pela construção do storyboard estar em consonância com o roteiro e a narração. Sugiro apenas colocar a palavra Lettering quando você quiser indicar que essa palavra seja escrita como texto durante o vídeo.*”.

Dessa forma, o *storyboard* do vídeo educativo apresentou relevância dos itens em termos de interação com o paciente, estímulo ao interesse, apresentação simples das informações, atratividade e a capacidade de ser reproduzido em diferentes contextos no período perioperatório.

8.2.2 Produção: construção do vídeo educativo acerca das práticas seguras no período perioperatório

A versão final do vídeo educativo, construída por meio do *software Videoscribe®*, foi intitulada como “Práticas seguras no perioperatório”, possuiu 7 minutos e 50 segundos de duração, foi renderizada em arquivo de vídeo (formato MP4), com resolução full HD/1080 pixel (1920x1080), e composta pelas animações disponibilizadas pelo *software*, após validação do *storyboard* pelos *experts*. A narração em áudio foi realizada pela própria

pesquisadora (tal como recomenda o décimo princípio da TCAM, o da voz), seguindo o roteiro do vídeo educativo elaborado e validado para esse fim.

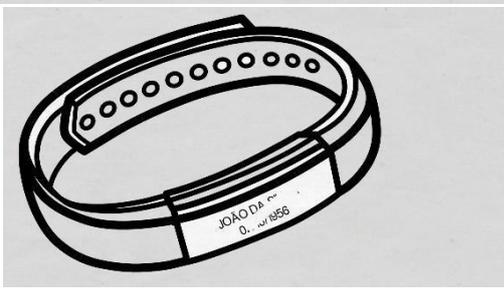
A ordem das informações presentes no vídeo seguiu a sequência das recomendações apresentadas no Manual da ANVISA (BRASIL, 2017b) e contemplou as dimensões: identificação do paciente, prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde, higienização das mãos, cirurgia segura, administração segura de medicamentos, prevenção de lesão por pressão e prevenção de quedas, respectivamente. A organização dos conteúdos textuais e das imagens foi operacionalizada conforme referencial teórico da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia (TCAM). As imagens, os conteúdos abordados e as conformidades com a TCAM encontram-se dispostos no quadro 9.

Quadro 9. Imagens, conteúdos abordados e conformidade com os princípios da TCAM. Uberaba-MG, Brasil, 2022.

Imagens	Conteúdo abordado
	<p>Capa: Apresentação do título – Práticas seguras no perioperatório.</p> <p>Utilizou-se um gravador de voz em ambiente silencioso para reforçar o recomendado no primeiro e décimo princípios da TCAM (coerência). Além disso, o vídeo foi dividido em seis partes, tal como previsto no sexto princípio da TCAM (segmentação).</p>
	<p>Apresentação: O que são eventos adversos?</p> <p>Apresentação geral do tema e explicação do que são os eventos adversos e de que forma o paciente pode ajudar a preveni-los.</p> <p>Corroborando com o sétimo princípio da TCAM (segmentação).</p>
	<p>Parte 1: Identificação do paciente.</p> <p>Corrobora com o segundo princípio da TCAM (sinalização): Presença de slide de apresentação para cada tema abordado, para melhor entendimento do paciente quanto à troca dos temas.</p>

Continua...

Quadro 9. Imagens, conteúdos abordados e conformidade com os princípios da TCAM. Uberaba-MG, Brasil, 2022. (Continuação)

Imagens	Conteúdo abordado
	<p>Parte 1: Identificação do paciente.</p> <p>Foi abordada a importância da pulseira de identificação, quando ela deve ser colocada, quais informações devem constar e o que fazer quando estiver danificada.</p>
	<p>Parte 1: Identificação do paciente.</p> <p>Orientações sobre o que fazer caso a pulseira de identificação danifique.</p>
	<p>Parte 2: Prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde.</p> <p>Foi abordado o conceito das infecções, a importância, os passos e os momentos para higienização das mãos. Reitera o terceiro princípio da TCAM (Contiguidade espacial): emprego de palavras auxiliares para designar imagens.</p>
	<p>Parte 2: Prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde.</p> <p>Para demonstrar os passos para higienização das mãos utilizou-se um vídeo de domínio público, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, por meio do sítio eletrônico: http://saude.gov.br.</p>

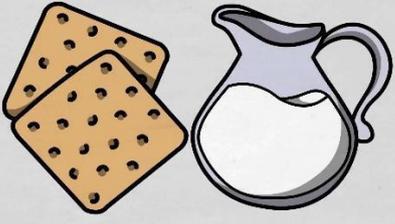
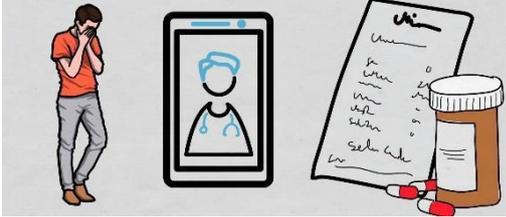
Continua...

Quadro 9. Imagens, conteúdos abordados e conformidade com os princípios da TCAM. Uberaba-MG, Brasil, 2022. (Continuação)

Imagens	Conteúdo abordado
	<p>Parte 2: Prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde.</p> <p>Foi abordada também a retirada, assim que possível, de dispositivos invasivos, além dos cuidados com pacientes em “precaução de contato”. Corrobora o terceiro princípio da TCAM (Contiguidade espacial): Destaque nas imagens “luvas” e “avental descartável”.</p>
	<p>Parte 2: Prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde.</p> <p>Orientações sobre a permanência por menor tempo possível dos dispositivos invasivos.</p>
	<p>Parte 3: Cirurgia segura.</p> <p>Foram abordados os cuidados que os pacientes devem ter antes e depois da cirurgia. Corrobora o quarto princípio da TCAM (redundância): foram utilizadas animação e narração para apresentar os cuidados antes da cirurgia.</p>
	<p>Parte 3: Cirurgia segura.</p> <p>Abordados também o consentimento cirúrgico e a marcação do sítio cirúrgico. Reforça o quinto princípio da TCAM (contiguidade temporal): Foram utilizadas palavras como “AUTORIZADO” para designar o consentimento cirúrgico.</p>

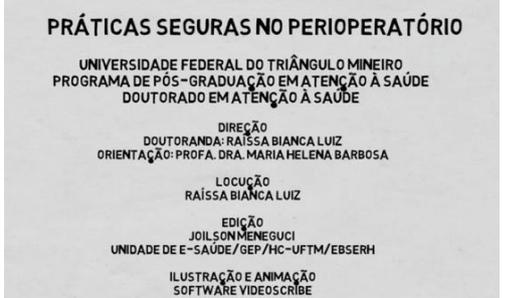
Continua...

Quadro 9. Imagens, conteúdos abordados e conformidade com os princípios da TCAM. Uberaba-MG, Brasil, 2022. (Continuação)

Imagens	Conteúdo abordado
<p data-bbox="228 488 555 517">CUIDADOS ANTES DA CIRURGIA</p> 	<p data-bbox="847 506 1214 595">Parte 3: Cirurgia segura. Marcação do sítio cirúrgico.</p>
	<p data-bbox="775 813 1286 902">Parte 3: Cirurgia segura. Orientações sobre jejum pré-operatório.</p>
<p data-bbox="233 1122 616 1151">USO SEGURO DE MEDICAMENTOS</p> 	<p data-bbox="751 1048 1310 1462">Parte 4: Uso seguro de medicamentos. Foi abordada a importância do paciente em conhecer o nome, a dosagem que está recebendo, bem como comunicar o profissional em caso de alterações. Reitera o oitavo princípio da TCAM (modalidade): optou-se por utilizar animação e narração.</p>
<p data-bbox="220 1570 616 1599">PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</p> 	<p data-bbox="743 1491 1318 1906">Parte 5: Prevenção de lesão por pressão. Foram abordados o conceito das lesões por pressão e as medidas preventivas para evitá-las. Reforça o nono princípio da TCAM (personalização): utilizada linguagem acessível ao público-alvo; por exemplo, para denominar região sacral, empregou-se a palavra “costas”.</p>

Continua...

Quadro 9. Imagens, conteúdos abordados e conformidade com os princípios da TCAM. Uberaba-MG, Brasil, 2022. (Continuação)

Imagens	Conteúdo abordado
 <p>FATORES QUE PODEM AUMENTAR AS CHANCES DE QUEDAS</p>	<p>Parte 6: Prevenção de quedas.</p> <p>Foram abordados os fatores que aumentam as chances do paciente em cair e medidas preventivas de quedas. Corrobora com o décimo segundo princípio da TCAM (multimídia): as palavras que aparecem no vídeo são acompanhadas de imagens.</p>
 <p>SUA PARTICIPAÇÃO É ESSENCIAL!</p>	<p>Encerramento enfatizando a importância do paciente participar do próprio cuidado à saúde e ajudar na prevenção de erros.</p>
 <p>PRÁTICAS SEGURAS NO PERIOPERATÓRIO</p> <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE DOUTORADO EM ATENÇÃO À SAÚDE</p> <p>DIREÇÃO DOUTORANDA: RAÍSSA BIANCA LUIZ ORIENTAÇÃO: PROFA. DRA. MARIA HELENA BARBOSA</p> <p>LOCUÇÃO RAÍSSA BIANCA LUIZ</p> <p>EDIÇÃO JOILSON MENEGUCI UNIDADE DE E-SAÚDE/ GEP/HC-UFTM/EBSERH</p> <p>ILUSTRAÇÃO E ANIMAÇÃO SOFTWARE VIDEOSCRIBE</p>	<p>Informações acerca do vídeo: título, direção, locução, ilustração/animação e edição.</p>

Conforme apresentado, a versão final do vídeo corroborou a TCAM e apresentou o conteúdo baseado nas recomendações do Manual da ANVISA (BRASIL, 2017b) concernente aos temas: identificação do paciente, prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde, higiene das mãos, cirurgia segura, uso seguro de medicamentos, prevenção de lesões por pressão e prevenção de quedas.

8.2.3 Pós-produção: validação da aparência do vídeo educativo e conformidade com a TCAM

A validação da aparência do vídeo e sua conformidade com a TCAM ocorreu na fase de pós-produção por *experts* com experiência no desenvolvimento de materiais multimídias como recurso educacional.

Foram enviados convites a 20 *experts*. Destes, oito não responderam a avaliação, mesmo após cinco tentativas de envio da carta-convite, três afirmaram não estar em momento oportuno para realizar a avaliação e quatro iniciaram o processo de preenchimento do formulário do *Google Forms*, porém não concluíram a avaliação do vídeo. Dessa forma, cinco *experts* aceitaram participar e avaliar o vídeo educativo.

A maioria era do sexo feminino (04; 80,0%), todos eram enfermeiros (05; 100,0%), a média de idade foi de 37,6 anos (DP±4,1), mínima de 33 anos e máxima de 42 anos e o tempo médio de formação foi de 15 anos (DP±4,1), mínimo de 11 e máximo de 20 anos. Quanto à formação profissional, quatro (80,0%) possuíam doutorado concluído e um (20,0%) em andamento. Todos os *experts* trabalhavam em instituições públicas federais, sendo três (60,0%) na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), um (20,0%) na Universidade de Uberlândia (UFU) e um (20,0%) na Universidade de Brasília (UNB) e com tempo médio na docência de 5,4 anos (DP±1,1), mínimo de 4 anos e máximo de sete anos.

Quanto à avaliação da aparência do vídeo, segundo o Instrumento de Validação da Aparência do Vídeo Educativo (FERREIRA et al., 2015), todos os itens foram avaliados com concordância igual ou superior a 80%. Nota-se que três questões (5, 7 e 8) do instrumento não obtiveram notas máximas.

A questão 5 foi referente à facilidade do paciente em aplicar os conceitos trabalhados dentro do contexto hospitalar. Os *experts* comentaram que algumas orientações não dependiam apenas do paciente/família e sim da equipe como um todo, tais como a utilização de luvas e aventais descartáveis para entrar em contato com pacientes em “precaução de contato”, a higienização das mãos dos profissionais que prestam assistência ao paciente e a marcação da lateralidade do membro que será operado, realizada pelo médico responsável pela cirurgia. Contudo, avaliaram que tais informações eram necessárias e pertinentes para melhorar o conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no período perioperatório.

Referente às questões 7 e 8, alguns *experts* julgaram o tamanho do vídeo como extenso (12 minutos e 34 segundos) e sugeriram que algumas cenas e falas fossem suprimidas sem prejuízo do conteúdo e da compreensão dos pacientes. Dessa forma, os ajustes foram acatados, o vídeo reformulado e enviado novamente aos *experts* até obtenção da versão final, apresentando tempo total de 7 minutos e 50 segundos.

A questão 9 não foi aplicável à avaliação uma vez que o vídeo foi produzido por animação, não sendo utilizada iluminação para observação da prática.

A tabela 8 demonstra os resultados desta etapa de validação.

Tabela 8. Concordância dos experts acerca da validação da aparência do vídeo educativo, segundo o Instrumento de Validação da Aparência do Vídeo Educativo (FERREIRA et al., 2015). Uberaba-MG, Brasil, 2022.

Questões	n (%)	I-CVI*	p**
Funcionalidade			
1. O vídeo apresenta-se como ferramenta adequada para o objetivo a que se destina.	05 (100,0)	1	1
2. O vídeo possibilita gerar resultados positivos no processo de ensino-aprendizagem na temática.	05 (100,0)	1	1
Usabilidade			
3. O vídeo é fácil de usar.	05 (100,0)	1	1
4. É fácil aprender os conceitos teóricos utilizados e suas aplicações.	05 (100,0)	1	1
5. Permite que o usuário tenha facilidade em aplicar os conceitos trabalhados no ambiente hospitalar.	04 (80,0)	0,80	0,64
Eficiência			
6. O vídeo permite a compreensão do tema.	05 (100,0)	1	1
7. A duração do vídeo (tempo utilizado) é adequada para que o usuário aprenda o conteúdo.	04 (80,0)	0,80	0,64
8. O número de cenas está coerente com o tempo proposto para o vídeo.	04 (80,0)	0,80	0,64
Técnica audiovisual			
9. A iluminação é adequada para observação da prática.	NA ^{***}	NA ^{***}	NA ^{***}
10. O tom e a voz do narrador são claros e adequados.	05 (100,0)	1	1
11. A narração do vídeo é utilizada de forma eficiente e compreensível à clientela.	05 (100,0)	1	1
12. É possível retornar a qualquer parte das cenas quando desejado.	05 (100,0)	1	1
Ambiente			
13. O vídeo reflete o cotidiano do ambiente hospitalar.	05 (100,0)	1	1
14. O ambiente utilizando cenas animadas não interferiu na fidelidade das orientações acerca das práticas seguras no perioperatório.	05 (100,0)	1	1
Procedimento			
15. Apresenta a importância das orientações das práticas seguras no período perioperatório.	05 (100,0)	1	1
16. Houve apresentação completa das principais orientações realizadas no período perioperatório quanto à segurança do paciente.	05 (100,0)	1	1
17. As recomendações quanto às práticas seguras no perioperatório estão adequadas.	05 (100,0)	1	1

*Item-level Content Validity Index; **Teste binominal; ***Não se Aplica

Referente à avaliação do vídeo considerando o referencial teórico utilizado, a TCAM, todos os itens também apresentaram concordância igual ou superior a 80%, apontando que o vídeo contemplou as TCAM. Apenas a questão 5 apresentou considerações. Foi observado, por um especialista, que a formação das imagens estava mais lenta que a narração, o que poderia prejudicar a atenção do espectador. A consideração foi acatada e o vídeo revisado e ajustado para que a contiguidade temporal fosse totalmente contemplada.

A concordância quanto aos princípios da TCAM se encontra apresentada na tabela 9.

Tabela 9. Concordância dos experts acerca da validação da aparência do vídeo educativo, segundo os princípios da TCAM. Uberaba-MG, Brasil, 2022.

Princípio da TCAM	n (%)	I-CVI*	p**
1. O vídeo apresenta coerência: supressão de palavras, imagens e sons estranhos.	05 (100,0)	1	1
2. O vídeo apresenta sinais que demonstram organização	05 (100,0)	1	1
3. O vídeo apresenta contiguidade espacial: palavras e imagens correspondentes estão próximas.	05 (100,0)	1	1
4. O vídeo optou por usar animação+ narração em vez de animação+ narração + texto	05 (100,0)	1	1
5. O vídeo apresenta contiguidade temporal: palavras e imagens correspondentes apresentadas simultaneamente.	04 (80,0)	0,80	0,64
6. O vídeo apresenta as informações em blocos e não de forma contínua, sem pausas.	05 (100,0)	1	1
7. O vídeo realiza apresentação geral do tema, antes de entrar nos assuntos específicos.	05 (100,0)	1	1
8. O vídeo utiliza animação + narração no lugar de animação + texto escrito.	05 (100,0)	1	1
9. O vídeo utiliza palavras acessíveis ao espectador em vez de terminologia formal.	05 (100,0)	1	1
10. O vídeo utilizou narração com voz humana no lugar de robôs computadorizados.	05 (100,0)	1	1
11. A imagem do orador não é imprescindível.	NA ^{***}	NA ^{***}	NA ^{***}
12. O vídeo utilizou palavras e imagens em vez de apenas palavras.	05 (100,0)	1	1

*Item-level Content Validity Index; **Teste binominal; ***Não se Aplica

Após todos os ajustes necessários, obteve-se a versão final do vídeo educativo, disponibilizada no link abaixo, a qual foi utilizada na terceira etapa do estudo – ensaio clínico randomizado, para testar a sua efetividade na melhora do conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no período perioperatório.

Link do vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=0vpr49mQmHE>

Figura 9. Link da versão final do vídeo educativo acerca das práticas seguras no período perioperatório. Uberaba-MG, Brasil, 2022.



8.3 TERCEIRA ETAPA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO

8.3.1 Caracterização sociodemográfica e clínica e a homogeneidade dos grupos experimental e controle

A amostra do estudo foi constituída de 100 participantes, sendo 50 no grupo controle (GC) e 50 no grupo experimental (GE) submetidos a cirurgias ortopédicas eletivas que ocorreram entre primeiro de junho e cinco de setembro de 2022. A maioria (51; 51,0%) era do sexo masculino e procedente de Uberaba (56; 56,0%). Como cidade de origem, destacaram-se também os municípios de Araxá (05; 5,0%), Iturama (05; 5,0%), Campo Florido (03; 3,0%), Fronteira (03; 3,0%), Ibiá (03; 3,0%), Perdizes (03; 3,0%) e Sacramento (03; 3,0%).

Em relação à aposentadoria, 75 (75,0%) não eram aposentados e as profissões com maior frequência foram trabalho autônomo (09; 9,0%), “do lar” (09; 9,0%), doméstica (07; 7,0%), vendedor (06; 6,0%), costureira (04; 4,0%) e auxiliar de serviços gerais (05; 5,0%).

Houve maior frequência de participantes casados/união estável (46; 46,0%), com renda familiar mensal de dois salários mínimos (62; 62,0%) e com ensino médio incompleto (36; 36,0%). Ressalta-se que não houve nenhum participante não alfabetizado. A média de idade foi de 51,84 anos (DP±14,41; mínima de 20; máxima de 86). A tabela 10 evidencia a caracterização sociodemográfica dos pacientes participantes da pesquisa.

Tabela 10. Distribuição de frequências de características sociodemográficas da amostra, considerando os grupos (GC e GE) e amostra total. Uberaba-MG, Brasil, 2022.

Variáveis	Características	GC N (%)	GE N (%)	Amostra total N (%)
Sexo	Masculino	30 (60,0)	21 (42,0)	51 (51,0)
	Feminino	20 (40,0)	29 (58,0)	49 (49,0)
	Total	50 (100,0)	50 (100,0)	100 (100,0)
Procedência	Uberaba	33 (66,0)	23 (46,0)	56 (56,0)
	Outras cidades de Minas Gerais	17 (44,0)	27 (54,0)	44 (44,0)
	Total	50 (100,0)	50 (100,0)	100 (100,0)
Aposentado	Sim	13 (26,0)	12 (24,0)	25 (25,0)
	Não	37 (74,0)	38 (76,0)	75 (75,0)
	Total	50 (100,0)	50 (100,0)	100 (100,0)
Estado Civil	Casado/União estável	21 (42,0)	25 (50,0)	46 (46,0)
	Solteiro com parceiro fixo	08 (16,0)	03 (6,0)	11 (11,0)
	Solteiro sem parceiro fixo	16 (32,0)	20 (40,0)	36 (36,0)
	Viúvo	05 (10,0)	02 (4,0)	07 (7,0)
	Total	50 (100,0)	50 (100,0)	100 (100,0)
Renda	Sem renda	01 (2,0)	01 (2,0)	02 (2,0)
	Um salário mínimo	09 (18,0)	07 (14)	16 (16,0)
	Dois salários mínimos	28 (56,0)	34 (68,0)	62 (62,0)
	Três a cinco salários mínimos	12 (24,0)	08 (16,0)	20 (20,0)
	Total	50 (100,0)	50 (100,0)	100 (100,0)
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	09 (18,0)	09 (18,0)	18 (18,0)
	Ensino fundamental completo	07 (14,0)	10 (20,0)	17 (17,0)
	Ensino médio incompleto	18 (36,0)	18 (36,0)	36 (36,0)
	Ensino médio completo	15 (30,0)	11 (22,0)	26 (26,0)
	Ensino superior incompleto	00 (0,0)	01 (2,0)	01 (1,0)
	Ensino superior completo	01 (2,0)	01 (2,0)	02 (2,0)
	Total	50 (100,0)	50 (100,0)	100 (100,0)

Em relação aos dados clínicos (Tabela 11), a maioria dos participantes 59 (59,0%) já havia apresentado internações prévias, das quais 35 (35,0%) com tempo igual ou superior a um ano; 56 (56,0%) já haviam realizado cirurgia prévia, das quais 34 (34,0%) com tempo igual ou superior a um ano. As cirurgias prévias mais realizadas estavam relacionadas às cirurgias ortopédicas (39; 39,0%), seguidas de cirurgias do aparelho digestivo (08; 8,0%), cirurgias oftalmológicas (03; 3,0%), ginecológicas (03; 3,0%) e outras como revascularização

do miocárdio (01; 1,0%), varizes (01; 1,0%) e queimadura (01; 1,0%). Em relação à cirurgia eletiva atual, a mais realizada foi a retirada de placas e/ou parafusos (14; 14,0%), seguida de artroplastia total de joelho (12; 12,0%), ressecção de tumor de partes moles (10; 10,0%) e artroplastia de quadril (09; 9,0%).

A maioria dos participantes não apresentava comorbidades (58; 58,0%) e, entre os que apresentavam, houve predomínio de hipertensão arterial (32; 32,0%), diabetes mellitus tipo II (17; 17,0%), dislipidemia (03; 3,0%), depressão (03; 3,0%), osteomielite (02; 2,0%) e outras, a saber: doença pulmonar obstrutiva crônica (01; 1,0%), cardiopatia (01; 1,0%), hipotireoidismo (01; 1,0%), artrite reumatoide (01; 1,0%), asma (01; 1,0%), doença de chagas (01; 1,0%), neoplasia (01; 1,0%), síndrome retroviral (01; 1,0%) e hepatite C (01; 1,0%). Ressalta-se que alguns participantes apresentaram concomitantemente mais de uma comorbidade. A tabela 11 evidencia as características clínicas dos participantes da pesquisa.

Tabela 11. Distribuição de frequência de características clínicas da amostra, considerando os grupos (GC e GE) e amostra total. Uberaba-MG, Brasil, 2022.

Variáveis	Características	GC N (%)	GE N (%)	Amostra total N (%)
Internação prévia	Sim	28 (56,0)	31 (62,0)	59 (59,0)
	Não	22 (44,0)	19 (38,0)	41 (41,0)
	Total	50 (100,0)	50 (100,0)	100 (100,0)
Cirurgia prévia	Sim	27 (54,0)	29 (58,0)	56 (56,0)
	Não	23 (46,0)	21 (42,0)	44 (44,0)
	Total	50 (100,0)	50 (100,0)	100 (100,0)
Comorbidades	Sim	21 (42,0)	21 (42,0)	42 (42,0)
	Não	29 (58,0)	29 (58,0)	58 (58,0)
	Total	50 (100,0)	50 (100,0)	100 (100,0)

Quanto à homogeneidade dos grupos, considerando as variáveis idade, renda, escolaridade e cirurgias prévias e o teste t e o Qui-Quadrado, realizados, evidenciou-se que os grupos experimental e controle são homogêneos e comparáveis, conforme Tabelas 12 e 13, respectivamente.

Tabela 12. Descrição da homogeneidade da amostra quanto à idade, considerando os grupos controle e experimental. Uberaba-MG, Brasil, 2022.

Variável/Grupos	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP*	p ‡
Idade						
Gr. controle	20	86	54	53,0	14,6	0,424
Gr. experimental	22	81	49	50,7	14,2	

*Desvio padrão

‡teste t de Student para amostras independentes

Tabela 13. Descrição da homogeneidade da amostra quanto à escolaridade, renda e cirurgia prévia, considerando os grupos controle e experimental. Uberaba/MG, Brasil, 2022.

Variáveis	Características	GC N (%)	GE N (%)	p*
Escolaridade	Ensino médio incompleto ou menos	34 (68,0)	37 (74,0)	0,509
	Ensino médio completo ou mais	16 (32,0)	13 (26,0)	
Renda	Menor ou igual a dois salários mínimos	38 (76,0)	42 (84,0)	0,317
	Maior que dois salários mínimos	12 (24,0)	8 (16,0)	
Cirurgia prévia	Sim	27 (54,0)	29 (58,0)	0,687
	Não	21 (42,0)	21 (42,0)	

*teste Qui-Quadrado

8.3.2 Comparação do conhecimento dos pacientes, intragrupo, acerca das práticas seguras no período perioperatório, antes e após a utilização do vídeo educativo ou orientações padrão

A tabela 14 apresenta os resultados da análise intragrupos, com medidas de tendência central e variabilidade para a média da diferença do conhecimento do paciente, pós e pré-intervenção, segundo o Instrumento de Avaliação do Conhecimento acerca das Práticas Seguras no período Perioperatório, considerando os dois grupos controle e experimental.

Pode-se observar aumento na média do conhecimento tanto para o grupo controle quanto para o grupo experimental, ou seja, tanto as orientações fornecidas pela equipe de enfermagem, conforme rotina padrão, quanto o vídeo educativo, foram capazes de propiciar aumento na média de conhecimento dos pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas eletivas. Contudo, para avaliar a efetividade do vídeo educativo é necessária a análise entre grupos, a ser descrita na seção 8.3.3.

Tabela 14. Medidas de tendência central e variabilidade para a média da diferença do conhecimento do paciente, pós e pré intervenção, considerando os grupos controle e experimental. Uberaba-MG, Brasil, 2022.

Grupos / Tempos	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP*	p†
Grupo controle						
Pré-orientações-padrão	0	8	2,00	2,96	2,62	<0,001
Pós-orientações-padrão	0	8	5,00	4,44	2,65	
Grupo experimental						
Pré-vídeo educativo	0	8	3,00	3,02	1,91	<0,001
Pós-vídeo educativo	0	8	8,00	6,74	2,25	

* Desvio padrão

† teste t pareado

8.3.3 Comparação do conhecimento dos pacientes, entre grupos, acerca das práticas seguras no período perioperatório dos grupos experimental e controle

Ao investigar a efetividade do vídeo educativo no aumento do conhecimento dos pacientes quanto às práticas seguras no perioperatório, considerando os grupos experimental e controle, calculou-se a média da diferença do conhecimento dos pacientes, pós e pré-intervenção (Tabela 15). Dessa forma, o ganho de conhecimento considerou para cada participante a média da diferença entre o número de acertos após intervenção menos o número de acertos pré intervenção.

Os resultados evidenciaram que a média da diferença do grupo experimental foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$) maior quando comparada à do grupo controle.

Quando calculada a magnitude do efeito da intervenção, obteve-se um d de Cohen de 1,22, indicando uma grande magnitude do efeito. Assim entende-se que quanto maior o efeito, maior o impacto da intervenção, ou seja, maior o impacto do vídeo educativo no conhecimento dos participantes acerca das práticas seguras no período perioperatório.

Tabela 15. Média da diferença do conhecimento do paciente, pós e pré intervenção, considerando os grupos controle e experimental. Uberaba-MG, Brasil, 2022.

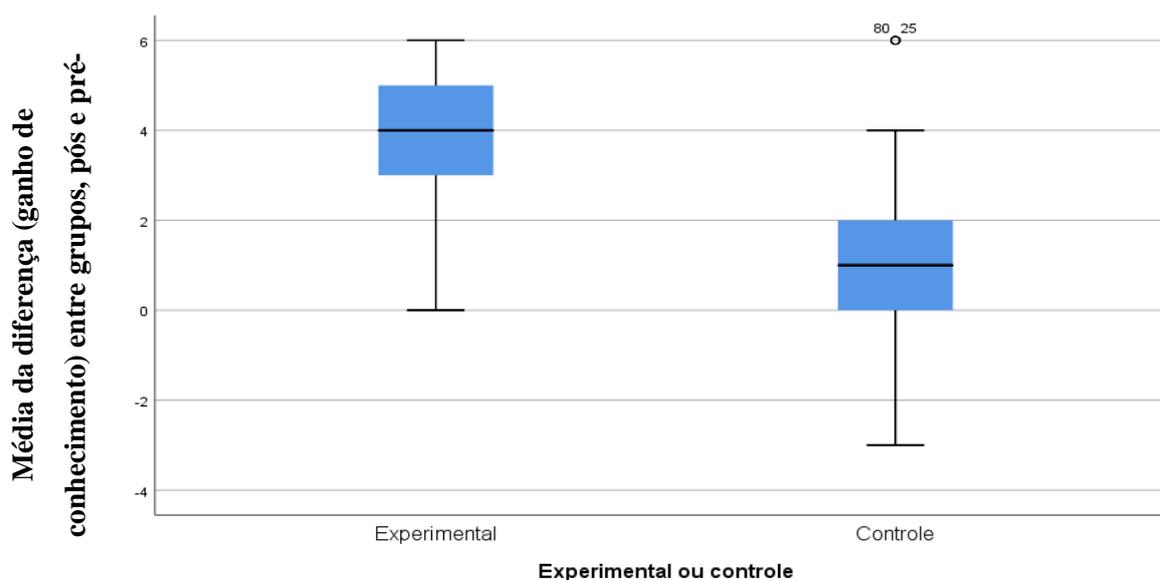
Parâmetro	n*	Média	DP†	p‡
Conhecimento				
Grupo Controle	50	1,48	1,81	<0,001
Grupo Experimental	50	3,72	1,84	

*n - número de participantes; †DP - Desvio-Padrão; ‡p - valor de p referente ao cálculo do teste t de *Student* para amostras independentes.

Além disso, ao realizar o cálculo do poder estatístico *a posteriori*, conforme os dados da tabela anterior, baseando-se nas médias e nos desvios padrão dos grupos experimental e controle, considerando uma amostra de 100 participantes e um nível de significância $\alpha= 0,05$, observou-se que o poder estatístico atingido foi maior que 99%.

A Figura 10 apresenta a média da diferença do conhecimento do paciente, pós e pré intervenção ou orientações-padrão.

Figura 10. Gráfico da média da diferença (ganho de conhecimento) do conhecimento pós e pré-intervenção ou orientações-padrão, considerando os grupos controle e experimental. Uberaba-MG, Brasil, 2022.



8.3.4 Análise do ganho de conhecimento do paciente nas questões do instrumento de coleta de dados antes e após a intervenção

Ao analisar a quantidade de acertos do Instrumento de Avaliação do Conhecimento acerca das Práticas Seguras no período Perioperatório, entre os grupos controle e experimental, percebe-se que, na Parte 1 - Identificação do paciente, para ambos os grupos, houve semelhança na quantidade de acertos antes e após as orientações-padrão e a intervenção.

Referente à Parte 2 - Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, a questão três não apresentou diferença na quantidade de acertos para ambos os grupos, ou seja, obtiveram a mesma pontuação antes e após o vídeo educativo ou orientações-padrão, o que demonstrou ausência de ganho de conhecimento referente a esse item. A pergunta três versava sobre o tempo de utilização dos dispositivos invasivos, higienização das mãos e conduta com os pacientes em “precaução de contato”.

Na Parte 3 - Cirurgia Segura e Parte 4 - Uso Seguro de Medicamentos, nota-se que, depois da intervenção, o grupo experimental apresentou um número de acertos superior ao grupo controle, após as orientações-padrão.

Quanto às Partes 5 e 6 (Prevenção de Lesão por Pressão e Quedas), houve diferença entre os grupos. O grupo experimental apresentou quantidade expressivamente maior de acertos comparado ao grupo controle.

A tabela 16, a seguir, apresenta os resultados da análise do ganho de conhecimento do paciente, em cada questão do instrumento de coleta de dados, antes e após a intervenção.

Tabela 16. Análise do ganho de conhecimento para cada questão do Instrumento de Avaliação do Conhecimento acerca das Práticas Seguras no período Perioperatório, pré e pós intervenção ou orientações-padrão. Uberaba-MG, Brasil, 2022.

Questões	Grupo Controle				Grupo Experimental				
	Pré-Orientações-padrão		Pós-Orientações-padrão		Pré-Vídeo Educativo		Pós-Vídeo Educativo		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Parte 1- Identificação do Paciente									
1. Quando você entra no hospital, quando deve ser realizada a sua identificação?	19	38,0	40	80,0	12	24,0	47	94,0	
2. Sobre a identificação do paciente, existe apenas uma resposta certa, qual é ela?	17	34,0	40	80,0	14	28,0	45	90,0	
Parte 2- Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde									
3. Sobre as infecções hospitalares, qual das medidas abaixo ajuda a prevenir essas infecções?	28	56,0	28	56,0	42	84,0	42	84,0	
4. Sobre a higienização das mãos, qual alternativa está correta?	27	54,0	32	64,0	30	60,0	43	86,0	
Parte 3- Cirurgia Segura									
5. Sobre a cirurgia segura, existe apenas uma opção certa, qual é ela?	21	42,0	27	54,0	24	48,0	41	82,0	
Parte 4- Uso Seguro de Medicamentos									
6. Sobre os erros de medicação, qual a única alternativa correta?	17	34,0	24	48,0	22	44,0	40	80,0	
Parte 5- Prevenção de Lesão por Pressão									
7. As lesões por pressão são feridas causadas quando uma área do corpo é pressionada por muito tempo. O que você pode fazer para que essas feridas não ocorram?	09	18,0	14	28,0	04	8,0	40	80,0	
Parte 6- Prevenção de Quedas									
8. Quais situações abaixo aumentam a chance do paciente cair?	10	20,0	17	34,0	03	6,0	39	78,0	

9 DISCUSSÃO

A fim de organização das ideias na discussão, a mesma segue apresentada em dois tópicos: o primeiro sobre a construção e validação do vídeo educativo e o segundo acerca da comparação intra e intergrupo do conhecimento dos pacientes acerca das práticas seguras durante o perioperatório.

9.1 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO VÍDEO EDUCATIVO

As organizações de saúde devem se comprometer com o desenvolvimento de uma cultura de segurança, ou seja, com um conjunto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento de indivíduos e grupos que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão de segurança e da saúde de uma instituição. Uma cultura de segurança do paciente positiva caracteriza-se por comunicações baseadas na confiança mútua, em percepções compartilhadas da importância da segurança, na confiança e na efetividade de medidas preventivas de EA (WAGNER et al., 2019).

Uma das ações utilizadas para estimular a implementação de uma cultura de segurança é a ampliação das medidas educativas realizadas pela instituição (MIASSO et al., 2006). Percebe-se que quanto mais os sujeitos que compõem as instituições de saúde (gestores, profissionais de saúde, pacientes e seus familiares) estão capacitados para a promover a segurança do paciente, maiores são as chances de participarem do cuidado seguro e contribuírem para a prevenção de erros (BRASIL, 2017b).

Dessa forma, estimula-se a realização de estudos que investiguem estratégias educativas efetivas focadas no envolvimento ativo do paciente no cuidado e que considerem as especificidades do Sistema Único de Saúde, a fim de reduzir a possibilidade de eventos adversos, melhorar a qualidade da assistência e promover a cultura de segurança nas instituições de saúde (LUIZ et al., 2022).

Na presente pesquisa, a estratégia educativa utilizada foi o vídeo, que teve seu conteúdo validado e considerado ao público-alvo.

Ao longo do vídeo, foram discutidas as práticas seguras no período perioperatório, incluindo as recomendações contidas no manual “Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente?”, publicado pela ANVISA (BRASIL, 2017b). O conteúdo do vídeo

concentrou-se, principalmente, em dois momentos do perioperatório: antes e após a realização de cirurgias.

No período pré-operatório, o paciente é fundamental para implementação de práticas seguras, por meio da conferência dos dados corretos de sua identificação, do fornecimento de informações à equipe sobre suas condições de saúde, como cirurgias prévias, uso de medicamentos, alergias, presença de comorbidades, da assinatura do termo de consentimento cirúrgico, do envolvimento na marcação da lateralidade do sítio operatório, entre outros. No período pós-operatório, sua participação também é fundamental para comunicação de eventuais alterações ou intercorrências, para aplicação de medidas preventivas de LPP e quedas, bem como no entendimento das orientações repassadas pela equipe para o tratamento após a cirurgia. Já no período intraoperatório, o paciente, na maioria das vezes, está sedado e não consegue participar diretamente da sua assistência (BRASIL, 2017b).

Nesse sentido, os conteúdos abordados no vídeo, referentes ao conceito de eventos adverso, à identificação do paciente, à prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, à segurança cirúrgica, ao uso seguro de medicamentos, à prevenção de LPP e quedas, foram relevantes diante da necessidade de capacitação e envolvimento do paciente no cuidado seguro.

Inicialmente, o vídeo apresentou a definição do conceito de EA para introduzir o paciente no tema e mostrar sua importância na prevenção dos erros assistenciais. Após, foi abordada a identificação do paciente, tópico explorado principalmente em relação ao uso da pulseira de identificação, às informações que ela deve conter e à forma/momento de colocá-la.

As diretrizes relacionadas à segurança do paciente preconizam a identificação dos pacientes assim que são admitidos no serviço. Tal identificação, em geral, ocorre por meio de uma pulseira colocada no pulso, com a qual o paciente permanecerá enquanto estiver recebendo os cuidados assistenciais. Recomenda-se que a pulseira inclua, no mínimo, duas formas de identificação, como nome completo e data de nascimento (BRASIL, 2017b).

Contudo, resultado de pesquisa realizada com pacientes hospitalizados na Turquia, preocupou os autores pelo grande desconhecimento dos participantes quanto ao uso da pulseira de identificação (CENGIZ; CELIK; HIKMET, 2016). Dados divergentes foram encontrados em estudo realizado em um hospital universitário, no Sul do Brasil, no qual os pacientes, quando questionados a respeito de EA mencionaram, entre outros, a identificação correta do paciente. Além disso, os participantes reconheceram a importância do uso da pulseira de identificação para conferência das informações nela contidas pelos profissionais

de saúde, antes da realização de qualquer procedimento, sendo esta uma importante barreira para prevenção de EA (PERES et al., 2018).

A segunda parte do vídeo versou sobre a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Discutiu-se o tempo da utilização de dispositivos invasivos, bem como a higienização das mãos e as medidas preventivas para pacientes em precaução de contato.

As IRAS são infecções adquiridas durante a assistência à saúde, não incluindo aquelas que possam estar incubadas durante a admissão do paciente à unidade de saúde ou hospital, e têm sido reconhecidas como um desafio no processo de saúde e doença (CAVALCANTE et al., 2019). Ressalta-se que a maioria das IRAS é transmitida pelas mãos, de modo que uma das principais medidas, mais simples e mais baratas, é a higienização das mãos com água e sabonete ou preparação alcoólica (líquida, em espuma ou gel). Essa medida deve ser adotada não apenas pelos profissionais, mas também pelo próprio paciente, por seus familiares, acompanhantes ou visitantes (BRASIL, 2017b).

Contudo, estudos revelam que o conhecimento de paciente e acompanhantes em relação às IRAS é insuficiente e que o fornecimento de orientações sobre este tema mostra-se frequentemente inadequado, sobretudo no que se refere às medidas de precaução dos pacientes. Tais fatores são considerados dificultadores para a prevenção e o controle das IRAS. Desse modo, acredita-se que a educação em saúde possa ampliar a compreensão das práticas de biossegurança e melhorar o envolvimento de pacientes e familiares, favorecendo a segurança do paciente (AZEVEDO et al., 2018; HOFFMANN et al., 2019).

Nesse contexto, dada a relevância na prevenção das IRAS, julgou-se fundamental a abordagem deste assunto no vídeo educativo, no intuito de melhorar o conhecimento de pacientes e acompanhantes, estimulando-os a contribuir com o cuidado seguro.

Paralelamente, o desenvolvimento de pesquisas baseadas em evidências permite preencher lacunas do conhecimento a esse respeito e subsidia a disponibilização de recursos materiais e financeiros para aplicação em estratégias educativas efetivas de capacitação (ZEHURI; SLOB, 2018).

Na terceira parte do vídeo discutiu-se a temática da segurança cirúrgica, que incluiu o consentimento para que a cirurgia seja realizada, o fornecimento de informações do paciente sobre quaisquer alergias, condições de saúde e medicamentos por ele utilizados, marcação da lateralidade do sítio cirúrgico, além de orientações para comunicar à equipe qualquer intercorrência no pós-operatório.

A segurança cirúrgica é composta por um conjunto de medidas cujo objetivo é a prevenção de falhas que podem acontecer antes, durante e após os procedimentos de anestesia e cirurgia. Tais medidas buscam garantir que o paciente, o local, a lateralidade, e o procedimento sejam corretos (BRASIL, 2017b). Por isso, considera-se essencial orientar o paciente a respeito de quais principais práticas de segurança devem ser implementadas para que o cuidado seja fornecido de maneira segura (GALATTI; PANZETTI, 2022).

Estudo qualitativo realizado com pacientes submetidos à cirurgia colorretal, na Suécia, demonstrou que o fornecimento de informações sobre a cirurgia no período pré-operatório melhorou a percepção quanto à segurança cirúrgica e durante o período de internação (AASA; HOVBÄCK; BERTERÖ, 2013). Resultados de outro estudo qualitativo, que objetivou analisar a experiência do paciente na coprodução de cuidados pertinentes aos protocolos de segurança, identificou que, referente ao protocolo de cirurgia segura, o envolvimento do paciente esteve presente no momento do consentimento cirúrgico e na marcação do sítio operatório, quando a intervenção exigia lateralidade (COSTA et al., 2020). Dessa forma, é possível perceber que o fornecimento de orientações quanto à segurança cirúrgica pode estimular a participação do paciente na melhoria da segurança do procedimento cirúrgico.

Outra informação importante que integrou o conteúdo do vídeo foi quanto ao uso seguro de medicamentos. O vídeo recomenda que o paciente informe para a equipe qualquer reação que venha a apresentar após a administração medicamentosa, e que o profissional de saúde saiba o nome, a dosagem e a função dos medicamentos administrados, bem como confira a identificação do paciente e higienize as mãos antes de administrá-los.

Os EA relacionados à administração medicamentosa são eventos evitáveis e que apresentam diversos fatores capazes de contribuir com a ocorrência do erro, tais como problemas de comunicação, de prescrição, de dispensação e de administração, além de problemas relacionados a rótulos, embalagens e nomes dos medicamentos. Recomenda-se, portanto, a conferência das informações no rótulo dos medicamentos e na pulseira do paciente para evitar EA (BRASIL, 2017b).

Dados de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos mostram a incidência anual de um milhão de vítimas de erros de medicação, os quais geram custo de 42 bilhões de dólares por ano (BRITO et al., 2022). Isso, por si só, demonstra o impacto negativo desses eventos para a economia, os pacientes, os serviços e profissionais de saúde.

Outro aspecto que merece destaque é a falta de conhecimento dos pacientes quanto às medidas preventivas nas recomendações do uso seguro de medicamentos. Resultados de um

estudo qualitativo realizado em hospital público, universitário, brasileiro, certificado pela *Joint Commission International*, demonstrou que a maioria dos pacientes entrevistados desconhecia os cuidados na administração de medicamentos e muitos acreditavam que se houvesse confiança na equipe de saúde, a conferência da identificação, antes da administração medicamentosa, tornava-se desnecessária (COSTA et al., 2020). Tais resultados demonstram a urgência em melhorar o conhecimento dos pacientes quanto à temática, tendo em visto os prejuízos físicos, emocionais, sociais e econômicos dos EA relacionados a erros de medicações (GUERRA et al., 2021).

Foi abordada no vídeo a prevenção de LPPs, principalmente no que se refere às medidas preventivas que incluem a atuação do paciente, tais como uso de hidratantes, manutenção de pele seca, utilização de apoios e travesseiros capazes de proteger o calcanhar, a panturrilha e os cotovelos, bem como uso de água morna e sabão neutro para limpeza da pele. Esse tipo de lesão, vale lembrar, também pode ocorrer em ossos, tendões e músculos caso a compressão seja prolongada o suficiente para isso (ARAÚJO et al., 2022; BRASIL, 2017b).

Ressalta-se, portanto, ser imprescindível a implementação de medidas educativas sobre LPPs nas instituições de saúde que incluam o paciente e a família como um elemento estratégico do cuidado ao paciente. Estudo realizado com pacientes hospitalizados do Rio Grande do Sul demonstrou que a educação em saúde sobre as medidas preventivas de LPP foi capaz de melhorar o conhecimento dos familiares e cuidadores quanto à temática, bem como o manejo dos pacientes nos domicílios, evitando a ocorrência de LPP (STAMM; PONSE; SANTOS, 2019). Dados semelhantes foram encontrados em estudo australiano, segundo o qual o fornecimento de informações referentes à prevenção de LPP e a valorização das experiências do paciente e familiares podem favorecer o papel proativo desses sujeitos nas medidas preventivas da LPP (LATIMER; CHABOYER; GILLESPIE, 2014).

Outros achados também consideram que o processo educativo é uma importante intervenção para melhorar o conhecimento do paciente/familiares e estimulá-los a participarem das ações preventivas em saúde. Segundo estudo realizado em oito hospitais da Austrália, pacientes que participaram da intervenção educativa, por meio de um *bundle* de informações referentes à prevenção de LPP, apresentaram maior envolvimento nos cuidados de prevenção de LPP (ROBERTS et al, 2017). Pesquisa quase experimental, realizada em um hospital universitário no Brasil com pacientes de uma unidade de terapia intensiva, incluiu a

família no plano de cuidados preventivos de LPP e identificou redução na incidência e na gravidade das lesões após a intervenção (LOUDET et al., 2017).

A prevenção de quedas também foi um conteúdo que integrou o conteúdo do vídeo, com foco nos fatores que aumentam as chances deste evento. Acredita-se que se o paciente for capaz de identificar tais fatores, poderá utilizar medidas preventivas para evitá-las. As quedas são consideradas EA que podem causar danos graves como: traumas em tecidos, fraturas e até mesmo a morte, sendo, portanto, necessário que as organizações de saúde adotem medidas capazes de reduzir a ocorrência desses eventos. As principais medidas preventivas incluem a avaliação do risco de quedas, o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro e a conscientização de paciente, família e profissionais quanto aos riscos (BRASIL, 2017b).

Nesse sentido, a educação em saúde é uma estratégia que aprimora o conhecimento sobre riscos de quedas, aumentando, potencialmente, a adesão do paciente às recomendações (XIMENES et al., 2022). Estudo realizado com 22 pacientes internados em unidades clínicas e cirúrgicas de um hospital brasileiro destacou que as orientações sobre medidas preventivas de queda incluíam manter as grades altas, a cama baixa e solicitação de auxílio para sair da cama acompanhado, o que corrobora as informações repassadas pelo vídeo educativo. Além disso, os pacientes deste estudo reconheceram e valorizaram as medidas adotadas para prevenção das quedas (COSTA et al., 2020).

Investigação realizada em um hospital na Espanha demonstrou que a implementação de uma intervenção, que incluiu a participação do paciente e da família, foi capaz de reduzir significativamente esses eventos, tanto nas quedas em geral como nas quedas com danos (VONNES; WOLF, 2017).

Ressalta-se que, embora o vídeo tenha sido construído com base nas recomendações do Manual da ANVISA, importante referência para participação de pacientes e familiares nas medidas de segurança no período perioperatório, o processo de validação foi importante para obtenção de respaldo científico quanto à validade de conteúdo do vídeo educativo. Ademais, as considerações dos *experts* no aspecto audiovisual foram significativas para o estudo e evidenciaram, em uma análise criteriosa, como a interdisciplinaridade é importante e como o conhecimento da área tecnológica foi relevante para que a pesquisadora agregasse conhecimentos e pudesse desenvolver o vídeo com dinamismo e qualidade.

O conteúdo do vídeo educativo, contendo as informações necessárias acerca da temática, foi considerado adequado pelos *experts* que participaram do processo de validação.

Resultados semelhantes foram obtidos em estudo brasileiro, o qual desenvolveu um vídeo educativo baseado nas notificações de eventos adversos relacionados ao cuidado seguro em uma instituição de saúde e nas diretrizes de Segurança do Paciente da OMS. O vídeo produzido com o auxílio do software de animação 2D denominado *Animaker* foi avaliado pelos *experts*, os quais também concordaram em relação à qualidade e à quantidade do conteúdo (PEIXOTO, 2019).

Destaca-se que um dos itens avaliados quanto ao conteúdo do vídeo foi estrutura e apresentação, que considera, entre outros aspectos, a apresentação correta das informações, a compreensão pelo público-alvo e a capacidade de estimular o processo de ensino-aprendizagem (LEITE et al., 2018). O conteúdo abordado em uma tecnologia audiovisual com potencial para sensibilizar o público-alvo necessita ser compreensível por qualquer pessoa e claro em sua abordagem técnica e científica (ROSA et al., 2019). Dessa forma, é fundamental considerar a capacidade de compreensão da população quanto ao conteúdo divulgado, inclusive no que se refere à utilização de termos técnicos e científicos que permeiam a área da saúde.

Além disso, foi possível observar a concordância dos *experts* quanto ao estímulo à aprendizagem, à reflexão sobre o tema e ao esclarecimento de dúvidas acerca do conteúdo abordado no vídeo educativo. Nesse sentido, o vídeo corrobora achados de outro estudo que elaborou um vídeo educativo sobre aplicação de insulina para pacientes e cuidadores, o qual, após a avaliação dos *experts*, foi considerado coerente e capaz de proporcionar conhecimento e reflexão sobre a temática (SILVA et al., 2021).

A literatura científica recomenda que os conteúdos abordados nos vídeos sejam elaborados de forma a facilitar a aprendizagem, proporcionar o desenvolvimento do pensamento crítico e favorecer uma visão interdisciplinar (RAZERA et al., 2014; VARGAS; ROCHA; FREIRE, 2007).

Em relação à aparência do vídeo e coerência com os princípios do referencial teórico utilizado, os *experts* concordaram que as cenas estão organizadas, possuem ilustrações simples, sendo as imagens expressivas e suficientes. Pode-se dizer que a utilização de imagens interativas contribui para sensibilizar, motivar e educar o espectador por meio da percepção suscitada nas mensagens, ao traduzirem valores que não poderiam ser expostos apenas em textos (ROSA et al., 2019).

Na mesma perspectiva, defende-se que a linguagem audiovisual, com a transmissão de imagens, permita a captação de informações que vão além do estado consciente, uma vez que o espectador se identifica ou se relaciona com elas de alguma forma (MORÁN, 2015).

Além disso, a utilização do recurso tecnológico deve apresentar uma avaliação satisfatória nos quesitos funcionalidade, usabilidade, eficiência, técnica audiovisual, ambiente e procedimento (DANTAS et al., 2022), o que corrobora os achados da presente pesquisa, na etapa de validação da aparência do vídeo educativo.

Outro aspecto que merece atenção é o tempo de duração do vídeo, por interferir no interesse de quem o assiste e gerar impacto no espectador (AMARAL; MEIRA, 2017). Estudos recomendam que os vídeos educativos tenham, em média, menos de 10 minutos e não ultrapassem 15 minutos (CAMPOY et al, 2018; HARTSELL; YUEN, 2006; FLEMING; REYNOLDS; WALLACE, 2009). Uma das vantagens na utilização de vídeos mais curtos é estimular que o conteúdo seja visto por completo, evitando que o mesmo se torne cansativo, além de reforçar o entendimento por parte dos espectadores, sem que sejam interrompidos ou desistam de assisti-lo por quaisquer que sejam os motivos (AMARAL; MEIRA, 2017; RAMOS; PEREIRA; SILVA, 2019).

Quanto à utilização da TCAM como referencial teórico estudos apontam que essa teoria é capaz de orientar o planejamento e a criação de multimídias para apoiar a compreensão de vídeos educativos como forma de aprendizagem (CAVANAGH; KIERSCH, 2022; COSTA et al., 2021).

Diante do exposto, faz-se necessário que o referencial teórico utilizado em estudos metodológicos seja adequado e capaz de nortear a utilização dos recursos tecnológicos para educação em saúde, considerando as particularidades e especificidades do público-alvo

9.2 COMPARAÇÃO INTRA E INTERGRUPO DO CONHECIMENTO DOS PACIENTES ACERCA DAS PRÁTICAS SEGURAS NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO

A participação do paciente no cuidado seguro é uma estratégia recomendada por organizações comprometidas com a segurança do paciente e pode ser estimulada por meio de intervenções educativas que melhorem o conhecimento do indivíduo acerca das práticas seguras em saúde (BRASIL, 2017a; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2009).

Acredita-se que pacientes bem informados estão mais propensos a participarem das atividades assistenciais e a confiarem na sua capacidade de tomada de decisões (LONGTIN et

al., 2010). Dessa forma, estratégias educacionais que incluam o reconhecimento de potenciais situações de riscos e as condutas adotadas para prevenir erros podem fornecer conhecimento necessário para estimular o envolvimento do paciente nas questões de segurança (CHO; LEE, 2021; MACKINTOSH et al., 2020).

A presente pesquisa identificou que, na análise intragrupos, houve melhora do conhecimento dos participantes acerca das práticas seguras no período perioperatório, o que demonstra que as orientações fornecidas pela equipe e a utilização do vídeo educativo foram capazes de aumentar o conhecimento dos pacientes.

Tal fato é esperado uma vez que grande parte dos pacientes admitidos nos serviços de saúde carecem de informações sobre a organização, estrutura e funcionamento da rotina de cuidados (LONGTIN et al., 2010), incluindo medidas de segurança assistencial. Dessa forma, o mínimo de informações fornecidas pela equipe de saúde, tanto de forma verbal como por meio de alguma estratégia educativa, pode contribuir para o aumento do conhecimento dos pacientes sobre as orientações repassadas.

Estudo realizado no Reino Unido avaliou a percepção dos pacientes quanto às questões de segurança, comparando a utilização de um vídeo com a distribuição de folhetos educativos, e identificou que ambas as estratégias foram capazes de aumentar a percepção do paciente nas questões relacionadas à higienização das mãos e à notificação de EA (DAVIS et al., 2013). Entende-se que o aumento do conhecimento do paciente nas questões de segurança pode ocorrer por meio de diferentes intervenções educativas.

Revisão sistemática realizada com o objetivo de verificar a eficácia de estratégias educativas no envolvimento dos pacientes para a segurança no cuidado encontrou, nos 12 estudos selecionados, heterogeneidade na utilização de estratégias educativas (orientações verbais, livretos, folhetos, folders, poster, vídeos, e-book e aplicativos eletrônicos), as quais foram consideradas efetivas no envolvimento do paciente para adoção de práticas seguras no cuidado (LUIZ et al., 2022).

No entanto, na análise entre grupos, a presente pesquisa comprovou a efetividade significativamente superior do vídeo educativo na melhora do conhecimento dos pacientes acerca das práticas seguras no período perioperatório, quando comparado às orientações-padrão, fornecidas conforme rotina institucional, o que reitera outros achados.

De acordo com a literatura científica, a utilização do vídeo educativo tem sido efetiva na melhoria do conhecimento de pacientes em diferentes temas da área da saúde. *Scoping review* realizada com 65 estudos que objetivaram informar o paciente por meio de vídeos

educativos, em diferentes especialidades na saúde, demonstrou que a utilização deste recurso foi capaz de melhorar o conhecimento do paciente nas áreas de cirurgia, oncologia e anestesia (CHATTERJEE et al., 2021). Estudo realizado na Indonésia constatou que a utilização de vídeo expandiu o conhecimento dos pacientes sobre úlceras em pés diabéticos (ABRAR et al., 2020). Outros resultados também identificaram aumento no conhecimento de pacientes, tal como observado em pesquisas realizadas no Michigan e em outros estados dos Estados Unidos, com vídeos sobre asma e a prática de uso do inalador e dor musculoesquelética (BROWN et al., 2017; PLATTS-MILLS et al., 2016).

Na área da segurança do paciente, investigações também apontaram a efetividade da utilização deste recurso tecnológico. Estudo quase experimental, realizado com 296 pacientes internados em um hospital do Reino Unido, que assistiram a um vídeo educativo sobre prevenção de erros durante a prestação de cuidados, evidenciou aumento na percepção do paciente sobre a importância do envolvimento nas questões de segurança, por exemplo, ao questionar os profissionais de saúde quanto à higienização das mãos e aos cuidados dispensados com a higiene pessoal dos pacientes (DAVIS et al., 2012).

Outra pesquisa realizada em um hospital na Coreia do Sul, que comparou a utilização do vídeo educativo com as orientações-padrão no conhecimento do paciente quanto às questões de segurança, identificou melhora significativa na percepção e no conhecimento quanto às medidas preventivas de queda, lesões por pressão e prevenção de infecções (SHIN et al., 2021).

Segundo pesquisadores, a utilização de recursos audiovisuais, como o vídeo educativo, é capaz de melhorar o envolvimento do indivíduo nas práticas seguras em saúde em diferentes aspectos, tais como a identificação correta do paciente, a higienização das mãos, o uso seguro de medicamentos, o risco de quedas, o desenvolvimento de lesões por pressão e até a notificação de eventos adversos (GROIA et al., 2019; HEMESATH et al., 2015; SALVADOR et al., 2017).

Além disso, em decorrência do processo de globalização, o uso de ferramentas tradicionais de ensino vem sendo substituído pela incorporação dos recursos tecnológicos e meios de comunicação capazes de tornar o aprendizado mais atrativo, proporcionar ao indivíduo maior interação e dinamicidade, bem como estimular o pensamento crítico-reflexivo (VIEIRA; MARTINS, 2020).

No Brasil, apesar de organizações comprometidas com a segurança do paciente reconhecerem a importância do envolvimento do paciente nas práticas seguras (BRASIL,

2014a; BRASIL, 2014b; BRASIL, 2017b), ainda são escassas as pesquisas para avaliar a efetividade de estratégias educativas, incluindo o vídeo educativo, na melhora do conhecimento de pacientes quanto ao cuidado seguro. A escassez de estudos pode ser explicada pela incipiência de iniciativas e discussões nacionais a respeito da participação do paciente na sua segurança, tais como a Política Nacional de Segurança do Paciente, instituída em 2013, e a publicação do Manual da ANVISA Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente?, lançado em 2017 (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017b).

Durante a análise das questões do instrumento de coleta de dados, que avaliaram o conhecimento do paciente acerca da segurança perioperatória, percebeu-se, nas questões relacionadas à identificação do paciente, semelhança na quantidade de acertos após a intervenção educativa e as orientações-padrão fornecidas pela equipe. Ressalta-se que no protocolo de cirurgia segura, documento que norteia as orientações-padrão, conforme rotina institucional, essa temática é abordada, fato que pode justificar o aumento do conhecimento dos pacientes também no grupo-controle.

A identificação do paciente é a primeira meta internacional de segurança do paciente que assegura que o cuidado prestado está sendo realizado no paciente certo. Deve-se confirmar a identificação do paciente antes que lhe seja fornecido qualquer cuidado, incluindo cirurgias, administração de medicamentos ou dietas, transfusão de sangue ou de hemoderivados, coleta para exames ou entrega de resultados (BRASIL, 2017b).

Estudo realizado com 24 pacientes/familiares internados em unidades clínicas e cirúrgicas de um hospital brasileiro, com o objetivo de avaliar a experiência do paciente/familiares na coprodução de cuidados voltados aos protocolos de segurança, verificou que os participantes tinham conhecimento sobre a finalidade do protocolo de identificação correta do paciente e associaram que a conferência da identificação, pelos profissionais de saúde, é equivalente aos cuidados de saúde de países desenvolvidos (COSTA et al., 2020).

Nas questões acerca da prevenção das IRAS, a questão 3, sobre as medidas que incluem a participação do paciente neste quesito, observou-se ausência de ganho de conhecimento para ambos os grupos, ou seja, tanto o grupo experimental como o controle obtiveram a mesma pontuação antes e após o vídeo educativo ou orientações-padrão.

No protocolo de cirurgia segura, que norteia as orientações-padrão fornecidas ao paciente, são mencionadas, como medidas preventivas para minimizar o risco de infecções de

sítio cirúrgico, poucas orientações, como a definição dos tipos de precaução e a orientação de cuidados com a higiene corporal, cuja responsabilidade da execução, segundo o protocolo, é da equipe de enfermagem. Observa-se que o protocolo carece de outras orientações capazes de envolver o paciente neste cuidado e mitigar a ocorrência das IRAS (ANEXO 7).

No Brasil, foi a portaria GM MS nº 2116, de 12 de maio de 1998, a responsável por definir o significado da expressão “infecção hospitalar”, que passou a ser reconhecida como “aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares”. Essa concepção, contudo, vem sendo substituída pelo termo Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), terminologia utilizada ao longo deste trabalho (BRASIL, 2017b).

As IRAS, em geral, são causadas por microrganismos presentes no paciente, tanto por fatores intrínsecos do paciente, como diabetes, baixa imunidade, entre outros, como por alguns procedimentos invasivos aos quais ele foi submetido, incluindo cirurgias, cateteres vesicais, cateteres venosos, ventilação mecânica, entre outros. A capacitação do paciente quanto a esta temática permite estimular a sua participação, principalmente nos quesitos higienização das mãos, limpeza do ambiente e adoção das precauções de contato (BRASIL, 2017b).

Estudo discutiu a qualidade da assistência à luz das políticas de controle e prevenção das IRAS e elencou vários fatores que podem estar envolvidos na prevenção das IRAS. Os autores mencionaram a gestão da qualidade, os recursos humanos, físicos e materiais, a higiene do ambiente, o treinamento adequado dos profissionais e a cooperação ativa dos pacientes e de suas famílias (OLIVEIRA; SILVA; LACERDA, 2016).

Percebe-se o desconhecimento dos pacientes quanto a algumas medidas adotadas para prevenção das IRAS. Estudo realizado em um hospital de São Carlos-SP para conhecer as percepções de indivíduos internados sobre as precauções demonstrou que alguns, que estão em precaução de contato, acreditam que essas medidas visam apenas impedir o aparecimento de novas doenças, sem a consciência de que podem representar uma fonte de contaminação para os demais pacientes (JESUS; DIAS; FIGUEIREDO, 2019).

Importante considerar que, muitas vezes, os acompanhantes e familiares não apresentam habilidade ou experiência prévia com os cuidados de saúde, o que dificulta o entendimento e a execução de medidas preventivas relacionadas às IRAS (AZEVEDO et al., 2018).

Pesquisa realizada em hospital brasileiro demonstrou que os pacientes reconhecem as orientações, por meio de materiais informativos distribuídos na instituição, quanto à higienização das mãos e os momentos necessários para essa prática. Contudo, ainda segundo o estudo, embora estivessem atentos à postura dos profissionais de saúde na higienização das mãos, adotaram uma postura passiva quando o cuidado não foi seguido pelo profissional (COSTA et al., 2020).

Uma das barreiras que impede a participação ativa do paciente nas práticas seguras está relacionada ao desconforto em indagar os profissionais quando identificam um comportamento inseguro. Alguns pacientes acreditam que o profissional pode se sentir ofendido, por entender que está a sua capacidade de prestar uma assistência correta está sendo questionada e que isso, inclusive, poderia prejudicar o seu cuidado (PARK; GIAP, 2020).

Dessa forma, faz-se necessário romper com as barreiras do conhecimento e capacitar pacientes, acompanhantes, familiares e visitantes quanto às recomendações preconizadas para prevenção das infecções dentro das instituições de saúde (OLIVEIRA; SILVA; LACERDA, 2016), além de fortalecer os vínculos e a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, para que sejam parceiros em prol de um único objetivo: a segurança no cuidado.

Nas questões relacionadas à cirurgia segura e ao uso seguro de medicamentos observou-se que o grupo experimental apresentou melhora do conhecimento quando comparado ao controle. Em relação às orientações-padrão, baseadas no protocolo de cirurgia segura do HC/UFTM, os cuidados mencionados incluem jejum pré-operatório, punção venosa, preparo gastrointestinal e vesical, higiene corporal e bucal, tricotomia, remoção de próteses, adornos e de vestimentas, demarcação da lateralidade, providência de reserva sanguínea, organização do prontuário, preenchimento do *checklist* de cirurgia segura, bem como a administração de medicamentos no intra e pós-operatório. Percebe-se que tais orientações são direcionadas aos profissionais de saúde que irão executar os cuidados, não considerando, portanto, a participação do paciente e familiares nesse processo.

Na literatura científica, poucos estudos verificaram ou discutiram a educação em saúde voltada para o paciente no que se refere à cirurgia segura. O foco de diversas pesquisas nesta área residiu em identificar fatores para a implantação do protocolo da segurança cirúrgica, por meio de ações e percepções da equipe de saúde, principalmente da enfermagem, voltados ao impacto da implantação do *checklist* de cirurgia segura nas instituições de saúde (BARBOSA; LIEBERENZ; CARVALHO, 2018; CORREIA et al., 2019; SANTOS; BONATO; SILVA, 2020; SILVA et al., 2019).

Essa lacuna no conhecimento é significativa e pode explicar o porquê de os participantes do grupo experimental terem apresentado melhora no conhecimento, considerando a escassez de intervenções educativas para capacitar o paciente no alcance da meta de cirurgia segura. Assim, estratégias educativas que busquem agregar conhecimento a respeito de como o paciente pode participar do cuidado voltado à segurança cirúrgica são potencialmente capazes de torná-lo um sujeito ativo acerca das práticas seguras no perioperatório.

Quanto à participação do paciente no uso seguro de medicamentos foram encontrados dois estudos, o primeiro realizado nos Estados Unidos e o segundo na Coreia do Sul. Ambos demonstraram que a utilização de estratégias educativas, por meio de um aplicativo eletrônico, foi eficaz para melhorar o conhecimento do paciente e estimulá-lo no envolvimento quanto à prevenção de erros de medicamentos (CHO; LEE, 2021; PREY et al., 2018).

Na presente pesquisa, notou-se que os participantes que assistiram ao vídeo educativo apresentaram melhora considerável no conhecimento das questões associadas à prevenção de lesão por pressão e quedas. Destaca-se a inexistência de informações quanto à temática no protocolo de cirurgia segura do hospital campo de estudo, o que interfere na ausência de orientações quanto à prevenção de LPP e quedas aos pacientes admitidos. Tal fato reitera a efetividade do vídeo educativo para melhorar o conhecimento dos pacientes quanto às medidas preventivas de lesões e quedas.

Estudos demonstram maior incidência de LPP e quedas em pacientes cirúrgicos. A ocorrência de LPPs pode ser decorrente do próprio procedimento cirúrgico e se manifestar no período de até 72 horas a cinco dias após o procedimento. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas lesões são o posicionamento cirúrgico, a diminuição da perfusão capilar, o tempo prolongado de imobilidade e pressão, as modificações de temperatura e as condições de saúde do paciente, tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, idade e estado nutricional (COLEMAN et al., 2013; FUZY; VEGA, 2016; WEBSTER et al., 2015).

Quanto à ocorrência de quedas, os pacientes cirúrgicos podem apresentar confusão mental relacionada ao processo de sedação e administração de outros medicamentos, prejudicando sua mobilidade física e aumentando as chances de quedas (BARBOSA; LIEBERENZ; CARVALHO, 2018; EK et al, 2018).

Nesse sentido, torna-se fundamental a utilização de estratégias educativas que busquem orientar os pacientes quanto aos cuidados preventivos de LPPs e quedas, para que se tornem parceiros ativos na diminuição da ocorrência desses EA. A literatura científica relata que o fornecimento de orientações aos pacientes quanto às recomendações de medidas preventivas é capaz estimular o processo ensino-aprendizagem e o seu envolvimento no cuidado seguro.

Ensaio clínico randomizado, realizado na Austrália, com objetivo de avaliar a eficácia de uma intervenção educativa sobre a prevenção de LPPs, por meio de posters, folhetos e DVD, demonstrou melhora no conhecimento dos pacientes quanto aos cuidados recomendados, inclusive com redução na incidência de LPP no grupo que recebeu a intervenção (CHABOYER et al., 2016). Em outro estudo, quase experimental, que avaliou o conhecimento e a participação dos pacientes nas medidas preventivas de LPPs, constatou-se que após a utilização de estratégia educativa, por meio de poster, folhetos e vídeo educativos, os participantes melhoraram o conhecimento e a participação nos cuidados preventivos das LPPs (DEAKIN et al., 2020).

A utilização de estratégias educativas para melhorar o conhecimento do paciente em relação à prevenção de quedas foi observada em dois estudos. O primeiro, desenvolvido nos Estados Unidos, verificou melhora do conhecimento e do envolvimento do paciente após o fornecimento de orientações verbais e elaboração de um plano de ação em conjunto com o paciente, além de redução da incidência de quedas dentro da instituição (PREY et al., 2018).

A segunda pesquisa utilizou um vídeo educativo sobre questões relacionadas à segurança do paciente, incluindo medidas preventivas de quedas, e identificou que, após a intervenção, os participantes apresentaram melhora significativa no conhecimento e na percepção quanto às práticas seguras (SHIN et al., 2021).

Torna-se, portanto, relevante a existência de um vídeo educativo, válido e baseado em evidências científicas, que possa ser utilizado como estratégia educativa na capacitação e orientação de pacientes acerca das práticas seguras no período perioperatório, configurando-se como um recurso tecnológico capaz de melhorar o conhecimento dos pacientes e aliar-se à prática de educação em saúde dos profissionais, em especial da equipe de enfermagem.

Considera-se como limitação do estudo a não aplicação do instrumento para avaliação do conhecimento do paciente entre os grupos, em um terceiro momento, ou seja, a fim de avaliar o conhecimento em intervalo de tempo superior e, assim, verificar a aquisição e fixação do conteúdo abordado a longo prazo. Entretanto, essa etapa de aplicação do

instrumento de coleta de dados, em momento posterior, não foi objetivo da presente pesquisa. Sugere-se que novos estudos possam ser realizados considerando a avaliação do conhecimento dos pacientes em outros momentos com o objetivo de avaliar e acompanhar o ganho de conhecimento ao longo do período de internação.

10 CONCLUSÃO

Os achados deste estudo permitem concluir que a utilização do vídeo educativo acerca das práticas seguras no período perioperatório, construído e validado nesta pesquisa, apresentou efetividade no ganho de conhecimento em pacientes no período pré-operatório.

Assim, as hipóteses propostas foram confirmadas, demonstrando que o vídeo educativo foi considerado válido nos quesitos conteúdo e aparência, capaz de aumentar o conhecimento dos pacientes após a sua utilização e de apresentar efetividade, na melhora do conhecimento dos pacientes, quando comparado às orientações-padrão, conforme rotina institucional.

11 IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA CLÍNICA DA ENFERMAGEM

A utilização do vídeo educativo é uma ferramenta que pode ser utilizada pelo enfermeiro no período pré-operatório, pois oferece aos pacientes fácil acesso à informação acerca das práticas seguras no período perioperatório, estimulando-os no envolvimento da promoção de um cuidado seguro.

Ademais, o vídeo colabora com o papel educador do enfermeiro na padronização das orientações repassadas, na otimização do tempo despendido à educação em saúde e no fornecimento de um recurso didático atrativo, que desperta o interesse no espectador e estimula a aprendizagem significativa.

Destaca-se que o presente estudo contribui com evidências importantes, relacionadas ao aumento do conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no período perioperatório após a utilização do vídeo educativo.

Torna-se pertinente o desenvolvimento de pesquisas futuras que avaliem a efetividade de outras intervenções educativas que possam ser comparadas a este vídeo educativo. Além disso, destaca-se a necessidade de outros estudos que oportunizem a utilização do vídeo em outros cenários da prática clínica.

12 REFERÊNCIAS

AASA, A.; HOVBÄCK, M.; BERTERÖ, C. M. The importance of preoperative information for patient participation in colorectal surgery care. **Journal of Clinical Nursing**, v. 22, n. 11-12, p. 1604-12, 2013. doi: 10.1111/jocn.12110.

ABRAR, E. A. et al. Development and evaluation educational videos of diabetic foot care in traditional languages to enhance knowledge of patients diagnosed with diabetes and risk for diabetic foot ulcers. **Primary Care Diabetes**, v. 14, n. 2, p. 104-110, 2020. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2019.06.005>

ACEVEDO, E. JR; KUO, L. E. The Economics of Patient Surgical Safety. **Surgical Clinics of North America**, v. 101, n.1, p. 135-148, 2020. doi: 10.1016/j.suc.2020.09.005.

AMARAL, T. S.; MEIRA, P. R. S. Jornalismo em vídeo para web: o modelo da Agência Senado. **E-Legis**, v. 10, n. 22, p. 83-98, 2017. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/516901>>.

ALEXANDER, E. L. **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n.7, p.3061-3068, 2011. doi: 10.1590/s1413-81232011000800006.

AMÉRICO, M. **TV Digital: Propostas Para o Desenvolvimento de Conteúdos em Animação Para o Ensino de Ciências**. 2010. 213p. Tese (Doutorado em Educação para a Ciência) - Universidade Estadual Paulista, 2010.

ANDRADE, A. C.; FELIPE, E.; MEDEIROS, S. A. Da pedagogia tradicional a uma aprendizagem significativa. **Episteme Transversalis**, v. 11, n. 2, p. 69-95, 2020. Disponível em:<<http://revista.ugb.edu.br/ojs302/index.php/episteme/article/view/2146>>. Acesso em: 29 maio 2021.

ANTHONY, R. et al. The LVHHN patient safety video: patients as partners in safe care delivery. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 29, n. 12, p. 640–645, 2003. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1549374104301085>>. Acesso em: 20 nov. 2022.

ARAÚJO, I. S.; CARVALHO, R. Serious adverse events in surgical patients: occurrences and outcomes. **Revista Sobecc**, v. 23, n. 2, p.77 – 83, 2018. doi: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800020004>.

ARAÚJO, E. B. et al. Tecnologias em saúde implementadas para prevenção de lesão por pressão no contexto hospitalar: revisão integrativa. **Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 20, e2622. 2022. Disponível em: <<https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/1252>>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). **Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde**. 7ª ed. São Paulo: SOBECC; Barueri: Manole; 2017.

AZEVEDO, A. P. et al. Educação Em Saúde Para Acompanhantes de Pacientes Internados. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 12, n. 4, p. 1168–1173, 2018.

BARBOSA, G. A.; LIEBERENZ, L. V. A.; CARVALHO, C. A. de. A percepção dos profissionais de enfermagem do centro cirúrgico em relação aos benefícios da implantação do protocolo de cirurgia segura em um hospital filantrópico no município de Sete Lagoas, MG. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 6, n. 3, 2018. Disponível em: <<http://jornalold.faculdadecienciasdavidacom.br/index.php/RBCV/article/view/614>>.

BARBOSA, M. H.; LUIZ, R. B.; ANDRADE, E. V.; SILVA, Q. C. G.; DE MATTIA, A. L. Ocorrência de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias de urgência e emergência, **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 254-258, 2011.

BARRETO, A. C. O. et al. Perception of the primary care multiprofessional team on health education. **Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]**, v. 72, n. Suppl 1, p. 266-73, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/9VjrMMcnrxDBrjK5rdt9qXk/?lang=en>>. Acesso em: 10 set. 2021.

BARROS, E. J. L. et al. Educational geronto-technology for ostomized seniors from a complexity perspective. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 95-101, 2012. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200014>.

BATISTA, J. et al. Prevalence and avoidability of surgical adverse events in a teaching hospital in Brazil, **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, n.1, p. e2939, 2019. doi <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2939.317>.

BENEVIDES, J. L. et al. Construção e validação de tecnologia educativa sobre cuidados com úlcera venosa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 5, n. 2, p. 306-312, 2016. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200018>.

BENTO, S. F. V.; MODENA, C. M.; CABRAL, S. S. Produção de vídeos educativos sobre saúde a partir da interlocução entre estudantes e pesquisadores. **Revista Eletronica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v.12, n.3, p. 335-45, 2018. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1357>>. Acesso em: 04 out. 2019.

BIRKS, Y. et al. Promoting patient involvement in safety initiatives. **Nursing Management (Harrow)**, v. 18, n.1, 2011, p. 16-20. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21667812/>>. Acesso em: 04 out. 2020.

BOLLELA, V. R.; BORGES, M. C.; TRONCON, L. E. A. Avaliação somativa de habilidades cognitivas: experiência envolvendo boas práticas para elaboração de testes de múltipla escolha e a composição de exames. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 4, p. 74-85, 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rbem/a/9dnZCHRwdQKjFt7vH4DcR6n/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 14 set. 2021.

BOUTRON, I. et al. CONSORT Statement for Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatments: A 2017 Update and a CONSORT Extension for Nonpharmacologic Trial Abstracts. **Annals of Internal Medicine**, v. 167, n. 1, p. 40-47, 2017. Disponível em: <<http://annals.org/aim/fullarticle/2633220/consort-statement-randomized-trials-nonpharmacologic-treatments-2017-update-consort-extension>>. Acesso em: 9 set. 2018.

BOUTRON, I. et al. Methods and processes of the CONSORT Group: example of an extension for trials assessing nonpharmacologic treatments. **Annals of Internal Medicine**, v. 148, n. 4:W60-6, 2008. doi: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-148-4-200802190-00008-w1>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília, DF: Anvisa, 2017a. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assistencia+Segura+-+Uma+Reflexao+Teorica+Aplicada+a+Pratica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>. Acesso em: 02 nov. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes**. Brasília, DF: Anvisa, 2017b. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Como+posso+contribuir+para+aumentar+a+seguran%C3%A7a+do+paciente/52efbd76-b692-4b0e-8b70-6567e532a716>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7.498/86 de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção I, p.8853-8855, 1986. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em 14 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 15, de 15 de março de 2012. **Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial da União; 2012a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html>. Acesso em: 19 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 05 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dicas de saúde: você sabe lavar as mãos corretamente? Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**: seção 3, Brasília, DF, n. 186, p. 58, 02 de abril de 2014b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 04 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cart_camara_regulacao.pdf>. Acesso em: 31 de maio 2021.

BRITO, T. et al. Conciliação de medicamentos na admissão hospitalar para a segurança do paciente: uma revisão. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 1, p. 1613-1629, 2022. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-136>.

BROWN, S. et al. Can a Short Video Improve Inhaler Use in Urban Youth?. **Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics**, v. 22, n. 4, p. 293-299, 2017.

BUENO, M. B. T.; BUENO, M. M.; MOREIRA, M. I. G. Fisioterapia e a educação em saúde: as tecnologias educacionais digitais em foco. **Revista Thema**, v. 17, n. 3, p. 675-685, 2020. doi: <https://doi.org/10.15536/thema.V17.2020.675-685.1594>.

CAMAK, M. et al. Efeito de informações por meio de vídeo sobre a ansiedade e satisfação de pacientes submetidos à anestesia espinal. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 68, n.3, p. 274-279, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rba/a/t5Fj7XfKvJSqFpZk8cGX3PQ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 set. 2021.

CAMPOY, L. T. et al. Bowel rehabilitation of individuals with spinal cord injury: video production. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v. 71, n. 5, p. 2376-2382, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0283>>.

CARVALHO, E. C. et al. Efeito de vídeo educativo no comportamento de higiene bucal de pacientes hematológicos. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**, v. 16, n.2, p. 304-311, 2014. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n2/pdf/v16n2a05.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2019.

CARVALHO, J. A. et al. Andragogia: considerações sobre a aprendizagem adulto. **Revista Eletrônica do Mestrado profissional em Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente**, v. 3, n.1, p. 78-90, 2010. Disponível em: <[21105-Texto%20do%20Artigo-77518-1-10-20180920.pdf](https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n2/pdf/v16n2a05.pdf)>. Acesso em: 13 set. 2021.

CORREIA, M. I. T. D. et al. Segurança e qualidade em cirurgia: a percepção de cirurgiões no Brasil. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 46, n. 4, p. e2146, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/rcbc/a/SS54XGcJCQSZBCm45XStKTr/abstract/?lang=pt>>.

CAVALCANTE, E. F. et al. Implementação dos núcleos de segurança do paciente e as infecções relacionadas à assistência à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. spe, p. e20180306, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/rngenf/a/XnshRsYTrr4dQKSnkznwDYw/>>.

CENGIZ, C.; CELIK, U.; HIKMET, N. Evaluation of patient wristbands and patient identification process in a training hospital in Turkey. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 29, n. 8, p. 820-34, 2016. doi: <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-04-2016-0052>

CHATTERJEE, A. et al. The use of video for patient information and education: A scoping review of the variability and effectiveness of interventions. **Patient Education and Counseling**, v. 104, n. 9, p. 2189-2199, 2021. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.02.009>.

CHABOYER, W. et al. The effect of a patient centred care bundle intervention on pressure ulcer incidence (INTACT): a cluster randomised trial. **International Journal of Nursing Studies**, v. 64, n. 1, p. 63-71, 2016. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2016.09.015](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.09.015).

CHAN, A.W. et al. SPIRIT 2013 statement: defining standard protocol items for clinical trials. **Annals of Internal Medicine**, v. 158, n. 3, p.200-7, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-3-201302050-00583>>. Acesso em: 04 out. 2020.

CHEN, Q. et al. Improving detection of intraoperative medical errors (iMEs) and intraoperative adverse events (iAEs) and their contribution to postoperative outcomes. **American Journal of Surgery**, v. 216, n. 5, p. 846-850, 2018. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2018.03.005>.

CHO, S.; LEE, E. Effects of Self-Education on Patient Safety via Smartphone Application for Self-Efficacy and Safety Behaviors of Inpatients in Korea. **Healthcare Informatics Research**, v. 27, n.1, p. 48-56, 2021. doi: [10.4258/hir.2021.27.1.48](https://doi.org/10.4258/hir.2021.27.1.48).

COHEN, J. The analysis of variance. IN: COHEN, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. LEAP: New Jersey, 1988. chap.8, p. 273-406.

COLEMAN, S. et al. Patient risk factors for pressure ulcer development: systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 50, n. 7, p. 974- 1003, 2013. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2012.11.019](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.019)

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00925.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2019.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **Padrões de acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. Tradução oficial para o português da 4ª ed. do original “Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. Consórcio

Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Manuais [Internet]. Rio de Janeiro; 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/joint%20comission%20Fourth_Edition_Hospital_Manual_Portuguese_Translation.pdf >. Acesso em: 23 set. 2021.

COSTA, D. G. et al. Experiência do paciente na coprodução de cuidados: percepções acerca dos protocolos de segurança do paciente. **Revista Latino Americana de Enfermagem [Internet]**, v. 28, p.e3272, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100333&lng=en>. Acesso em: 04 out. 2020.

COSTA, M. S. et al. Videos about Covid-19 for People with Disabilities: Contributions of the analysis in the light of the Cognitive Theory of Multimedia Learning. **New Trends in Qualitative Research**, Oliveira de Azeméis, Portugal, v. 8, p. 275–283, 2021. DOI: 10.36367/ntqr.8.2021.275-283.

COSTA, T. C. et al. Aprender a cuidar de estoma e as contribuições de um vídeo educativo. **Journal of Nursing and Health**, v.8, n.3, p. e188301, 2018. doi: https://doi.org/10.15210/jonah.v8i3.13071.

COULTER A; ELLINS J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. **BMJ (Clinical Research ed.)**, v. 335, n.7609, p. 24-7, 2007. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.39246.581169.80.

COX, E. et al. A family-centered rounds checklist, family engagement, and patient safety: a randomized trial. **Pediatrics**. v. 135, n.5, p. e20161688, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28557720>. Acesso em: 15 out.2019.

DANTAS, D. C. et al. Produção e validação de vídeo educativo para o incentivo ao aleitamento materno. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, e20210247, 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rgenf/a/ww6qdtgBV9GM7p4G5HKMw4N/?lang=pt>.

DALMOLIN, A. et al. Vídeo educativo como recurso para educação em saúde a pessoas com colostomia e familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. spe, p. e68373, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500408>. Acesso em: 04 out. 2019.

DAVIS, L. L. Instrument review: getting the most from a panel of experts. **Applied Nursing Research**, v.5, n.4, p.194-197, 1992. doi: https://doi.org/10.1016/S0897-1897(05)80008-4.

DAVIS, R. E. et al. Patients' attitudes towards patient involvement in safety interventions: results of two exploratory studies. **Health Expectations**, v.16, n. 4, p. e164–e176, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060686/>. Acesso em: 07 set. 2021.

DAVIS, R. E., et al. Patients' and health care professionals' attitudes towards the PINK patient safety video. **Journal of evaluation in clinical practice**, v.18, n.4, p. 848–853, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21672090/>. Acesso em 07 set. 2021.

DAVIS, R. E.; SEVDALIS, N.; VINCENT, C. A. Patient involvement in patient safety: how willing are patients to participate? **BMJ Quality & Safety**, v.20, n.1, p. 108-114, 2011.

Disponível em: <

https://www.researchgate.net/publication/49748777_Patient_involvement_in_patient_safety_How_willing_are_patients_to_participate>. Acesso em: 10 set. 2021.

DEAKIN, J. An education intervention care bundle to improve hospitalised patients' pressure injury prevention knowledge: a before and after study. **Wound Practice and Research**, v. 28, n. 4, p. 154-162, 2020. doi:10.33235/wpr.28.4.154-162.

DIAS, G. A. R.; LOPES, M. M. B. Educação e saúde no cotidiano de enfermeiras da atenção primária. **Revista de Enfermagem da UFSM [Internet]**, v.3, n.3, p.449-60, 2013.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5902/217976927846>>. Acesso em: 04 out. 2020.

DYKES, P. C. et al. Prospective Evaluation of a Multifaceted Intervention to Improve Outcomes in Intensive Care: the Promoting Respect and Ongoing Safety Through Patient Engagement Communication and Technology Study. **Critical Care Medicine**, v. 45, n. 8, p.e806-e813, 2017. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28471886>>.

Acesso em: 01 dez. 2019.

FARIA, L. R. et al. Effect of the Surgical Safety Checklist on the incidence of adverse events: contributions from a national study. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgões [online]**, v. 49, n. 1, p.e20223286, 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20223286_en>.

EK, S. et al. Risk Profiles for Injurious Falls in People Over 60: A Population-Based Cohort Study. **The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 73, n. 2, p. 233–239, 2018. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28605455/>>.

FEHRING, R. J. Symposium on validation models: the Fehring model. In: CARROLL-JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. (Ed.). **Classification of Nursing Diagnoses - Proceedings of the Tenth Conference**. North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott, 1994. p.55-62.

FERREIRA, M. V. F. et al. Câmera e ação na execução do curativo do cateter venoso central. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1181-1186, 2015. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0711.2664>.

FILATRO, A; CAIRO, S. **Produção de Conteúdos Educacionais**. 1ª ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

FLEMING, S. E.; REYNOLDS, J.; WALLACE, B. Lights... camera... action! a guide for creating a DVD/video. **Nurse Education in Practice**, v. 34, n. 3, p. 118-21, 2009. doi: 10.1097/NNE.0b013e3181a0270e. PMID: 19412052.

FOSCHI, E. et al. Realidade da ocorrência de eventos adversos em internação cirúrgica: estudo quantitativo e descritivo. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 3, p. 436-41, 2021. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3407>.

FURINI, A. C. A.; NUNES, A. A.; DALLORA, M. E.L.V. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. **Revista Gaúcha de**

Enfermagem, v. 40, n. esp, p. e2018317, 2019. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200419>.
 Acesso em: 08 out. 2019.

FUZY, K. M.; VEGA, R. A. Hospital-acquired pressure ulcers in the ambulatory surgery setting. **AORN Journal**, v. 103, n. 2, p. 224-8, 2016. Disponível em: <
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26849987/>>.

GAIO, A. V. A.; ROCHA, C.; SOUSA, F. M. Acesso aberto como ferramenta para o empoderamento do paciente. **Cadernos BAD**, v. 1, n. 1, p. 350-360, 2018. Disponível em: <
<https://www.bad.pt/publicacoes/index.php/cadernos/article/view/1905>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

GALATTI, E. L.; PANZETTI, T. M. N. Segurança do Paciente no Centro Cirúrgico: Estudo Bibliométrico. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, p. e34111629265–e34111629265, 2022. Disponível em: <
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29265>>.

GALDINO, Y. L. S. et al. Validation of a booklet on Self - care with the diabetic foot. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 72, n. 3, p.780-787, 2019. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/reben/a/LPNP8DyP7cPH9np3Rk3S79K/?lang=en>>. Acesso em: 12 set. 2021.

GALINDO-NETO, N. M. et al. Construção e validação de vídeo educativo para surdos acerca da ressuscitação cardiopulmonar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]**, v.27, n.1, p. e3130, 2019. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100321&lng=en>. Acesso em: 18 Mar. 2021.

GOMES, R. R. F. M. et al. Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/AIDS entre homens que fazem sexo com homens no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, n. 10, p. e00125515, 2017. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/csp/a/kh8sS5QRnhG8NDzdzHcXxc/?lang=pt#:~:text=Estudos%20realizados%20em%20outros%20pa%C3%ADses,racial%20n%C3%A3o%20branco%3B%20nuna%20ter>>. Acesso em 24 maio 2021.

GRAFFIGNA, G.; BARELLO, S. Patient Health Engagement (PHE) model in enhanced recovery after surgery (ERAS): monitoring patients' engagement and psychological resilience in minimally invasive thoracic surgery. **Journal of Thoracic Disease [Internet]**, v. 10, n. Suppl 4, p. S517-28, 2018. doi: 10.21037/jtd.2017.12.84

GRANT, J. S.; DAVIS, L. L. Selection and use of content experts for instrument development. **Research in Nursing & Health**, v.20, n. 3, p.269-274, 1997. doi: 10.1002/(sici)1098-240x(199706)20:3<269::aid-nur9>3.0.co;2-g.

GREYSEN, S. R. et al. A randomized controlled trial to improve engagement of hospitalized patients with their patient portals. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v. 25, n. 12, p. e1626-33, 2018. doi:10.1093/jamia/ocy125.

GROIA, R. C. S. et al. Estímulo ao uso racional da varfarina: vídeo educativo como ferramenta de aprendizado. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 22, n. 1, p. 76-88, 2019. Disponível em: < <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16528>>. Acesso em: 13 set. 2021.

GUERRA, K. R. et al. Análise de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, e6887, 2021. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e6887.2021>

GUIMARÃES, F.J. **Validação de tecnologia assistiva sobre substâncias psicoativas para pessoas com deficiência visual**. 2014. 113p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, 2014.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. (org.). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação - 2021-2023**. Porto Alegre: Artmed, 2021.

HALL, J. et al. Effectiveness of interventions designed to promote patient involvement to enhance safety: a systematic review, **Quality and Safety in Health Care**, v. 19, n.1, p. e10, 2010. doi: 10.1136/qshc.2009.032748.

HALCOMB, K. A. Health promotion and health education: nursing students' perspectives. Tese (doutorado) - **University of Kentucky**, 2010, 121p. Disponível em: <https://uknowledge.uky.edu/gradschool_diss/13>. Acesso em 21 set. 2021.

HALFON, P.; STAINES, A.; BURNAND, B. Adverse events related to hospital care: a retrospective medical records review in a Swiss hospital, **International Journal for Quality in Health Care**, v.29, n.4, p. 527-533, 2017. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx06>.

HARTSELL, T.; YUEN, S. C. Video streaming in online learning. **AACE Journal**, v. 14, n. 1, p. 31-43, 2006. Disponível em: < <https://eric.ed.gov/?id=EJ809000> >.

HAYNES, S. N.; RICHARD, D. C. S.; KUBANY, E. S. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. **Psychological Assessment**, v. 7, n.3, p.238-247, 1995. doi: <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.238>.

HEMESATH, M. P. et al. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 4, p. 43-48, 2015. Disponível em: < <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/54289>>. Acesso em: 17 nov. 2019.

HENDRICKS, M. et al. Impact of an educational video as a consent tool on knowledge about cure research among patients and caregivers at HIV clinics in South Africa. **Jouranl of Virus Eradication**, v.4, n. 2, p. 103-107, 2018. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5892680/>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

HIGGINS, J. P. T. et al. A revised tool for assessing risk of bias in randomized trials. **Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]**, v. 10, n. Suppl 1, p. 29-31, 2016. Disponível em: <<https://research.monash.edu/en/publications/a-revised-tool-for-assessing-risk-of-bias-in-randomized-trials>>. Acesso em: 11 set. 2021.

HOFFMANN, L. et al. Incidentes de segurança com crianças hospitalizadas reportados por seus familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, n. esp., e20190172., 2020. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/99760>>.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO (HC-UFTM). **Apresentação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro**. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm>>. Acesso em: 10 out. 2022.

HU, Q. et al. Adverse events identified by the global trigger tool at a university hospital: A retrospective medical record review. **Journal of Evidence-Based Medicine**, v. 12, n. 2, p. 91-97, 2019. doi: <https://doi.org/10.1111/jebm.12329>.

HUANG, H.; HWANG, G. J. Facilitating inpatients' family members to learn: a learning engagement-promoting model to develop interactive e-book systems for patient education. **Educational Technology & Society [Internet]**, v. 22, n. 13, p. e74-87, 2019. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/26896711>>. Acesso em: 10 set. 2021.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

JESUS, J. B.; DIAS, A. A. L.; FIGUEIREDO, R. M. de. Precauções específicas: vivências de pacientes internados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 874-879, 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1020550>>.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Patients as Partners in the Infection Prevention and Control Process**. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission International, 2009. Disponível em: <<http://www.jointcommissioninternational.org/assets/1/14/PPICP09-SamplePages.pdf>> Acesso em: 02 nov. 2019.

JOVENTINO, E. S. et al. Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p.176-84, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/5sRmxNQj8Tqc6szZCTbjGvx/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 04 jun. 2021.

JOVENTINO, E. S. et al. The use of educational video to promote maternal self-efficacy in preventing early childhood diarrhoea. **International Journal of Nursing Practice**, v. 23, n. 3, p. e12524, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28124405>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

KAHBI, A. Y. K. et al. Multimedia education tools for effective teaching and learning. **Journal of Telecommunication, Electronic and Computer Engineering**, v. 9, n. 2, p. 143-146, 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/322852457_Multimedia_Education_Tools_for_Effective_Teaching_and_Learning>. Acesso em: 03 ago. 2021.

KAM, J. et al. Portable Video Media Versus Standard Verbal Communication in Surgical Information Delivery to Nurses: A Prospective Multicenter Randomized Controlled Crossover Trial. **Worldviews on Evidence-Based Nursing practice**, v.13, n.5, p.363-370,

2016. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27176121/> >. Acesso em: 07 set. 2021.

KAYLER, L. K. et al. Development of the living donation and kidney transplantation information made easy (KidneyTIME) educational animations. **Clinical transplantation**, n.34, v. 4, p. e13830, 2020. doi: <https://doi.org/10.1111/ctr.13830>.

KINDEM, G.; MUSBURGUER, R. **Introduction to media production: the path to digital media production**. 4 ed. Boston: Focal Press, 2009.

KOUTANTJI, M. et al. The patient's role in patient safety: engaging patients, their representatives, and health professionals. **Clinical Risk**, v. 11, n.3, p. 99-104, 2005. Disponível em: < https://www.researchgate.net/publication/230687422_The_patient's_role_in_patient_safety_Engaging_patients_their_representatives_and_health_professionals>. Acesso em: 14 set. 2021.

LAI, Y. H. et al. Positive perceptions on safety and satisfaction during a patient-centered timeout before peripheral nerve blockade. **Journal of Clinical Anesthesia**, v. 27, n. 3, p. 214-220, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25499270>>. Acesso em: 11 abr. 2019.

LATIMER, S.; CHABOYER, W.; GILLESPIE, B. Patient participation in pressure injury prevention: giving patient's a voice. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 28, n. 4, p. 648-56, 2014. doi: 10.1111/scs.12088. Epub 2013 Oct 10. PMID: 24117711.

LAWTON, R. et al. Can patient involvement improve patient safety? A cluster randomised control trial of the Patient Reporting and Action for a Safe Environment (PRASE) intervention. **BMJ Quality & Safety**, v. 26, n. 8, p. e622-31, 2017. doi: 10.1136/bmjqs-2016-005570.

LEITE, S. S. et al. Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.7, n. suppl 4, p. 1732-8, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0648>.

LIMA, A. C. M. A. C. C. et al. Educational technologies and practices for prevention of vertical HIV transmission. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v. 71, suppl 4, p. 1759-1767, 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/reben/a/yvScYX5hhVbcyVsBrFCPnKj/?lang=en>>. Acesso em: 02 jul. 2022.

LIMA, C. S. et al. Análise dos elementos gráfico-informacionais das animações educacionais em Saúde na Educação a Distância (EaD). **Revista Brasileira de Design da Informação**, v. 16, n.3, p. 400-418, 2019. doi:<https://doi.org/10.51358/id.v16i3.771>.

LONGTIN, Y. et al. Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 85, n. 1, p. 53-62. doi:10.4065/mcp.2009.0248

- LOPES, M. da. C. da. R. et al. Atuação da enfermagem no processo de cirurgia segura. **Revista Tendências da Enfermagem Profissional**, v.10, n. 4, p. 34 – 39, 2018. Disponível em: <<http://www.corence.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Atua%C3%A7%C3%A3o-da-enfermagem-no-processo-de-cirurgia-segura.pdf>>. Acesso em 20 set. 2022.
- LOUDET, C. I. et al. Diminuição das úlceras por pressão em pacientes com ventilação mecânica aguda prolongada: um estudo quasi-experimental. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva [online]**, v. 29, n. 1, p. 39-46, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170007>>.
- LOURENÇÃO, D. C. A; TRONCHIN, D. M. R. Clima de segurança em centro cirúrgico: validação de um questionário para o cenário brasileiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.20, n.10, 2018. Disponível em: < <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/47570> >. Acesso em: 04 out. 2020
- LUIZ, Raíssa Bianca. **A cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino de Minas Gerais**. 2013. 138f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2013.
- LUIZ, R. B. et al. Eficácia de estratégias educativas no envolvimento do paciente para a segurança no cuidado: revisão sistemática. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43(esp), p. e20210198, 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210198.pt>.
- LUIZ, R. B. et al. Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 880-887, 2015.
- LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, v.35, n. 6, p. 382-385, 1986. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3640358/>>. Acesso em: 02 jul. 2021.
- MACKINTOSH, N. J. et al. Interventions to increase patient and family involvement in escalation of care for acute life-threatening illness in community health and hospital settings. **Cochrane Database Systematic Reviews**, v. 12, n.12, p. CD012829, 2020. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012829.pub2>.
- MAIA, C. S. et al. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 27, n. 2, p. e2017320, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222018000200308&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 out. 2019.
- MANIVA, S. J. C. F. et al. Tecnologias educativas para educação em saúde no acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]**. v. 71, supp. 4, p. 1824-1832, 2018. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018001001724&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 22 abr. 2019.
- MARTIN, H. M.; NAVNE, L. E.; LIPCZAK, H. Involvement of patients with cancer in patient safety: a qualitative study of current practices, potentials and barriers. **BMJ Quality & Safety**, v. 22, n. 10, p. 836-842, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23754594>>. Acesso em: 02 dez. 2019.

MARTINS, F. Z.; DALL'AGNOL, C. M. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.37, n.4, e56945, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400415&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 out. 2020.

MARTINS, J.; SOUSA, L. M.; OLIVEIRA, A. S. Recomendações do enunciado CONSORT para o relato de estudos clínicos controlados e randomizados. **Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]**, v. 42, n. 1, p. 9-21, 2009. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v42i1p9-21>.

MAYER, R. E. **Cognitive theory of multimedia learning**. In: The Cambridge handbook of multimedia learning. Cambridge: Cambridge University Press, 2005. p. 31-48.

MAYER, R. E. **Multimedia learning**. 1. ed. New York: Cambridge University Press, 2001.

MAYER, R. E. **Multimedia learning**. 2. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MEJIA, O. A. V. et al. Adherence to the cardiac surgery checklist decreased mortality at a teaching hospital: A retrospective cohort study. **Clinics [online]**, v. 77, n. 1, p. e.100048, 2022. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2022.100048>.

MENDES, W. et al. The application of Iberoamerican study of adverse events (IBEAS) methodology in Brazilian hospitals. **International Society for Quality in Health Care**. v.30, n. 6, p. 480-485, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29617861>>. Acesso em: 03 dez. 2019.

MERHY, E. E. **Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde**. Em: Merhy EE, Onoko R, editores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 113-50.

MERRIËNBOER, J. J. G. V.; KESTER, L. Modelo de design educacional de quatro componentes: princípios multimédia em ambientes de aprendizagem complexa. In: MIRANDA, Guilhermina Lobato et al. **Ensino online e aprendizagem multimédia**. 1 ed. Lisboa: Relógio d'Água Editores, 2009. cap. 9, p. 286-326.

MIASSO, A. I. et al. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, p. 354–363, 2006. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000300008>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária: módulo de notificação. **Incidentes relacionados à assistência à saúde- Resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, 2014 a 2021**[citado 2023 mar 27]. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/notificacoes/notificacao-de-incidentes-eventos-adversos-nao->

infeciosos-relacionados-a-assistencia-a-saude/relatorios-de-incidentes-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude/BR_2014__2021_1.pdf>.

MIRANDA, C. G. L.; SOARES-SOBRINHO, J. L.; CASTRO, M. S. Validação de vídeo lúdico: educação em saúde de idosos hipertensos para a promoção do uso correto e seguro de medicamentos e conhecimento sobre sua doença. **Revista Observatório**, v. 5, n. 6, p. 821-833, 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.20873/uft.2447-4266.2019v5n6p821>.

MIZUBUTI, G. B. et al. Knowledge retention after focused cardiac ultrasound training: a prospective cohort pilot study. **Revista Brasileira de Anestesia**, v. 69, n. 2, p. 177-183, 2019.

MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLOS Medicine**, v. 6, n. 7, p. e1000097, 2009. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097.

MORÁN, J. Mudando a educação com metodologias ativas. Coleção mídias contemporâneas. **Convergências midiáticas, educação e cidadania: aproximações jovens**, v. 2, n. 1, p. 15-33, 2015. Disponível em: <https://www2.eca.usp.br/moran/wp-content/uploads/2013/12/mudando_moran.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

MOURA, F. L. et al. Fatores associados ao conhecimento sobre a toxoplasmose entre gestantes atendidas na rede pública de saúde do município de Niterói, Rio de Janeiro, 2013-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n.3, p. 655-661, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/4bpbjBqpGb6yghwj9J6Xhkw/?lang=pt>>. Acesso em 24 maio 2021.

MOUTINHO, C. B. et al. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 253-272, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 out. 2020.

NASCIMENTO, L. A. Evaluation of educational videos produced in Brazil about infant diarrhea: a documental study. **Brazilian Journal of Nursing [Internet]**, v. 13, n. 3, p. 311-320, 2014. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/4454/b7387d2e3b011dbc3fe3298c162a75a57302.pdf?_ga=2.186237353.1049850103.1575411099-853134789.1575411099>. Acesso em: 02 dez. 2019.

NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING AND MEDICINE. **Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide**. Washington, DC: The National Academies Press, 2018. Disponível em: <<https://www.nap.edu/read/25152/chapter/1>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

NILSSON, L. et al. Incidence of adverse events in Sweden during 2013–2016: a cohort study describing the implementation of a national trigger tool. **BMJ Open**. v. 1, n. 8, p. e020833, 2018. Disponível em:< <https://bmjopen.bmj.com/content/8/3/e020833>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

NITA, M. E. et al. **Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão**. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

OLIVEIRA, H. M.; SILVA, C. P. R.; LACERDA, R. A. Políticas de controle e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil: análise conceitual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 0505–0511, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400018>>.

OLLER, G. A. S. A. O. et al. Clinical trial for the control of water intake of patients undergoing hemodialysis treatment. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. e3091, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2694.3091>.

ONG, J. et al. Effect of a preoperative instructional digital video disc on patient knowledge and preparedness for engaging in postoperative care activities. **Nursing Clinics of North America**, v. 44, n. 1, p.103-15, 2009. doi: 10.1016/j.cnur.2008.10.014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sanchez Nilo e Irma Angélica Duran – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

PLATTS-MILLS, T.F. et al. Development and Validation of a Brief Interactive Educational Video to Improve Outpatient Treatment of Older Adults' Acute Musculoskeletal. **Journal of American Geriatrics Society**, v. 64, n. 4 p. 880–881, 2016.

PARK, M.; GIAP, T. T. T. Patient and Family Engagement as a Potential Approach for Improving Patient Safety: A Systematic Review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 76, n. 1, p. 62–80, 2020. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31588602/>>.

PARK, J. S. et al. A randomized controlled trial of an educational video to improve quality of bowel preparation for colonoscopy. **BMC Gastroenterology**. v. 16, n. 1, p. 64, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27317249>>. Acesso em: 10 set. 2019.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PATINO, C. M. L.; FERREIRA, J. C. What is the importance of calculating sample size? **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 42, n. 2, p. 162–162, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-37132016000200162&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 out. 2022.

PEIXOTO, M. C. L. **Gerenciamento de segurança do cuidado do paciente em cenário hospitalar: produção de vídeo educativo para prevenção e notificação de eventos adversos**. 2019. 97p. Tese de Mestrado Profissional. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2019.

PENTEADO, A. L. O. **Cinema de animação: uma proposta de trabalho para o ensino fundamental**. 2011. 55p. Monografia (Especialização em Artes Visuais: Práticas Pedagógicas e Linguagens Contemporâneas) - Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba (Paraná), 2011.

PEREIRA, V. C. Uma proposta de instrumento de roteirização de videoaulas à luz da teoria instrucional e da aprendizagem multimídia. **Texto Livre: Linguagem e Tecnologia**, v. 10, n.

1, p. 178–197, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/textolivre/article/view/16752>. Acesso em: 29 maio. 2021.

PERES, M. et al. Percepção de familiares e cuidadores quanto à segurança do paciente em unidades de internação pediátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, e2017-0195, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rgenf/a/KyZ8kmQPHrK5CYRMWqsQLhf/?lang=pt>.

PESSOA, N. R.C. et al. Tecnologias Educacionais Direcionadas para Pacientes Renais Crônicos na Promoção do Autocuidado. **Revista Cuidado é Fundamental Online**, v.11, n.3, p.756-762, 2019. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.756-762>.

PIRES, F. et al. O livro do conhecimento: um *serious game* educacional para aprendizagem de ortografia da língua portuguesa. **Revista Brasileira de Informática na Educação**, v. 28, n. 1, p. 436-460, 2020. Disponível em: <http://ojs.sector3.com.br/index.php/rbie/article/view/v28p436>. Acesso em: 03 set. 2021.

POLIT, D.; BECK, C.T. The Content Validity Index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006. doi: 10.1002/nur.20147.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem**. Avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PREY, J. E. et al. Engaging hospital patients in the medication reconciliation process using tablet computers. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v. 25, n. 11, p. e1460-69, 2018. doi:10.1093/jamia/ocy115.

RADECKI, B. Innovating fall safety: engaging patients as expert. **Journal of Nursing Care Quality**, v. 35, n. 3, p. 220-226, 2020. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000447.

RAMOS, L. L.; PEREIRA, A. C.; SILVA, M. A. D. Video como ferramenta de ensino em cursos de saúde. **Journal of Health Informatics**, v. 11, n. 2, p. 35-9, 2019. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/601>.

RAZERA, A.P. R. et al. Vídeo educativo: estratégia de ensino-aprendizagem para pacientes em tratamento quimioterápico. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 173-178, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1120775>.

RAZERA, A. P. R. et al. Vídeo educativo: estratégia de treinamento para cuidadores de crianças com fissura labiopalatina. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 4, p. 430-438, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000400430&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 ago. 2019.

RIBEIRO, M. D. S.; CRUZ, R. S.; IMBIRIBA, T. C. O. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente pediátrico oncológico em um hospital público no interior da Amazônia. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 10, p. 3446– 3464, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v7i11.3170>. Acesso em: 14 jan. 2022.

- RIBEIRO, W. A.; ANDRADE, M. Enfermeiro protagonista na educação em saúde para o autocuidado de pacientes com doença renal crônica. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 09, n. 2, p. 60-65, 2018. Disponível em: <<http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1378#:~:text=Conclui%2Dse%20que%20o%20enfermeiro,durantes%20as%20rodas%20de%20conversas>> Acesso em: 14 set. 2021.
- RIDELBERG, M.; ROBACK, K.; NILSEN P. Facilitators and barriers influencing patient safety in Swedish hospitals: a qualitative study of nurses' perceptions. **BMC Nursing**, v.13, n.23, p.2-12, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4134467/>>. Acesso em: 10 nov. 2019.
- ROBERTS, S. et al. Process evaluation of a cluster-randomised trial testing a pressure ulcer prevention care bundle: a mixed-methods study. **Implementation Science**, v. 12, n. 1, p.18, 2017. doi: 10.1186/s13012-017-0547-2. PMID: 28193242; PMCID: PMC5307838.
- RODRIGUEZ, R. M. A. Desarrollo de una intervención educativa para activar a los pacientes en su seguridad. **Journal of Healthcare Quality Research**, v.34, n.1, p. 3-11, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S260364791930003X>>. Acesso em 04 fev. 2022.
- RODRIGUEZ, J.; SCOTT, S.D. When clinicians drop out and start over after adverse events. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v.44, n.3, p.137-45, 2018. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.08.008>.
- ROQUE, K.; TONINI, T.; MELO, E. C. T. Adverse events in the intensive care unit: impact on mortality and length of stay in a prospective study. **Cadernos de Saúde Pública**, v.32, n.10, e00081815, 2016. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00081815>.
- ROSA, B. V. C. et al. Development and validation of audiovisual educational technology for families and people with colostomy by cancer. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, e20180053, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/tce/a/xm7r8rMqXyTgVMhNF7mvqgD/abstract/?lang=en>>.
- ROSE, J. et al. Estimated need for surgery worldwide based on prevalence of diseases: a modelling strategy for the WHO global health estimate. **Lancet Global Health**, v. 3, n.2, p. 13-20, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25926315>>. Acesso em: 30 nov. 2019.
- SÁ, G. G. M. et al. Building and validating an educational video for elderly individuals about fall risks. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.73, n. suppl 3, p.e20200010, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/mBLghTywNyCGWNxSZGjbr6t/?lang=en>>. Acesso em: 12 set. 2021.
- SÁ, G. G. M. et al. Tecnologias desenvolvidas para a educação em saúde de idosos na comunidade: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]**, v.27, p. e3186, 2019. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100607&lng=en>. Acesso em: 14 out. 2020.

SAHLSTRÖM, M. et al. Patient participation in patient safety - An exploration of promoting factors. **Journal of Nursing Management**, v. 27, n.1, p. 84-92, 2019. doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.12651>.

SALVADOR, P. T. C. O. et al. Segurança do paciente: caracterização de vídeos do YouTube. **Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]**, v. 38, n. 1, p. e61713, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100402&lng=en>. Acesso em: 12 Mar. 2021.

SAMPAIO, S. S. et al. A Educação em Saúde na comunidade com as Tecnologias de Informação e Comunicação: Projeto Pequeno Cientista. **Revista de Cultura e Extensão USP**, v.17, p.21-36, 2017. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rce/article/view/144764>>. Acesso em: 16 set. 2021.

SANTOS, S. M. P. dos; BONATO, M.; SILVA, E. F. M. Checklist de cirurgia segura: conhecimento da equipe cirúrgica. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 4, 2020. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2887>>. Acesso em: 27 nov. 2022.

SCHULZ, K. F. et al. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. **Trials**, v. 11, n. 32, 2010. Disponível em: <<https://trialsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1745-6215-11-32?site=trialsjournal.biomedcentral.com>>. Acesso em 2 out. 2022.

SCHWAPPACH, D. L. B.; FRANK, O.; BUSCHMANN, U. Effects of an educational patient safety campaign on patients' safety behaviours and adverse events. **Journal of Evaluation in Clinical Practice (Online)**, v. 19, n. 2, p. e285-91, 2013. doi:10.1111/j.1365-2753.2012.01820.x.

SCHWENDIMANN, R. et al. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review. **BMC Health Services Research**. v.18, n. 521, p.1-13, 2018. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3335-z>>. Acesso em: 04 set. 2019.

SEMERARO, F.; SIGNORE, L.; CERCHIARI, E. L. Retention of CPR performance in anaesthetists. **Resuscitation**, v. 68, n.1, p.101-108, 2006.

SEVERINSSON, E.; HOLM, A. Patients' Role in Their Own Safety - A Systematic Review of Patient Involvement in Safety. **Open Journal of Nursing**, v. 5, n. 1, p.642-653, 2015. doi: 10.4236/ojn.2015.57068

SHAH, R. F.; GUPTA, R. M. Video instruction is more effective than written instruction in improving inhaler technique. **Pulmonary Pharmacology & Therapeutics**, v. 46, n. 1, p. 16-19, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28797611>>. Acesso em: 20 set. 2019.

SHARMA, S. S. et al. A prospective, randomized, single-blinded trial for improving health outcomes in rhinology by the use of personalized video recordings. **International Forum of Allergy & Rhinology**, v. 8, n. 12, p. 1406-1411, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30221851>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

SHIN, S. H. et al. Development and Effectiveness of a Patient Safety Education Program for Inpatients. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.18, n.6, p.3262, 2021. doi: 10.3390/ijerph18063262.

SILKWORTH, A. L. et al. Nursing staff develop a video to prevent falls: a quality improvement project. **Journal of Nursing Care Quality**, v. 31, n.1, p. 40-5, 2016. doi: <https://doi.org/10.1097/NCQ.000000000000135>.

SILVA, A. S. **Teorias da aprendizagem na EAD: ideias de professores autores de material didático impresso**. 2017. 136p. Dissertação (Mestrado em Tecnologias, Comunicação e Educação) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017.

SILVA, D. M. L; CARREIRO, F. A.; MELLO, R. Tecnologias educacionais na assistência de enfermagem em educação em saúde: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 11, n. supl. 2, p. 1044-51, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13475>>. Acesso em: 20 set. 2021.

SILVA, H. R. et al. Percepção da equipe de enfermagem quanto às contribuições da utilização do checklist de cirurgia segura. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 87, n. 25, 2019. Disponível em: <<https://www.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/18>>. Acesso em: 27 nov. 2022.

SILVA, F. E. G. et al. Análise de ilustrações do ensino de biologia no exame nacional do ensino médio à luz da teoria cognitivista da aprendizagem multimídia. **Ciência & Educação**, v. 26, n. 1, p. 1-14, 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/1516-731320200060>.

SILVA, J. P. et al. Aplicação de insulina passo a passo: construção de vídeos educativos para pacientes e cuidadores. **Escola Anna Nery [online]**, v. 25, n. 1, e20190343, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0343>>.

SILVA, J. R. A. et al. Health education in family health strategy: perception from the professional workers. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v.28, n.1, p.75-81, 2015.

SILVA, M. A.M; GHIDINI, A. R. A utilização de recursos audiovisuais no ensino de química na educação de jovens e adultos. **Scientia Naturalis**, v. 2, n. 1, p. 320-336, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufac.br/index.php/SciNat/article/view/3586>>. Acesso em: 05 set. 2021.

SILVA, T. O. et al. O envolvimento do paciente na segurança do cuidado: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**. v.18, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/33340>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

SOARES, M. B. O.; PEREIRA, G. A.; SILVA, S. R. Fatores associados ao conhecimento sobre Papanicolau. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 19, n. 1, p. e48557, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/48557#:~:text=Conclus%C3%A3o%3A%20associaram%2Dse%20ao%20conhecimento,sobre%20o%20exame%20de%20Papanicolaou.>>. Acesso em 24 maio 2021.

SOUZA, H. X. et al. Percepção de pacientes cirúrgicos sobre segurança e seu envolvimento no cuidado à saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 28, p. e51948, 2020. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/51948>>. Acesso em: 04 out. 2020.

SPARKOL. Videoscribe. **Make your own whiteboard video fast**. Bristol: Sparkol Inc, 2019. Disponível em: <https://www.videoscribe.co/en/>. Acesso em: 29 nov. 2021.

STAMM, B.; PONSE, C. E. M.; SANTOS, K. M. A educação em saúde no ambiente hospitalar: relato de experiência sobre prevenção de lesões por pressão. **Revista eletrônica de Extensão -Extensino**, v. 16, 24 abr. 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2019v16n32p133>>. Acesso em: 23 nov. 2022.

TANJI, S.; CARVALHO, S. C. A construção inovadora da arte de ensinar em enfermagem. **Revista enfermagem atual**, v. 7, n.38, p. 15-18, 2007.

TESTON, E. F. et al. Fatores associados ao conhecimento e à atitude em relação ao diabetes mellitus. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. e50850, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50850>>. Acesso em 24 maio 2021.

TUFANARU. C. et al. Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). **JBIManual for Evidence Synthesis**. JBI, 2020. Disponível em: <<https://synthesismanual.jbi.global>>. Acesso em: 10 dez. 2021.

VARGAS, A.; ROCHA, H. V.; FREIRE, F. M. P. Promídia: produção de vídeos digitais no contexto educacional. **Revista Novas Tecnologias na Educação**, v. 5; n. 2; p. 1-13, 2007. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/renote/article/view/14199>>.

VIEIRA A. S.; MARTINS M. R. Importância dos recursos tecnológicos para a aprendizagem. **Revista da Academia Lagartense de Letras**, v.1, n.7, p. 51-58, 2020. Disponível em: <<http://www.allrevista.com.br/index.php/allrevista/article/view/154>>. Acesso em: 11 dez. 2021.

VIERA, F. S. et al. Inter-relação das ações de educação em saúde no contexto da estratégia saúde da família: percepções do enfermeiro. **Revista online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 9, n. 4, p. 1139-1144, 2017. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5911/pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2021.

VINCENT CA, COULTER A. Patient safety: what about the patient? **Quality & Safety in Health Care**, v.11, n.1, p.76 –80, 2002. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12078376/>>. Acesso em 10 nov. 2022.

VONNES, C.; WOLF, D. Fall risk and prevention agreement: engaging patients and families with a partnership for patient safety. **BMJ Open Quality**. [Internet], v. 6, n. 2, p. e000038, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29450267>>.

XIMENES, M. A. M. et al. Efetividade de tecnologia educacional para prevenção de quedas em ambiente hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. eape01372, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/sg3bHR8RbqJjR4yWnfCsZCG/>>.

ZANETTI, A. C. B., et al. Incidence and preventability of adverse events in adult patients admitted to a Brazilian teaching hospital. **PLoS ONE**, v. 16, n. 4, p. e0249531, 2021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249531>

ZEHURI, M. M. O. N.; SLOB, E. M. G. B. Auditoria em saúde: controle das IRAS, economia, higienização das mãos e antimicrobianos. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 12, n. 10, p. 298–316, 2018. Disponível em: <<https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/885>>.

WAGNER, A. et al. Healthcare Professionals' Perspectives on Working Conditions, Leadership, and Safety Climate: A Cross-Sectional Study. **BMC Health and Services Research**, v. 19, n. 1, p. 53, 21 jan. 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30665401/>>.

WEBSTER, J. et al. Incidence and risk factors for surgically acquired pressure ulcers: a prospective cohort study investigators. **Journal of Wound and Ostomy & Continence Nursing**, v. 42, n. 2, p. 138-44, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25473881/>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Delivering quality health services**: a global imperative for universal health coverage. World Health Organization, OECD and International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank, 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/97892_41513906-eng.pdf?ua=1>. Acesso em 21 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Medication Without Harm**: WHO's Third Global Patient Safety Challenge. Geneva, Switzerland: 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>>. Acesso em: 19 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety**. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241501958>>. Acesso em: 10 set. 2021.

YUE, C. et al. Applying the cognitive theory of multimedia learning: an analysis of medical animations. **Medical Education**, v. 47, n. 1, p. 375-387, 2013. doi: <https://doi.org/10.1111/medu.12090>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta convite para experts para validação do instrumento de coleta de dados

Prezado (a) Sr. (a).

Meu nome é Raíssa Bianca Luiz, aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba, MG, sob orientação da Prof^a Dr^a Maria Helena Barbosa e com trabalho intitulado "efetividade de vídeo educativo acerca das práticas seguras em pacientes no período perioperatório", cujo objetivo é analisar efetividade de um vídeo educativo no conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no perioperatório.

Os participantes deste estudo serão divididos aleatoriamente para um dos grupos, experimental (que assistirão ao vídeo educativo sobre práticas seguras no perioperatório) ou controle (que receberão as orientações-padrão sobre as práticas seguras pela equipe da instituição), ambos os grupos responderão ao instrumento de coleta de dados antes e após a intervenção com intuito de avaliar o conhecimento do paciente quanto às práticas seguras.

Dessa forma, você está sendo convidado a participar da validação de um Instrumento de Coleta de Dados que avaliará o Conhecimento do Paciente em relação às Práticas Seguras no período Perioperatório.

Após ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar da pesquisa, você responderá um questionário referente a informações sobre você e sua formação para que fique documentado que seu perfil profissional contempla as características de alguém com conhecimento relevante na área de práticas seguras na assistência à saúde e cuidado centrado no paciente.

Posteriormente, você avaliará as oito questões elaboradas, do instrumento de coleta de dados, acerca do conhecimento dos pacientes quanto às práticas seguras no período perioperatório. Para cada questão você poderá julgar como: Adequada; Parcialmente Adequada ou Inadequada. Além disso, está destinado um espaço para que você possa acrescentar sugestões ou críticas pertinentes.

Sua contribuição é muito importante para nós.

Abaixo o link para acesso ao formulário para validação:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfwHG669oFZUnvjNMEujkKuzk7mlhY2sBO77JVy2ZYOXIJJoAw/viewform?usp=sf_link

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido para experts acerca da validação do instrumento de coleta de dados

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “efetividade de vídeo educativo acerca das práticas seguras em pacientes no período perioperatório”, coordenado por mim Professora Associada – Instituto de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Maria Helena Barbosa. O objetivo dessa pesquisa é analisar efetividade de um vídeo educativo no conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no perioperatório. Gostaria de contar com sua participação, uma vez que você é considerado apto para julgar a adequação do conteúdo que constará no instrumento de coleta de dados acerca do conhecimento dos pacientes quanto às práticas seguras no perioperatório. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este com o intuito de melhorar o conhecimento dos pacientes sobre as práticas seguras no período de internação para estimular em uma participação mais ativa no cuidado seguro.

Caso aceite participar dessa pesquisa será necessário que você leia o instrumento de coleta de dados e preencha dois questionários: um referente a informações sobre você e sua formação para que fique documentado que seu perfil profissional contempla as características de alguém com conhecimento relevante na área de práticas seguras na assistência à saúde e cuidado centrado no paciente. Já o segundo questionário será para avaliar os itens referentes ao instrumento de coleta de dados elaborado acerca do conhecimento dos pacientes quanto às práticas seguras no período perioperatório. Esse questionário possui 18 itens que avaliarão o instrumento de coleta de dados quanto aos objetivos, estrutura, apresentação e relevância com as opções de resposta: adequado, parcialmente adequado ou inadequado. O instrumento, submetido à sua avaliação, juntamente com os questionários a serem respondidos, serão enviados para seu e-mail, por um membro da equipe da pesquisa devidamente capacitado e você poderá realizar a avaliação em qualquer local que julgar adequado. O tempo estimado para responder aos questionários é em torno de 30 minutos, a partir da data de recebimento do instrumento. Recomenda-se que a cada hora de navegação virtual em uma mesma posição, seja feito um curto intervalo de 5 ou 10 minutos para alongamento e interrupção da atividade.

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido para experts acerca da validação do instrumento de coleta de dados (Cont.)

O risco previsto de sua participação nessa pesquisa é a perda de confidencialidade dos seus dados (vazamento de informações pessoais). Como medidas para minimizar este risco, os participantes serão identificados, na pesquisa, por números e iniciais do nome.

Em momento algum, os dados pessoais ou quaisquer informações que possam identificar os participantes, serão revelados. Além disso, todos os arquivos ficarão sob responsabilidade da pesquisadora por cinco anos e após este período serão incinerados. Como benefício direto de sua participação na pesquisa espera-se a produção e a multiplicação de evidências científicas sobre a temática.

Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido.

Você pode recusar a participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo, para isso basta dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Em qualquer momento, você pode obter quaisquer informações sobre a sua participação nesta pesquisa, diretamente com os pesquisadores ou por contato com o CEP/HC/UFTM.

Sua identidade não será revelada para ninguém, ela será de conhecimento somente dos pesquisadores da pesquisa, seus dados serão publicados em conjunto sem o risco de você ser identificado, mantendo o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Os dados obtidos de você (avaliação do instrumento) serão utilizados somente para os objetivos dessa pesquisa e serão incinerados após cinco anos do fim da pesquisa. Caso haja interesse, por parte dos pesquisadores, em utilizar seus dados em outro projeto de pesquisa, você será novamente contatado para decidir se participa ou não dessa nova pesquisa e se concordar deve assinar novo TCLE.

Contato:

Maria Helena Barbosa; Telefone: (34) 99166-9447; E-mail: mhelena331@hotmail.com

Endereço: R. Maria da Glória Leão Borges, São Benedito, 190, apto1503, Uberaba-MG

*Dúvidas ou denúncia em relação a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/HC/UFTM), pelo e-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br, pelo telefone (34) 3318-5319, ou diretamente no endereço Rua Benjamim Constant, 16, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 07h às 12h e das 13h às 16h.

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido para experts acerca da validação do instrumento de coleta de dados (Cont.)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE - PÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima referente a pesquisa “efetividade de vídeo educativo acerca das práticas seguras em pacientes no período perioperatório”, coordenado pela Professora Associada – Instituto de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Maria Helena Barbosa. Compreendi para que serve a pesquisa e quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios da pesquisa. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não me trará prejuízos. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar da pesquisa. Concordo em participar da pesquisa, “efetividade de vídeo educativo acerca das práticas seguras em pacientes no período perioperatório”, e receberei uma via assinada deste documento.

LOCAL, ____/____/____

NOME/ ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO e/ou RESPONSÁVEL LEGAL

Maria Helena Barbosa (34) 3700 6606/ 99166-9447
PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Raíssa Bianca Luiz (34) 3318 5265/ 99194-3516
PESQUISADOR ASSISTENTE

APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados para caracterização e avaliação do conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no período perioperatório

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
PARTE I - IDENTIFICAÇÃO/DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS	
Nº prontuário:	Nº paciente: Profissão:
Sexo: 1()masculino 2()feminino	
Data de nascimento:	Idade: (anos completos)
Procedência: 1()Uberaba 2()Minas Gerais 3()Outros estados	Nome da cidade:
Escolaridade: 1()sim 2()não	
Se sim, qual tipo de escolaridade: 1()fundam.incompl. 2()fundam. compl. 3()médio incompl. 4()médio compl. 5()superior incompl. 6()superior compl. 7()pós-graduação	
Renda familiar: 1()sem renda 2()um salário 3()dois salários 4()três a cinco salários 5()mais de cinco	
Estado civil: 1()casado/união estável 2()solteiro com parceiro fixo 3()solteiro sem parceiro fixo 4()separado 5()divorciado 6()viúvo	
Internações prévias: 1()sim 2()não	
Se sim, há quanto tempo (anos):	
Cirurgias prévias: 1()sim 2()não	
Se sim, há quanto tempo realizou essa cirurgia:	
Nome da cirurgia prévia:	
Data da cirurgia atual:	
Nome da cirurgia atual:	
Comorbidades: 1()sim 2()não	
Se sim, qual comorbidade: 1()DM 2()HAS 3()DPOC 4()dislipidemia 5()IRA 6()IRC 7()ICC 8()doença imunossupressora 9()Cardiopatia 10()outra. Qual?	
PARTE II - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DO PACIENTE ACERCA DAS PRÁTICAS SEGURAS NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO	
Q1. Quando você entra no hospital, quando deve ser realizada a sua identificação?	
A() Assim que você entrar no hospital;	
B() Antes de você realizar a cirurgia;	
C() Depois que você realizar a cirurgia;	
D() Depois que você receber alguma medicação;	
E() Não sei.	
Q2. Sobre a identificação do paciente, existe apenas uma resposta certa, qual é ela?	
A() Na sua identificação pode-se usar o nome abreviado ou apelido;	
B() A sua identificação pode ser realizada pelo número do quarto;	
C() A sua identificação é realizada por uma pulseira deve ficar com você durante toda internação;	
D() Se a pulseira de identificação rasgar você não precisa colocar uma nova;	
E() Não sei.	

Continua...

APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados para caracterização e avaliação do conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no período perioperatório (Cont.)

Q3. Sobre as infecções hospitalares, qual das medidas abaixo ajuda a prevenir essas infecções?
A() Quando estiver usando drenos, punção na veia ou sonda para urinar eles devem ficar por tempo prolongado;
B() Os profissionais devem lavar as mãos apenas após o contato com o paciente;
C() Quando for lavar as mãos não precisa lavar em baixo das unhas e os polegares;
D() Quando o paciente estiver em "precaução de contato" os profissionais devem usar aventais e luvas descartáveis;
E() Não sei.
Q4. Sobre a higienização das mãos qual alternativa está correta?
A() Deve ser realizada em 5 momentos: principalmente antes e após encostar no paciente ou objetos próximos;
B() A única forma de lavar as mãos é com água e sabonete;
C() Apenas o médico que examina o paciente deve lavar as mãos;
D() Apenas esfregar a palma da mão na outra já deixa as mãos limpas;
E() Não sei.
Q5. Sobre a cirurgia segura, existe apenas uma opção certa, qual é ela?
A() Sua cirurgia pode ser realizada sem que você ou alguém da sua família deem autorização;
B() Antes de fazer a cirurgia você não precisa falar sobre alergias e medicamentos que já faz uso;
C() Antes de fazer a cirurgia não é preciso marcar o local correto que será operado;
D() Após fazer a cirurgia você precisa comunicar sobre qualquer problema que acontecer;
E() Não sei.

Continua...

APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados para caracterização e avaliação do conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no período perioperatório (Cont.)

Q6. Sobre os erros de medicação, qual a única alternativa correta?
A() Você não precisa informar aos profissionais de saúde se apresentar alguma reação ao remédio que recebeu;
B() Você não precisa saber sobre o nome, a dose e para que serve o medicamento que está recebendo;
C() Antes de realizar a medicação, o profissional não precisa lavar as mãos;
D() Antes de fazer algum remédio, o profissional tem que conferir o seu nome completo;
E() Não sei.
Q7. As lesões por pressão são feridas causadas quando uma área do corpo é pressionada por muito tempo. O que você pode fazer para que essas feridas não ocorram?
A() Não utilizar hidratante na pele;
B() Manter a pele sempre molhada;
C() Utilizar travesseiros e apoios para proteger o calcanhar, panturrilha e cotovelos;
D() Não utilizar água morna e sabão neutro para deixar a pele limpa;
E() Não sei.
Q8. Quais situações abaixo AUMENTAM a chance de o paciente cair?
A() Utilizar barras de apoio nos banheiros e pisos antiderrapantes;
B() Ser paciente idoso, fazer uso de andador ou remédios que causam sono;
C() Ter iluminação adequada e manter os corredores livres de obstáculos;
D() Manter a cama mais baixa e solicitar auxílio dos profissionais para caminhar;
E() Não sei.

APÊNDICE D – Carta convite para experts para validação do conteúdo e *storyboard* do roteiro do vídeo educativo

Prezado (a) Sr. (a).

Meu nome é Raíssa Bianca Luiz, aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba, MG, sob orientação da Prof^a Dr^a Maria Helena Barbosa e com trabalho intitulado "efetividade de vídeo educativo acerca das práticas seguras em pacientes no período perioperatório", cujo objetivo é analisar a efetividade de um vídeo educativo no conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no perioperatório.

Os participantes deste estudo serão divididos aleatoriamente para um dos grupos, experimental (que assistirão ao vídeo educativo sobre práticas seguras no perioperatório) ou controle (que receberão as orientações-padrão sobre as práticas seguras pela equipe da instituição), ambos os grupos responderão ao instrumento de coleta de dados antes e após a intervenção com intuito de avaliar o conhecimento do paciente quanto às práticas seguras.

Dessa forma, você está sendo convidado a participar da validação de conteúdo/*Storyboard* (no caso de experts de comunicação visual) do roteiro do vídeo educativo sobre práticas seguras no período perioperatório.

Após ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar da pesquisa, você responderá um questionário referente a informações sobre você e sua formação para que fique documentado que seu perfil profissional contempla as características de alguém com conhecimento relevante na área de práticas seguras na assistência à saúde e cuidado centrado no paciente/ na área de comunicação visual/ produção audiovisual).

Posteriormente, você avaliará as questões elaboradas, do instrumento de coleta de dados, acerca do conhecimento dos pacientes quanto às práticas seguras no período perioperatório. Para cada questão você poderá julgar como: Adequada; Parcialmente Adequada ou Inadequada. Além disso, está destinado um espaço para que você possa acrescentar sugestões ou críticas pertinentes.

Sua contribuição é muito importante para nós.

Abaixo o link para acesso ao formulário para validação:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfwHG669oFZUnvjNMEujkKuzk7mlhY2sBO77JVy2ZYOXIJJoAw/viewform?usp=sf_link

APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido para experts para validação do conteúdo e *storyboard* do vídeo educativo

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “efetividade de vídeo educativo acerca das práticas seguras em pacientes no período perioperatório”, coordenado por mim Professora Associada – Instituto de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Maria Helena Barbosa. O objetivo dessa pesquisa é analisar a efetividade de um vídeo educativo no conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no perioperatório. Gostaria de contar com sua participação, por vir a ser considerado apto para julgar a adequação do conteúdo que constará no roteiro do vídeo educativo acerca do conhecimento dos pacientes quanto às práticas seguras no perioperatório. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este com o intuito de melhorar o conhecimento dos pacientes sobre as práticas seguras no período de internação para estimular em uma participação mais ativa no cuidado seguro.

Caso aceite participar dessa pesquisa será necessário que você leia o roteiro/*storyboard* (para os experts de comunicação visual e recursos audiovisuais) do vídeo educativo, sobre práticas seguras no perioperatório e preencha dois questionários: um referente a informações sobre você e sua formação para que fique documentado que seu perfil profissional contempla as características de alguém com conhecimento relevante na área de práticas seguras na assistência à saúde e cuidado centrado no paciente/ na área de comunicação visual ou recursos audiovisuais. Já o segundo questionário será para avaliar os itens referentes ao conteúdo/ *storyboard* do roteiro do vídeo educativo acerca do conhecimento dos pacientes quanto às práticas seguras. Esse questionário possui 18 itens que avaliarão o roteiro do vídeo quanto aos objetivos, estrutura, apresentação e relevância com as opções de resposta: adequado, parcialmente adequado ou inadequado. O roteiro/*storyboard* do vídeo, submetido à sua avaliação, juntamente com os questionários a serem respondidos, serão enviados para seu e-mail, por um membro da equipe da pesquisa devidamente capacitado e você poderá realizar a avaliação em qualquer local que julgar adequado. O tempo estimado para responder aos questionários é em torno de 40 minutos, a partir da data de recebimento. Recomenda-se que a cada hora de navegação virtual em uma mesma posição, seja feito um curto intervalo de 5 ou 10 minutos para alongamento e interrupção da atividade.

APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido para experts para validação do conteúdo e *storyboard* do vídeo educativo (Cont.)

O risco previsto de sua participação nessa pesquisa é a perda de confidencialidade dos seus dados (vazamento de informações pessoais). Como medida para minimizar este risco, os participantes serão identificados, na pesquisa, por números e iniciais do nome. Em momento algum, os dados pessoais ou quaisquer informações que possam identificar os participantes, serão revelados. Além disso, todos os arquivos ficarão sob responsabilidade da pesquisadora por cinco anos e após este período serão incinerados.

Como benefício direto de sua participação na pesquisa espera-se a produção e a multiplicação de evidências científicas sobre a temática.

Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido.

Você pode recusar a participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo, para isso basta dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Em qualquer momento, você pode obter quaisquer informações sobre a sua participação nesta pesquisa, diretamente com os pesquisadores ou por contato com o CEP/HC/UFTM.

Sua identidade não será revelada para ninguém, ela será de conhecimento somente dos pesquisadores da pesquisa, seus dados serão publicados em conjunto sem o risco de você ser identificado, mantendo o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Os dados obtidos de você (avaliação do conteúdo/*storyboard* roteiro do vídeo educativo) serão utilizados somente para os objetivos dessa pesquisa e serão incinerados após cinco anos do fim da pesquisa. Caso haja interesse, por parte dos pesquisadores, em utilizar seus dados em outro projeto de pesquisa, você será novamente contatado para decidir se participa ou não dessa nova pesquisa e se concordar deve assinar novo TCLE.

Contato:

Maria Helena Barbosa; Telefone: (34) 99166-9447; E-mail: mhelena331@hotmail.com

Endereço: R. Maria da Glória Leão Borges, São Benedito, 190, apto1503, Uberaba-MG

*Dúvidas ou denúncia em relação a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/HC/UFTM), pelo e-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br, pelo telefone (34) 3318-5319, ou diretamente no endereço Rua Benjamim Constant, 16, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 07h às 12h e das 13h às 16h.

APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido para experts para validação do conteúdo e *storyboard* do vídeo educativo (Cont.)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE - PÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima referente a pesquisa “efetividade de vídeo educativo acerca das práticas seguras em pacientes no período perioperatório”, coordenado pela Professora Associada – Instituto de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Maria Helena Barbosa. Compreendi para que serve a pesquisa e quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios da pesquisa. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não me trará nenhum prejuízo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar da pesquisa. Concordo em participar da pesquisa, “efetividade de vídeo educativo acerca das práticas seguras em pacientes no período perioperatório”, e receberei uma via assinada deste documento.

LOCAL, ____/____/____

NOME/ ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO e/ou RESPONSÁVEL LEGAL

Maria Helena Barbosa (34) 3700 6606/ 99166-9447
PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Raíssa Bianca Luiz (34) 3318 5265/ 99194-3516
PESQUISADOR ASSISTENTE

APÊNDICE F – Conteúdo do Roteiro e *Storyboard* do vídeo educativo após validação dos experts

Título: Vídeo educativo acerca das práticas seguras no período perioperatório.

Tema proposto: orientações acerca das práticas seguras no período perioperatório.

Objetivo: Melhorar o conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no período perioperatório.

Público-Alvo: Pacientes submetidos à procedimentos cirúrgicos.

Referencial teórico: Manual da ANVISA “Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? – Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes” (BRASIL, 2017b).

LOCUÇÃO	ANIMAÇÃO (<i>Storyboard</i>)
<p style="text-align: center;">APRESENTAÇÃO</p> <p>1. Você sabia que durante o cuidado à saúde você, paciente, pode sofrer eventos adversos?</p> <p>2. Os eventos adversos são situações que resultam em danos desnecessários para sua saúde.</p> <p>3. E você, como paciente, pode contribuir para um atendimento mais seguro e ajudar na prevenção de erros. Quer saber como?</p>	<p style="text-align: center;">APRESENTAÇÃO</p> <p>1. Imagem de instituição hospitalar e <i>Lettering</i>: EVENTOS ADVERSOS.</p> <p>2. <i>Lettering</i>: Os eventos adversos são situações que resultam em danos desnecessários para sua saúde.</p> <p>3. Imagem de paciente na recepção do hospital e personagem auxiliar sinalizando positivo com as mãos.</p>
<p style="text-align: center;">PARTE I – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</p> <p style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</p> <p>1. A identificação de TODOS os pacientes deve ser realizada, PELA PRIMEIRA VEZ, no momento de sua entrada no serviço de saúde. Ela é realizada por meio de uma pulseira que é colocada, geralmente, no seu pulso. Esta pulseira deve permanecer com você durante todo período em que estiver no serviço de saúde.</p> <p>2. Todos os profissionais devem conferir e confirmar sua identificação antes de qualquer cuidado, por exemplo, antes de fazer algum remédio, coleta de material para exames, e antes da realização de cirurgias.</p>	<p style="text-align: center;">PARTE I – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</p> <p>Slide de apresentação escrito: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</p> <p>1. Paciente dentro do hospital. Imagem de uma prancheta contendo a identificação. Após pulseira de identificação no pulso do paciente. <i>Lettering</i>: Durante todo período em que estiver no serviço de saúde.</p> <p>2. <i>Lettering</i>: Todos os profissionais devem conferir e confirmar sua identificação antes de qualquer cuidado, por exemplo.</p> <p>2.1. Profissional entregando medicamento para paciente;</p> <p>2.2. Profissional realizando punção venosa em paciente;</p> <p>2.3. Profissional realizando cirurgia em paciente. Acrescentar símbolo “<i>check</i>” após aparição de cada procedimento.</p>

Continua...

APÊNDICE F – Conteúdo do Roteiro e *Storyboard* do vídeo educativo após validação dos experts (Cont.)

LOCUÇÃO	ANIMAÇÃO
<p>3. Além disso, na sua pulseira de identificação é recomendável que contenha o seu nome completo e a sua data de nascimento. E NUNCA podemos utilizar o nome abreviado ou apelidos, número do quarto ou do leito para identificar o paciente.</p> <p>4. E caso você perceba que a pulseira de identificação apague as informações ou rasgue é necessário solicitar uma nova à equipe de saúde.</p>	<p>3. Desenho da pulseira de identificação. <i>Lettering:</i> Nome completo; Data de nascimento. Escrever na pulseira de identificação: “João da Silva” e “02/10/1956”.</p> <p>4. Desenho da pulseira de identificação apagando as informações. 4.1. Personagem com amplificador de som. <i>Lettering:</i> Solicite uma nova.</p>
<p>PARTE II – PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE</p> <p>PREVENÇÃO DE INFECÇÃO</p> <p>1. Você sabia que a maioria das infecções é transmitida pelas mãos? Então, a higienização das mãos com água e sabonete ou com álcool em gel é uma das medidas mais importantes que você paciente pode fazer para diminuir a transmissão das infecções.</p> <p>2. TODOS os profissionais de saúde, acompanhantes e visitantes devem higienizar as mãos em 5 momentos:</p> <p>2.1. Um: Antes de tocar no paciente;</p> <p>2.2. Dois: Antes de realizar procedimentos;</p> <p>2.3. Três: Após risco de contato com secreções do paciente;</p> <p>2.4. Quatro: Após tocar o paciente.</p>	<p>PARTE II – PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE</p> <p>Slide de apresentação escrito: PREVENÇÃO DE INFECÇÕES</p> <p>1. Imagem de mãos com bactérias ao seu redor. 1.1. Desenho de mão com uma gota de sabonete caindo sobre ela. 1.2. Desenho de mão com frasco caindo o álcool em gel sobre a mão. 1.3. Desenho de mão com sinal positivo.</p> <p>2. <i>Lettering:</i> Prevenção de infecção; Higienização das mãos; Profissionais de saúde; acompanhantes; visitantes. Desenho de mão com espuma de sabonete.</p> <p>2.1. <i>Lettering:</i> Momentos que as mãos devem ser higienizadas. 1) Antes de tocar no paciente. Imagem de paciente deitado no leito e profissionais de saúde próximos ao paciente;</p> <p>2.2. <i>Lettering:</i> Momentos que as mãos devem ser higienizadas. 2) Antes de realizar procedimentos. Imagem de profissional de saúde realizando punção venosa no paciente.</p> <p>2.3. <i>Lettering:</i> Momentos que as mãos devem ser higienizadas. 3) Após risco de contato com secreções do paciente. Imagem de personagem expelindo gotículas;</p> <p>2.4. <i>Lettering:</i> Momentos que as mãos devem ser higienizadas. 4) Após tocar o paciente. Imagem de profissional de saúde realizando curativo no paciente.</p>

Continua...

APÊNDICE F – Conteúdo do Roteiro e *Storyboard* do vídeo educativo após validação dos experts (Cont.)

LOCUÇÃO	ANIMAÇÃO
<p>2.5. E cinco: Após tocar objetos, mobiliários ou superfícies próximas ao paciente.</p> <p>3. E quais os passos para realizar a higienização das mãos?</p> <p>4. Outra medida utilizada para evitar as infecções é deixar por MENOR tempo possível os dispositivos invasivos (como os drenos, punção na veia para realizar medicamentos e sonda para urina).</p> <p>4.1.1. Então se você estiver usando algum deles pergunte até que dia será necessário; o quanto antes eles puderem ser retirados, menores as chances de ocorrer infecções.</p> <p>5. Você sabia que se o paciente estiver com alguma bactéria ele deve ser colocado em “precaução de contato”?</p> <p>5.1. Nesses casos, profissionais de saúde, acompanhantes e visitantes devem utilizar aventais e luvas descartáveis sempre que entrarem em contato com o paciente ou objetos próximos a ele.</p>	<p>2.5. <i>Lettering</i>: Momentos que as mãos devem ser higienizadas. 5) Após tocar objetos, mobiliários ou superfícies próximas ao paciente. Imagem de profissional de saúde empurrando cadeira de rodas com o paciente.</p> <p>3. <i>Lettering</i>: E quais os passos para realizar a higienização das mãos? Inserir vídeo do Ministério da Saúde sobre os passos para realizar a higienização das mãos. Disponível em: http://saude.gov.br “Um: Molhe as mãos e depois coloque sabão. Dois: Esfregue bem as duas mãos. Não se esqueça de esfregar também as costas das mãos, entre os dedos e debaixo das unhas e os polegares. Três: Enxágue com água corrente para tirar o sabão, vírus e bactérias da pele. Quatro: Se possível, feche a torneira com um papel ou uma toalha para não se contaminar de novo. Cinco: Por fim, mas não menos importante, seque bem as mãos com lenço e descarte-o corretamente. Se não tiver água e sabão por perto, você também pode higienizar as mãos com álcool em gel.”</p> <p>4. Personagem com letreiro de “ATENÇÃO”.</p> <p>4.1. Imagem de relógio.</p> <p>4.2. Personagem com letreiro de “ATENÇÃO” e em sequência imagens que remetem: dreno (coloração vermelha), imagem de profissional de saúde realizando punção venosa e cateter vesical de demora (coloração amarela).</p> <p>4.1.1. <i>Lettering</i>: Prevenção de infecção. Imagem de calendário, em seguida, imagem de gráfico com seta indicando “queda”.</p> <p>5. Imagem de bactéria, em seguida, <i>Lettering</i>: Precaução de Contato.</p> <p>5.1. Imagem de profissionais de saúde utilizando avental descartável, jaleco e luvas. Imagem de “acompanhante” utilizando luva. Dar destaque no avental descartável, jaleco e nas luvas.</p> <p>5.2. Imagem de profissional de saúde paramentado (avental descartável, gorro, máscara e luvas) em contato com paciente em repouso no leito. Placa de “Precaução de Contato” beira leito.</p>

Continua...

APÊNDICE F – Conteúdo do Roteiro e *Storyboard* do vídeo educativo após validação dos experts (Cont.)

LOCUÇÃO	ANIMAÇÃO
<p style="text-align: center;">PARTE III – CIRURGIA SEGURA</p> <p>CIRURGIA SEGURA</p> <p>1. Bom, quando você for operar, existem cuidados que precisam ser realizados antes e após a sua cirurgia. Vamos conhecer?</p> <p>ANTES DA CIRURGIA</p> <p>2. ANTES da cirurgia, é importante que você informe sobre cirurgias que você já realizou, medicamentos que faz uso, sobre as suas condições de saúde, como alergias, diabetes, pressão arterial alta, entre outros. E no caso de mulheres, se está grávida ou amamentando.</p> <p>3. Em seguida, e depois que a equipe te explicar tudo sobre sua cirurgia e tirar todas as suas dúvidas, é necessário que você ou alguém da sua família deem autorização para realização da cirurgia!</p> <p>4. Outro cuidado é verificar se o local correto da sua cirurgia está claramente marcado em seu corpo, por exemplo, se você for operar o joelho direito, o médico deverá marcar, com uma caneta própria, esse local.</p> <p>5. Além disso, a equipe de saúde também irá te informar sobre até que horas você pode comer e beber líquidos, sobre a retirada de objetos de metal, próteses dentárias e quando será o seu banho antes da operação.</p> <p>DEPOIS DA CIRURGIA</p> <p>6. Depois que a sua cirurgia já foi realizada, é importante que você diga à equipe de saúde sobre qualquer sangramento, dificuldade em respirar, dor, febre, tonturas ou reações inesperadas.</p> <p>7. E algumas situações só podem ser realizadas com a orientação da equipe de saúde como: a retirada de pontos, realização de curativos e a retomada de atividades rotineiras.</p>	<p style="text-align: center;">PARTE III – CIRURGIA SEGURA</p> <p>Slide de apresentação escrito: CIRURGIA SEGURA</p> <p>1. Cenário de centro cirúrgico. Imagem de profissionais de saúde conversando entre si, em seguida, imagem de prancheta com itens listados e checados.</p> <p>Slide com escrito: ANTES DA CIRURGIA</p> <p>2. <i>Lettering</i>: Cuidados antes da cirurgia. Imagens na sequência: folha de papel com anotações; frascos de medicamentos; traçado de eletrocardiograma; prancheta com anotações de saúde.</p> <p>2.1. <i>Lettering</i>: Cuidados antes da cirurgia. Imagem de mulher grávida, em seguida, imagem de mulher com bebê no colo.</p> <p>3. <i>Lettering</i>: Cuidados antes da cirurgia. Imagem de personagens próximos com papel de anotações, em seguida, personagem com ponto de interrogação e personagem com letreiro escrito “Autorizado”. Dar ênfase em “Autorizado”.</p> <p>4. Imagem de profissional de saúde examinando o joelho direito do paciente. Em seguida marcar com “X” o joelho direito do paciente e dar ênfase na marcação.</p> <p>5. <i>Lettering</i>: Cuidados antes da cirurgia. Imagem de personagem explicando e apontando para um quadro negro.</p> <p>5.1. Imagem de bolacha e jarra de água;</p> <p>5.2. <i>Lettering</i>: Retirada de objetos de metal. Imagem de anéis;</p> <p>5.3. Imagem de banheira com chuveiro saindo água.</p> <p>Slide com escrito: DEPOIS DA CIRURGIA</p> <p>6. <i>Lettering</i>: Cuidados após a cirurgia. Imagem de personagem com alto-falante. Balão com texto na sequência: Sangramento; Dificuldade de respirar; Dor; Febre; Tonturas; Reações.</p> <p>7. <i>Lettering</i>: Cuidados após a cirurgia. Imagens em sequência: de paciente recebendo informações do profissional de saúde; de profissional de saúde realizando curativo em paciente; de personagens realizando atividade rotineira (por exemplo, fotografia).</p>

Continua...

APÊNDICE F – Conteúdo do Roteiro e *Storyboard* do vídeo educativo após validação dos experts (Cont.)

<p style="text-align: center;">PARTE IV – USO SEGURO DE MEDICAMENTOS</p> <p>USO SEGURO DE MEDICAMENTOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Todo paciente precisa saber sobre o nome, a dosagem e para que serve cada medicamento que está recebendo. 2. Se você achar que está tendo algum efeito colateral ao medicamento, entre em contato imediatamente com o profissional de saúde. 	<p style="text-align: center;">PARTE IV – USO SEGURO DE MEDICAMENTOS</p> <p>Slide de apresentação escrito: USO SEGURO DE MEDICAMENTOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Lettering</i>: Uso seguro de medicamentos. Imagem de receituário médico e ao lado frasco de medicamentos. 2. Imagens em sequência: personagem se sentindo mal; imagem de profissional de saúde.
<p style="text-align: center;">PARTE V – PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</p> <p>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Você sabia que lesões por pressão são feridas causadas quando uma área do corpo é pressionada por muito tempo e que podem acontecer com pacientes acamados em qualquer idade? 2. E você, familiares e acompanhantes também podem ajudar, quer saber como? 3. Limpando a pele sempre que estiver suja ou quando necessário com água morna e sabão neutro; <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Utilizando hidratante de pele; 3.2. Utilizando travesseiros e apoios para aliviar a pressão de calcanhares, panturrilha, cotovelos e as costas; 3.3. E não deixar a pele úmida. 	<p style="text-align: center;">PARTE V – PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</p> <p>Slide de apresentação escrito: PREVENÇÃO DE LESÕES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Lettering</i>: Prevenção de lesões por pressão. Imagem de profissional de saúde com paciente acamado. 2. Imagem de pacientes, familiares e acompanhantes. 3. <i>Lettering</i>: Prevenção de lesões por pressão. Imagem de paciente acamado associado a imagem de sabonete. Após a fala aparecer sinal de “<i>check</i>”; <ol style="list-style-type: none"> 3.1. <i>Lettering</i>: Prevenção de lesões por pressão. Imagem de paciente acamado associado a imagem de hidratante. Após a fala aparecer sinal de “<i>check</i>”; 3.2. <i>Lettering</i>: Prevenção de lesões por pressão. Imagem de paciente acamado associado a imagem de travesseiros. Após a fala aparecer sinal de “<i>check</i>”. Dar ênfase nas costas, cotovelos e calcanhares; 3.3. <i>Lettering</i>: Prevenção de lesões por pressão. Imagem de paciente acamado associado à imagem papel higiênico. Após a fala aparecer sinal de “<i>check</i>”.

Continua...

APÊNDICE F – Conteúdo do Roteiro e *Storyboard* do vídeo educativo após validação dos experts (Cont.)

<p style="text-align: center;">PARTE VI – PREVENÇÃO DE QUEDAS</p> <p>PREVENÇÃO DE QUEDAS</p> <p>1. Aqui estão os fatores que aumentam a chance do paciente em cair como:</p> <p>2. Ser paciente idoso; Fazer uso de andador ou muletas; Fazer uso de medicamentos que causam sono; E até a altura inadequada da cadeira e da cama.</p> <p>3. E para ajudar a prevenir as quedas, é recomendado que sempre que for se locomover, caminhar ou ir ao banheiro pedir ajuda do profissional de saúde.</p> <p>4. E quando estiver escuro solicitar que acendam as luzes</p>	<p style="text-align: center;">PARTE VI – PREVENÇÃO DE QUEDAS</p> <p>Slide de apresentação escrito: PREVENÇÃO DE QUEDAS</p> <p>1. Imagem do símbolo de alerta, em seguida <i>Lettering</i>: Queda e imagem de personagem segurando letreiro escrito “cuidado”.</p> <p>2. <i>Lettering</i>: Fatores que podem aumentar as chances de queda. Imagens em sequência: -Paciente idoso; -Andador; -Paciente com sono; -Cadeira e Cama. Obs: As imagens devem surgir de acordo com a citação do locutor.</p> <p>3. <i>Lettering</i>: Medidas para prevenção de quedas. Imagens em sequência: -Vaso sanitário com barras de apoio; -Profissional de saúde empurrando cadeira de rodas com paciente. Obs: As imagens devem surgir de acordo com a citação do locutor.</p> <p>4. Imagem escura, em seguida, imagem de interruptor e lâmpada acendendo. Imagem clara.</p>
<p style="text-align: center;">ENCERRAMENTO</p> <p>1. Bom, você viu o quanto a sua participação no cuidado à saúde é importante para ajudar a evitar os erros durante sua internação?</p> <p>2. Seguindo essas orientações você pode contribuir para o sucesso do tratamento e um cuidado seguro. Contamos com você!</p>	<p style="text-align: center;">ENCERRAMENTO</p> <p>1. <i>Lettering</i>: Sua participação é essencial. Imagem de mãos firmando acordo, em seguida, imagem de instituição de saúde.</p> <p>2. Imagem de paciente subindo escada carregando uma bandeira, em seguida, imagem de traçado de eletrocardiograma. <i>Lettering</i>: Contamos com você!</p>

Continua...

APÊNDICE F – Conteúdo do Roteiro e *Storyboard* do vídeo educativo após validação dos experts (Cont.)

ENCERRAMENTO	ENCERRAMENTO
<p>Locução: Não se aplica</p>	<p>3. Incluir slide com <i>Lettering</i>:</p> <p>Referências: BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes. Brasília, DF: ANVISA, 2017.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Dicas de saúde: você sabe lavar as mãos corretamente? Disponível em: http://www.saude.gov.br.</p> <p>4. Incluir slide com <i>Lettering</i>:</p> <p style="text-align: center;">PRÁTICAS SEGURAS NO PERIOPERATÓRIO</p> <p style="text-align: center;">Universidade Federal do Triângulo Mineiro Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Doutorado em Atenção à Saúde</p> <p style="text-align: center;">DIREÇÃO Doutoranda: Raíssa Bianca Luiz Orientação: Profa. Dra. Maria Helena Barbosa</p> <p style="text-align: center;">LOCUÇÃO Raíssa Bianca Luiz</p> <p style="text-align: center;">EDIÇÃO Joilson Meneguci Unidade de E-Saúde/GEP/HC/UFTM/EBSERH</p> <p style="text-align: center;">ILUSTRAÇÃO E ANIMAÇÃO <i>Software</i> Videoscribe</p>

APÊNDICE G – Carta convite aos experts para validação da aparência do vídeo e princípios da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia (TCAM)

Prezado (a) Sr. (a).

Meu nome é Raíssa Bianca Luiz, aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba, MG, sob orientação da Prof^a Dr^a Maria Helena Barbosa e com trabalho intitulado "efetividade de vídeo educativo acerca das práticas seguras em pacientes no período perioperatório", cujo objetivo é analisar a efetividade de um vídeo educativo no conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no perioperatório.

Os participantes deste estudo serão divididos aleatoriamente para um dos grupos, experimental (que assistirão ao vídeo educativo sobre práticas seguras no perioperatório) ou controle (que receberão as orientações-padrão pela equipe da instituição), ambos os grupos responderão ao instrumento de coleta de dados antes e após a intervenção (vídeo educativo) com intuito de avaliar o conhecimento do paciente quanto às práticas seguras.

Dessa forma, você está sendo convidado a participar da validação da aparência do vídeo educativo, bem como se o vídeo contempla os princípios da Teoria da Cognitiva da Aprendizagem Multimídia.

Após ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar da pesquisa, você responderá um questionário referente a informações sobre você e sua formação para que fique documentado que seu perfil profissional contempla as características de alguém com conhecimento relevante na área.

Posteriormente, você avaliará a aparência do vídeo educativo, utilizando o Instrumento de Validação de Aparência do Vídeo Educativo, validado por FERREIRA, et al., 2015 e um Instrumento para avaliar se o vídeo educativo elaborado, contempla os princípios da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia (TCAM), utilizada na construção do *storyboard* do vídeo. Para cada item você poderá julgar como: Discordo totalmente; Discordo parcialmente; Concordo; Concordo parcialmente e Discordo parcialmente. Além disso, está destinado um espaço para que você possa acrescentar sugestões ou críticas pertinentes.

Sua contribuição é muito importante para nós.

Abaixo o link para acesso ao formulário para validação:

<https://forms.gle/sfFY6MjTQEmNWvZE6>

APÊNDICE H – Termo de consentimento livre e esclarecido para experts acerca da validação da aparência do vídeo educativo e os princípios da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia (TCAM)

TERMO DE ESCLARECIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos você a participar da pesquisa: Efetividade de vídeo educativo acerca das práticas seguras no período perioperatório, coordenado pela Professora Associada – Instituto de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Maria Helena Barbosa. O objetivo dessa pesquisa é analisar a efetividade de um vídeo educativo no conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no perioperatório. Gostaria de contar com sua participação, uma vez que os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este com o intuito de melhorar o conhecimento dos pacientes sobre as práticas seguras no período de internação para estimular em uma participação mais ativa no cuidado seguro.

Caso aceite participar dessa pesquisa será necessário que você assista ao vídeo educativo e preencha um questionário referente a informações sobre você e sua formação para que fique documentado que seu perfil profissional contempla as características de alguém com conhecimento relevante na área de práticas seguras na assistência à saúde e cuidado centrado no paciente. Após, você avaliará a aparência do vídeo educativo utilizando o Instrumento de Validação de Aparência do Vídeo Educativo, validado por FERREIRA, et al., 2015 e um Instrumento criado para este fim, para avaliar se o vídeo educativo elaborado, contempla os princípios da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia (TCAM), utilizada na construção do *storyboard* do vídeo.

Para cada questão você poderá julgar como: Concordo totalmente; Concordo Parcialmente; Concordo; Discordo parcialmente; Discordo totalmente. O tempo estimado para avaliação do vídeo e o preenchimento dos dois instrumentos é de 50 minutos. Recomenda-se que a cada hora de navegação virtual em uma mesma posição, seja feito um curto intervalo de 5 ou 10 minutos para alongamento e interrupção da atividade. O risco previsto de sua participação nessa pesquisa é a perda de confidencialidade dos seus dados (vazamento de informações pessoais). Como medidas para minimizar este risco, os participantes serão identificados, na pesquisa, por números e iniciais do nome.

APÊNDICE H – Termo de consentimento livre e esclarecido para experts acerca da validação da aparência do vídeo educativo e os princípios da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia (TCAM) (Cont.)

Em momento algum, os dados pessoais ou quaisquer informações que possam identificar os participantes, serão revelados.

Como benefício direto de sua participação na pesquisa espera-se a produção e a multiplicação de evidências científicas sobre a temática; bem como contribuir para melhorar o conhecimento do paciente sobre práticas seguras no período perioperatório.

Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido.

Você pode recusar a participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer tipo de prejuízo, para isso basta dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Em qualquer momento, você pode obter quaisquer informações sobre a sua participação nesta pesquisa, diretamente com os pesquisadores ou por contato com o CEP/HC/UFTM.

Sua identidade não será revelada para ninguém, ela será de conhecimento somente dos pesquisadores da pesquisa, seus dados serão publicados em conjunto sem o risco de você ser identificado, mantendo o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Os dados obtidos de você (instrumento de coleta de dados sobre caracterização profissional e o questionário de avaliação dos itens referentes ao instrumento de coleta de dados elaborado) serão utilizados somente para os objetivos dessa pesquisa e serão destruídos por incineração após cinco anos do fim da pesquisa. Caso haja interesse, por parte dos pesquisadores, em utilizar seus dados em outro projeto de pesquisa, você será novamente contatado para decidir se participa ou não dessa nova pesquisa e se concordar deve assinar novo TCLE.

Em qualquer momento poderá ser solicitado esclarecimentos à pesquisadora responsável Prof. Dra^a. Maria Helena Barbosa. Endereço: R. Maria da Glória Leão Borges, São Benedito, 190, apto1503, Uberaba-MG. E-mail: mhelena331@hotmail.com. Telefone/Celular: (34) 99166-9447 *Dúvidas ou denúncia em relação a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/HC/UFTM), pelo e-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br, pelo telefone (34) 3318-5319, ou diretamente no endereço Rua Benjamim Constant, 16, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 07h às 12h e das 13h às 16h.

APÊNDICE H – Termo de consentimento livre e esclarecido para experts acerca da validação da aparência do vídeo educativo e os princípios da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia (TCAM) (Cont.)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE - PÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima referente a pesquisa “efetividade de vídeo educativo acerca das práticas seguras em pacientes no período perioperatório”, coordenado pela Professora Associada – Instituto de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Maria Helena Barbosa. Compreendi para que serve a pesquisa e quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios da pesquisa. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não me trará prejuízos. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar da pesquisa. Concordo em participar da pesquisa, efetividade de vídeo educativo acerca das práticas seguras em pacientes no período perioperatório, e receberei uma via assinada deste documento.

LOCAL, ____/____/____

NOME/ ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO e/ou RESPONSÁVEL LEGAL

Maria Helena Barbosa (34) 3700 6606/ 99166-9447
PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Raíssa Bianca Luiz (34) 3318 5265/ 99194-3516
PESQUISADOR ASSISTENTE

APÊNDICE I – Instrumento para avaliação dos experts acerca da adequação do vídeo aos princípios da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia (TCAM)

Instruções e itens de avaliação do conteúdo

Leia os itens e pontue com a valoração **1. Discordo totalmente**; **2. Discordo parcialmente**; **3. Concordo**; **4. Concordo parcialmente**; **5. Concordo totalmente**. Há espaço para sugestões e críticas. Caso atribua notas 0 e 1 justifique e colabore para melhoria do material.

Questões		1	2	3	4	5
1	O vídeo contempla o princípio da Coerência : Supressão de palavras, imagens, sons estranhos/ dispensáveis;					
2	O vídeo contempla o princípio da Sinalização : Apresenta sinais que demonstram organização;					
3	O vídeo contempla o princípio da Contiguidade espacial : Palavras e imagens correspondentes estão próximas;					
4	O vídeo contempla o princípio da Redundância : Utiliza animação + narração ao invés de animação + narração + texto);					
5	O vídeo contempla o princípio da Contiguidade temporal : Palavras e imagens correspondentes estão apresentadas simultaneamente;					
6	O vídeo contempla o princípio da Segmentação : As informações estão apresentadas em blocos e não de forma contínua;					
7	O vídeo contempla o princípio do Pré-treinamento : Realiza apresentação geral do tema, antes de entrar nos assuntos específicos;					
8	O vídeo contempla o princípio da Modalidade : Utiliza animação + narração ao invés de animação e texto escrito;					
9	O vídeo contempla o princípio da Personalização : Utiliza palavras acessíveis ao expectador ao invés de terminologia formal;					
10	O vídeo contempla o princípio da Voz : Utiliza narração com voz humana ao invés de robôs computadorizados;					
11	O vídeo contempla o princípio da Imagem : A imagem do orador não é imprescindível, não sendo utilizada no vídeo;					
12	O vídeo contempla o princípio da Multimídia : Utiliza palavras e imagens ao invés de apenas palavras.					

Nota: Valoração dos itens: 1- discordo totalmente; 2- discordo parcialmente; 3- concordo; 4- concordo parcialmente; 5- concordo totalmente.

Sugestões/Críticas:

APÊNDICE J – Termo de consentimento livre e esclarecido para pacientes participantes do ensaio clínico randomizado

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “efetividade de vídeo educativo acerca das práticas seguras em pacientes no período perioperatório”, coordenado por mim Professora Associada – Instituto de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Maria Helena Barbosa. O objetivo dessa pesquisa é analisar a efetividade de um vídeo educativo no conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no perioperatório. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este com o intuito de melhorar o conhecimento dos pacientes sobre as práticas seguras no período de internação para estimular em uma participação mais ativa no cuidado seguro, assim, gostaríamos de contar com sua participação.

Caso aceite participar desse estudo, após sua admissão no HC/UFTM, na sala de admissão de pacientes, um membro da equipe da pesquisa, devidamente capacitado, coletará algumas informações a seu respeito, por meio do seu prontuário, como sexo, data de nascimento, idade, profissão, procedência, escolaridade, renda familiar, comorbidades, internações prévias, tempo de internação prévia, cirurgias prévias, data e nome do procedimento cirúrgico prévio e data e nome da cirurgia atual, podendo utilizar seu prontuário como fonte complementar. Após, será realizado a leitura de um questionário, contendo oito questões, para avaliar seu conhecimento em relação às práticas seguras no perioperatório. Em seguida, você receberá orientações acerca das práticas seguras no período perioperatório por meio de orientações verbais ou por vídeo educativo, transmitido por meio de um *tablet*. Posteriormente, você irá responder novamente ao questionário de avaliação do seu conhecimento sobre as práticas seguras no perioperatório. O tempo estimado para realização desses procedimentos é em torno de 20 minutos.

APÊNDICE J – Termo de consentimento livre e esclarecido para pacientes participantes do ensaio clínico randomizado (Cont.)

O risco previsto de sua participação nessa pesquisa é a perda de confidencialidade dos seus dados (vazamento de informações pessoais). Como medida para minimizar este risco, os participantes serão identificados, na pesquisa, por números e iniciais do nome. Em momento algum, os dados pessoais ou quaisquer informações que possam identificar os participantes, serão revelados. Além disso, todos os arquivos ficarão sob responsabilidade da pesquisadora por cinco anos e após este período serão incinerados.

Como benefício direto de sua participação na pesquisa espera-se a produção e a multiplicação de evidências científicas sobre a temática.

Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido.

Você pode recusar a participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo no seu tratamento, para isso basta dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Em qualquer momento, você pode obter quaisquer informações sobre a sua participação nesta pesquisa, diretamente com os pesquisadores ou por contato com o CEP/HC/UFTM.

Sua identidade não será revelada para ninguém, ela será de conhecimento somente dos pesquisadores da pesquisa, seus dados serão publicados em conjunto sem o risco de você ser identificado, mantendo o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Os dados obtidos de você (conhecimento das práticas seguras no perioperatório e dados sociodemográficos e clínicos) serão utilizados somente para os objetivos dessa pesquisa e serão incinerados após cinco anos do fim da pesquisa. Caso haja interesse, por parte dos pesquisadores, em utilizar seus dados em outro projeto de pesquisa, você será novamente contatado para decidir se participa ou não dessa nova pesquisa e se concordar deve assinar novo TCLE.

Contato:

Maria Helena Barbosa -Telefone: (34) 99166-9447 - E-mail: mhelena331@hotmail.com - Endereço: R. Maria da Glória Leão Borges, São Benedito, 190, apto1503, Uberaba-MG

*Dúvidas ou denúncia em relação a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/HC/UFTM), pelo e-mail: cep.htm@ebserh.gov.br, pelo telefone (34) 3318-5319, ou diretamente no endereço Rua Benjamim Constant, 16, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 07h às 12h e das 13h às 16h.

APÊNDICE J – Termo de consentimento livre e esclarecido para pacientes participantes do ensaio clínico randomizado (Cont.)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE - PÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima referente a pesquisa “efetividade de vídeo educativo acerca das práticas seguras em pacientes no período perioperatório”, coordenado pela Professora Associada – Instituto de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Maria Helena Barbosa. Compreendi para que serve a pesquisa e quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios da pesquisa. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não me trará prejuízos em relação ao meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar da pesquisa. Concordo em participar da pesquisa, efetividade de vídeo educativo acerca das práticas seguras em pacientes no período perioperatório, e receberei uma via assinada deste documento.

LOCAL, ____/____/____

NOME/ ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO e/ou RESPONSÁVEL LEGAL

Maria Helena Barbosa (34) 3700 6606/ 99166-9447
PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Raíssa Bianca Luiz (34) 3318 5265/ 99194-3516
PESQUISADOR ASSISTENTE

ANEXOS

ANEXO 1 – Instrumento da Validação de Conteúdo Educacional (IVCE) (LEITE et al., 2018)

Instruções e itens de avaliação do conteúdo

Leia os itens e pontue com a valoração **2 Adequado; 1 Parcialmente adequado; 0 Inadequado**. Há espaço para sugestões e críticas. Caso atribua notas 0 e 1 justifique e colabore para melhoria do material

OBJETIVOS: propósitos, metas ou finalidades	0	1	2
1. Contempla tema proposto			
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem			
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado			
4. Proporciona reflexão sobre o tema			
5. Incentiva mudança de comportamento			
ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência	0	1	2
6. Linguagem adequada ao público-alvo			
7. Linguagem apropriada ao material educativo			
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo			
9. Informações corretas			
10. Informações objetivas			
11. Informações esclarecedoras			
12. Informações necessárias			
13. Sequência lógica das ideias			
14. Tema atual			
15. Tamanho do texto adequado			
RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse	0	1	2
16. Estimula o aprendizado			
17. Contribui para o conhecimento na área			
18. Desperta interesse pelo tema			

Nota: Valoração dos itens: 0 discordo; 1 concordo parcialmente; 2 concordo totalmente.

ANEXO 2 – Questionário de Avaliação de Tecnologia Assistiva (GUIMARÃES, 2014)

Prezado Senhor (a)

Este instrumento tem por objetivo registrar a sua avaliação em relação à Tecnologia Assistiva (TA). Para cada atributo, você deverá atribuir nota de 0 a 2, como desejar, de acordo com a legenda abaixo:

- (0) Inadequado: a tecnologia assistiva não atende a definição do item.
- (1) Parcialmente adequado: a tecnologia atende parcialmente a definição do item.
- (2) Adequado: a tecnologia atende a definição do item.

Atributos	Item	0	1	2	
1 Interatividade	1	O conteúdo da informação está adequado às suas necessidades			
	2	Oferece interação, envolvimento ativo no processo educativo			
	3	Possibilita acessar sem dificuldades os tópicos apresentados			
	4	Fornecer autonomia ao usuário em relação à sua operação			
2 Objetivos	5	Estimula a aprendizagem sobre o conteúdo abordado			
	6	Estimula a aprendizagem de novos conceitos			
	7	Permite-lhe buscar informações sem dificuldades			
	8	Possui estratégia de apresentação atrativa			
3 Relevância e eficácia	9	Disponibiliza os recursos adequados e necessários para sua utilização			
	10	Desperta o seu interesse para utilizá-la			
	11	Estimula mudança de comportamento em você			
	12	Reproduz o conteúdo abordado em diferentes contextos			
4 Clareza	13	Apresenta as informações de modo simples			
	14	Permite-lhe refletir sobre o conteúdo apresentado			

Caso seja do seu interesse, você poderá comentar, criticar ou sugerir os aspectos que considerou como positivos ou negativos na TA.

ANEXO 3 – Notas fiscais de aquisição do *software Videoscribe®* referente aos meses de janeiro a abril de 2022

FATURA



ordem ID: SPARKOL220126-1200-16337

Data de Criação: 1/26/22

Pago integralmente: 1/26/22

Vendido e fornecido por [FastSpring](#) um revendedor autorizado

Comprador

Raissa Luiz

Brasil

Product Support

<https://support.sparkol.com/>

billings@sparkol.com

Vendedor

FastSpring

801 Garden Street

Suite 201

Santa Barbara, CA 93101

US

questionacharge.com

descrição	Quantidade	Quantidade
VideoScribe Monthly <small>Billed monthly. Next Billing Date On 2/25/22</small>	1	R\$ 95,00
	Subtotais	R\$ 95,00
	Imposto sobre vendas	R\$ 0,00
	Totais	R\$ 95,00

Invoice ID: IVBTF7K4ZCFNDEFNEYPG4VHW6YBE

FATURA



ordem ID: SPARKOL220226-6950-98177B

Data de Criação: 2/26/22

Pago integralmente: 2/26/22

Vendido e fornecido por [FastSpring](#) um revendedor autorizado

Comprador

Raissa Luiz

Brasil

Product Support

<https://support.sparkol.com/>

billings@sparkol.com

Vendedor

FastSpring

801 Garden Street

Suite 201

Santa Barbara, CA 93101

US

questionacharge.com

descrição	Quantidade	Quantidade
VideoScribe Monthly <small>Billed monthly. Next Billing Date On 3/25/22</small>	1	R\$ 95,00
	Subtotais	R\$ 95,00
	Imposto sobre vendas	R\$ 0,00
	Totais	R\$ 95,00

Invoice ID: IV5L2SUIAG2RHWPGBPBDNAY5N4BWQ

Continua...

ANEXO 3 – Notas fiscais de aquisição do *software Videoscribe®* referente aos meses de janeiro a abril de 2022 (Cont.)

FATURA



ordem ID: SPARKOL220326-5722-43254B

Data de Criação: 3/26/22

Pago integralmente: 3/26/22

Vendido e fornecido por [FastSpring](#), um revendedor autorizado

Comprador

Raissa Luiz

Brasil

Product Support

<https://support.sparkol.com/>

billings@sparkol.com

Vendedor

FastSpring

801 Garden Street

Suite 201

Santa Barbara, CA 93101

US

questionacharge.com

descrição	Quantidade	Quantidade
VideoScribe Monthly Billed monthly. Next Billing Date On 4/25/22	1	R\$ 95,00
	Subtotais	R\$ 95,00
	Imposto sobre vendas	R\$ 0,00
	Totais	R\$ 95,00

Invoice ID: IVPVXM5DPYWVFMBAE5LNTMJZN4Q

FATURA



ordem ID: SPARKOL220426-7712-10285B

Data de Criação: 4/26/22

Pago integralmente: 4/26/22

Vendido e fornecido por [FastSpring](#), um revendedor autorizado

Comprador

Raissa Luiz

Brasil

Product Support

<https://support.sparkol.com/>

billings@sparkol.com

Vendedor

FastSpring

801 Garden Street

Suite 201

Santa Barbara, CA 93101

US

questionacharge.com

descrição	Quantidade	Quantidade
VideoScribe Monthly Billed monthly. Next Billing Date On 5/25/22	1	R\$ 95,00
	Subtotais	R\$ 95,00
	Imposto sobre vendas	R\$ 0,00
	Totais	R\$ 95,00

Invoice ID: IV4IMZEHHG2ZEBLER3V4DFHYOFYQ

ANEXO 4 – Instrumento de Validação de Aparência do Vídeo Educativo (FERREIRA et al., 2015)

Instruções e itens de avaliação da aparência do vídeo educativo

Leia os itens e pontue com a valoração: 1 para discordo totalmente; 2 para discordo parcialmente; 3 para concordo; 4 para concordo parcialmente e 5 para concordo totalmente. Há espaço para sugestões e críticas. Caso atribua notas 1 e 2 justifique e colabore para melhoria do material

Questões		1	2	3	4	5
1	O vídeo apresenta-se como ferramenta adequada para o objetivo a que se destina.					
2	O vídeo possibilita gerar resultados positivos no processo ensino-aprendizagem na temática.					
3	O vídeo é fácil de usar.					
4	É fácil aprender os conceitos teóricos utilizados e suas aplicações.					
5	Permite que o usuário tenha em facilidade aplicar os conceitos trabalhados no ambiente domiciliar e hospitalar, se caso for.					
6	O conteúdo permite a compreensão do tema.					
7	A duração do vídeo (tempo utilizado) é adequada para que o usuário aprenda o conteúdo.					
8	O número de cenas está coerente com o tempo proposto para o vídeo.					
9	A iluminação é adequada para observação da prática.					
10	O tom e a voz do narrador são claros e adequados.					
11	A narração do vídeo é utilizada de forma eficiente e compreensível à clientela.					
12	É possível retornar a qualquer parte das cenas quando desejado.					
13	O vídeo reflete o cotidiano do ambiente domiciliar e hospitalar, se caso for.					
14	O ambiente utilizando cenas animadas não interferiu na fidelidade das orientações acerca das práticas seguras no perioperatório.					
15	Apresenta a importância das orientações das práticas seguras no perioperatório.					
16	Houve apresentação completa das principais orientações realizadas no período perioperatório quanto à segurança do paciente.					
17	As recomendações quanto às práticas seguras no perioperatório estão adequadas					

Nota: Valoração dos itens: 1- discordo totalmente; 2- discordo parcialmente; 3- concordo; 4- concordo parcialmente; 5- concordo totalmente.

Sugestões/Críticas:

ANEXO 5 – Autorização para utilização e adaptação do Instrumento de Validação de Aparência do Vídeo Educativo para a temática práticas seguras no período perioperatório

Re: Autorização para utilização do Instrumento de Validação da Aparência de Vídeo Educativo

Maria Verônica Ferrareze Ferreira <mveronica@eerp.usp.br>

Sex, 05/11/2021 17:46

Para: Raíssa Bianca <raissabianca.l@hotmail.com>

1 anexos (350 KB)

Doutorado RLAE 2015.pdf,

Prezada Raíssa,

Informo que autorizo a utilização do instrumento supracitado.

Encaminho em anexo o artigo, fruto da tese, para ser referenciado, caso ainda não o conheça.

Sigo à disposição.

Att.

M. Verônica

Em sex., 5 de nov. de 2021 às 12:16, Raíssa Bianca <raissabianca.l@hotmail.com> escreveu:

Bom dia Maria Verônica, tudo bem?!

Meu nome é Raíssa Bianca Luiz, aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro -Uberaba, MG, sob orientação da Profª Drª Maria Helena Barbosa e com trabalho intitulado "Efetividade de vídeo educativo acerca de práticas seguras em pacientes no período perioperatório", cujo objetivo é analisar a efetividade de um vídeo educativo no conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no perioperatório.

Nesse momento, preciso validar a aparência do vídeo educativo e gostaria de solicitar sua autorização para utilização do Instrumento que você validou na sua tese de doutorado, intitulada "Curativo de cateter venoso central: subsídios para o ensino e assistência de enfermagem", que utiliza os seguintes critérios: funcionalidade, usabilidade, eficiência, técnica audiovisual, ambiente, procedimento, adaptados para a temática "Práticas Seguras no período perioperatório".

Desde já agradeço,

Att.

Raíssa Bianca Luiz

Enfermeira.

Especialista em Gestão Pública dos Serviços de Saúde.

Mestre em Atenção à Saúde.

Doutoranda em Atenção à Saúde.

ANEXO 6 – Lista de verificação do SPIRIT, 2013: itens recomendados para abordar em um protocolo de ensaio clínico e documentos relacionados



SPIRIT 2013 Checklist: Recommended items to address in a clinical trial protocol and related documents*

Section/item	Item/Nº	Description	Addressed on page number
Administrative information			
Title	1	Descriptive title identifying the study design, population, interventions, and, if applicable, trial acronym	1
Trial registration	2a	Trial identifier and registry name. If not yet registered, name of intended registry	99
	2b	All items from the World Health Organization Trial Registration Data Set	NA
Protocol version	3	Date and version identifier	NA
Funding	4	Sources and types of financial, material, and other support	NA
Roles and responsibilities	5a	Names, affiliations, and roles of protocol contributors	NA
	5b	Name and contact information for the trial sponsor	NA
	5c	Role of study sponsor and funders, if any, in study design; collection, management, analysis, and interpretation of data; writing of the report; and the decision to submit the report for publication, including whether they will have ultimate authority over any of these activities	NA
	5d	Composition, roles, and responsibilities of the coordinating centre, steering committee, endpoint adjudication committee, data management team, and other individuals or groups overseeing the trial, if applicable (see Item 21a for data monitoring committee)	NA
Introduction			

Background and rationale	6a	Description of research question and justification for undertaking the trial, including summary of relevant studies (published and unpublished) examining benefits and harms for each intervention	23
	6b	Explanation for choice of comparators	NA
Objectives	7	Specific objectives or hypotheses	60; 61
Trial design	8	Description of trial design including type of trial (eg, parallel group, crossover, factorial, single group), allocation ratio, and framework (eg, superiority, equivalence, noninferiority, exploratory)	83
Methods: Participants, interventions, and outcomes			
Study setting	9	Description of study settings (eg, community clinic, academic hospital) and list of countries where data will be collected. Reference to where list of study sites can be obtained	83; 84
Eligibility criteria	10	Inclusion and exclusion criteria for participants. If applicable, eligibility criteria for study centres and individuals who will perform the interventions (eg, surgeons, psychotherapists)	86
Interventions	11a	Interventions for each group with sufficient detail to allow replication, including how and when they will be administered	88
	11b	Criteria for discontinuing or modifying allocated interventions for a given trial participant (eg, drug dose change in response to harms, participant request, or improving/worsening disease)	NA
	11c	Strategies to improve adherence to intervention protocols, and any procedures for monitoring adherence (eg, drug tablet return, laboratory tests)	NA
	11d	Relevant concomitant care and interventions that are permitted or prohibited during the trial	96
Outcomes	12	Primary, secondary, and other outcomes, including the specific measurement variable (eg, systolic blood pressure), analysis metric (eg, change from baseline, final value, time to event), method of aggregation (eg, median, proportion), and time point for each outcome. Explanation of the clinical relevance of chosen efficacy and harm outcomes is strongly recommended	95
Participant timeline	13	Time schedule of enrolment, interventions (including any run-ins and washouts), assessments, and visits for participants. A schematic diagram is highly recommended (see Figure)	94
Sample size	14	Estimated number of participants needed to achieve study objectives and how it was determined, including clinical and statistical assumptions supporting any sample size calculations	84

Recruitment	15	Strategies for achieving adequate participant enrolment to reach target sample size	91
Methods: Assignment of interventions (for controlled trials)			
Allocation:			
Sequence generation	16a	Method of generating the allocation sequence (eg, computer-generated random numbers), and list of any factors for stratification. To reduce predictability of a random sequence, details of any planned restriction (eg, blocking) should be provided in a separate document that is unavailable to those who enrol participants or assign interventions	86; 87
Allocation concealment mechanism	16b	Mechanism of implementing the allocation sequence (eg, central telephone; sequentially numbered, opaque, sealed envelopes), describing any steps to conceal the sequence until interventions are assigned	86; 87
Implementation	16c	Who will generate the allocation sequence, who will enrol participants, and who will assign participants to interventions	86; 87
Blinding (masking)	17a	Who will be blinded after assignment to interventions (eg, trial participants, care providers, outcome assessors, data analysts), and how	86; 87
	17b	If blinded, circumstances under which unblinding is permissible, and procedure for revealing a participant's allocated intervention during the trial	86; 87
Methods: Data collection, management, and analysis			
Data collection methods	18a	Plans for assessment and collection of outcome, baseline, and other trial data, including any related processes to promote data quality (eg, duplicate measurements, training of assessors) and a description of study instruments (eg, questionnaires, laboratory tests) along with their reliability and validity, if known. Reference to where data collection forms can be found, if not in the protocol	91; 99
	18b	Plans to promote participant retention and complete follow-up, including list of any outcome data to be collected for participants who discontinue or deviate from intervention protocols	91
Data management	19	Plans for data entry, coding, security, and storage, including any related processes to promote data quality (eg, double data entry; range checks for data values). Reference to where details of data management procedures can be found, if not in the protocol	91

Statistical methods	20a	Statistical methods for analysing primary and secondary outcomes. Reference to where other details of the statistical analysis plan can be found, if not in the protocol	97
	20b	Methods for any additional analyses (eg, subgroup and adjusted analyses)	97
	20c	Definition of analysis population relating to protocol non-adherence (eg, as randomised analysis), and any statistical methods to handle missing data (eg, multiple imputation)	NA
Methods: Monitoring			
Data monitoring	21a	Composition of data monitoring committee (DMC); summary of its role and reporting structure; statement of whether it is independent from the sponsor and competing interests; and reference to where further details about its charter can be found, if not in the protocol. Alternatively, an explanation of why a DMC is not needed	NA
	21b	Description of any interim analyses and stopping guidelines, including who will have access to these interim results and make the final decision to terminate the trial	NA
Harms	22	Plans for collecting, assessing, reporting, and managing solicited and spontaneously reported adverse events and other unintended effects of trial interventions or trial conduct	NA
Auditing	23	Frequency and procedures for auditing trial conduct, if any, and whether the process will be independent from investigators and the sponsor	NA
Ethics and dissemination			
Research ethics approval	24	Plans for seeking research ethics committee/institutional review board (REC/IRB) approval	98
Protocol amendments	25	Plans for communicating important protocol modifications (eg, changes to eligibility criteria, outcomes, analyses) to relevant parties (eg, investigators, REC/IRBs, trial participants, trial registries, journals, regulators)	NA
Consent or assent	26a	Who will obtain informed consent or assent from potential trial participants or authorised surrogates, and how (see Item 32)	87
	26b	Additional consent provisions for collection and use of participant data and biological specimens in ancillary studies, if applicable	NA

Confidentiality	27	How personal information about potential and enrolled participants will be collected, shared, and maintained in order to protect confidentiality before, during, and after the trial	91
Declaration of interests	28	Financial and other competing interests for principal investigators for the overall trial and each study site	NA
Access to data	29	Statement of who will have access to the final trial dataset, and disclosure of contractual agreements that limit such access for investigators	NA
Ancillary and post-trial care	30	Provisions, if any, for ancillary and post-trial care, and for compensation to those who suffer harm from trial participation	NA
Dissemination policy	31a	Plans for investigators and sponsor to communicate trial results to participants, healthcare professionals, the public, and other relevant groups (eg, via publication, reporting in results databases, or other data sharing arrangements), including any publication restrictions	NA
	31b	Authorship eligibility guidelines and any intended use of professional writers	NA
	31c	Plans, if any, for granting public access to the full protocol, participant-level dataset, and statistical code	NA
<hr/> Appendices			
Informed consent materials	32	Model consent form and other related documentation given to participants and authorised surrogates	194
Biological specimens	33	Plans for collection, laboratory evaluation, and storage of biological specimens for genetic or molecular analysis in the current trial and for future use in ancillary studies, if applicable	NA

*It is strongly recommended that this checklist be read in conjunction with the SPIRIT 2013 Explanation & Elaboration for important clarification on the items. Amendments to the protocol should be tracked and dated. The SPIRIT checklist is copyrighted by the SPIRIT Group under the Creative Commons "[Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported](#)" license.

**ANEXO 7 – Protocolo Multiprofissional de Cirurgia Segura do Hospital de Clínicas da
Universidade Federal do Triângulo Mineiro**

		UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS	
Tipo do Documento	PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL	PRT.NPM.012 - Página 1/24	
Título do Documento	CIRURGIA SEGURA	Emissão: 29/10/2021	Próxima revisão: 29/10/2023
		Versão: 2	

CIRURGIA SEGURA

Continua...

ANEXO 7 – Protocolo Multiprofissional de cirurgia segura do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Cont.)

				UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS																																																	
Tipo do Documento	PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL	PRT.NPM.012 - Página 2/24																																																			
Título do Documento	CIRURGIA SEGURA	Emissão: 29/10/2021		Próxima revisão: 29/10/2023																																																	
		Versão: 2																																																			
SUMÁRIO																																																					
<table border="1"> <tr> <td>1 - OBJETIVOS.....</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2 - JUSTIFICATIVA.....</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3 - PÚBLICO ALVO.....</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>4 - ÂMBITO DE APLICAÇÃO.....</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>5 - RESPONSABILIDADES.....</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>6 - OPERACIONALIZAÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA.....</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>7 - DIRETRIZES OPERACIONAIS E ASSISTENCIAIS PARA CIRURGIA SEGURA.....</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td> 7.1 Pré-Operatório</td> <td></td> </tr> <tr> <td> I - Atendimento ambulatorial pré-operatório.....</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td> II - Preparo pré-operatório do cliente.....</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td> 7.2 Intraoperatório</td> <td></td> </tr> <tr> <td> III - Recepção do cliente no centro cirúrgico.....</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td> IV – Na sala de cirurgia - Antes da indução anestésica e da incisão cirúrgica.....</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td> V - Na sala de cirurgia - Antes do cliente sair da sala operatória.....</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td> 7.3 Pós-Operatório Imediato</td> <td></td> </tr> <tr> <td> VI – Na sala de recuperação pós-anestésica.....</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>8 - MÉTRICAS DE MONITORAMENTO.....</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>9 - REFERÊNCIAS.....</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>HISTÓRICO DE REVISÃO.....</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>APÊNDICE A – Checklist de Cirurgia Segura.....</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>APÊNDICE B - Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Procedimentos Invasivos e Cirurgias.....</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>APÊNDICE B - Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Anestesia e Sedação..</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>APÊNDICE D - Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Hemotransfusão.....</td> <td>24</td> </tr> </table>								1 - OBJETIVOS.....	3	2 - JUSTIFICATIVA.....	3	3 - PÚBLICO ALVO.....	4	4 - ÂMBITO DE APLICAÇÃO.....	4	5 - RESPONSABILIDADES.....	4	6 - OPERACIONALIZAÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA.....	6	7 - DIRETRIZES OPERACIONAIS E ASSISTENCIAIS PARA CIRURGIA SEGURA.....	6	7.1 Pré-Operatório		I - Atendimento ambulatorial pré-operatório.....	7	II - Preparo pré-operatório do cliente.....	8	7.2 Intraoperatório		III - Recepção do cliente no centro cirúrgico.....	12	IV – Na sala de cirurgia - Antes da indução anestésica e da incisão cirúrgica.....	12	V - Na sala de cirurgia - Antes do cliente sair da sala operatória.....	15	7.3 Pós-Operatório Imediato		VI – Na sala de recuperação pós-anestésica.....	16	8 - MÉTRICAS DE MONITORAMENTO.....	17	9 - REFERÊNCIAS.....	17	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	19	APÊNDICE A – Checklist de Cirurgia Segura.....	20	APÊNDICE B - Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Procedimentos Invasivos e Cirurgias.....	22	APÊNDICE B - Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Anestesia e Sedação..	23	APÊNDICE D - Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Hemotransfusão.....	24
1 - OBJETIVOS.....	3																																																				
2 - JUSTIFICATIVA.....	3																																																				
3 - PÚBLICO ALVO.....	4																																																				
4 - ÂMBITO DE APLICAÇÃO.....	4																																																				
5 - RESPONSABILIDADES.....	4																																																				
6 - OPERACIONALIZAÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA.....	6																																																				
7 - DIRETRIZES OPERACIONAIS E ASSISTENCIAIS PARA CIRURGIA SEGURA.....	6																																																				
7.1 Pré-Operatório																																																					
I - Atendimento ambulatorial pré-operatório.....	7																																																				
II - Preparo pré-operatório do cliente.....	8																																																				
7.2 Intraoperatório																																																					
III - Recepção do cliente no centro cirúrgico.....	12																																																				
IV – Na sala de cirurgia - Antes da indução anestésica e da incisão cirúrgica.....	12																																																				
V - Na sala de cirurgia - Antes do cliente sair da sala operatória.....	15																																																				
7.3 Pós-Operatório Imediato																																																					
VI – Na sala de recuperação pós-anestésica.....	16																																																				
8 - MÉTRICAS DE MONITORAMENTO.....	17																																																				
9 - REFERÊNCIAS.....	17																																																				
HISTÓRICO DE REVISÃO.....	19																																																				
APÊNDICE A – Checklist de Cirurgia Segura.....	20																																																				
APÊNDICE B - Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Procedimentos Invasivos e Cirurgias.....	22																																																				
APÊNDICE B - Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Anestesia e Sedação..	23																																																				
APÊNDICE D - Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Hemotransfusão.....	24																																																				

Continua...

ANEXO 7 – Protocolo Multiprofissional de cirurgia segura do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Cont.)

 		UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS			
Tipo do Documento	PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL	PRT.NPM.012 - Página 3/24			
Título do Documento	CIRURGIA SEGURA	Emissão: 29/10/2021		Próxima revisão: 29/10/2023	
		Versão: 2			

1. OBJETIVOS

- Estabelecer as medidas críticas essenciais na etapa pré-operatória a serem cumpridas, como condição primordial para a admissão do cliente no Centro Cirúrgico e para que as assistências intraoperatória e pós-operatória sejam conduzidas de forma segura.
- Garantir assistência intraoperatória segura, destacando o cumprimento às medidas críticas estabelecidas antes de iniciar a indução anestésica e a incisão cirúrgica e ao término da cirurgia.
- Estabelecer as medidas críticas essenciais na etapa pós-operatória imediata a serem cumpridas, afim de acompanhar a evolução e identificar não conformidades precocemente.
- Disponibilizar e implementar o *Checklist* de Cirurgia Segura nos procedimentos eletivo e de urgência.
- Tornar mais eficiente a comunicação interprofissional e definir responsabilidades.
- Definir um conjunto mínimo de indicadores/métricas de monitoramento.
- Dar suporte teórico e operacional às atividades de educação permanente.

2. JUSTIFICATIVA

A cirurgia é, muitas vezes, o único tratamento que pode aliviar, corrigir e salvar vidas, apesar de seus riscos inerentes; não controláveis. Embora os procedimentos cirúrgicos tenham essa finalidade, falhas evitáveis de segurança podem ocorrer e causar danos físicos e psíquicos irreparáveis ao cliente, familiares e profissionais, quando medidas de segurança não são sistematicamente adotadas.

Nesta perspectiva, iniciativas de aumentar os padrões de qualidade para tornar a assistência cirúrgica segura vem acontecendo em nível mundial, conhecido como Segundo Desafio Global de Segurança do Paciente, contemplando medidas essenciais nas etapas críticas do atendimento perioperatório a serem incorporadas dentro da rotina das salas de operações.

As medidas contemplam 10 objetivos essenciais para a cirurgia segura que deverão estar apresentadas em uma lista de verificação de segurança cirúrgica “*checklist*”. O *checklist* de Cirurgia Segura consiste em uma lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar o cumprimento às etapas críticas de segurança e, assim, minimizar os riscos evitáveis mais comuns que colocam em risco as vidas e o bem-estar dos clientes cirúrgicos. Esse instrumento se utiliza das estratégias de comunicação oral e escrita para a sua condução e não possui caráter regulatório.

Sendo assim, o presente Protocolo Multiprofissional Assistencial apresentará as estratégias de segurança cirúrgica, baseadas nas recomendações do manual “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) e do “Protocolo Cirurgia Segura”, do Ministério de Saúde (MS, 2013), alinhadas ao contexto institucional, a serem implementadas por meio de um *Checklist*, construído seguindo os princípios de simplicidade, de ampla aplicabilidade e de possibilidade de mensuração, que contempla os 10 objetivos essenciais para a cirurgia segura:

1. Certificar-se de que é o **paciente** certo e o **sítio cirúrgico** correto.
2. Proteger o paciente da dor, minimizando os riscos da **anestesia**.
3. Ter capacidade para reconhecer **dificuldades respiratórias** e um plano de ação pronto.
4. Preparar-se para identificar e agir em caso de grande **perda sanguínea**.
5. Evitar induzir **reações alérgicas** ou **à medicação** que tragam riscos ao paciente.
6. Usar métodos para minimizar o risco de **infecções** de sítio cirúrgico.
7. Evitar a retenção de **compressas** ou instrumentos em feridas cirúrgicas.
8. Identificar de maneira precisa todos os **espécimes** cirúrgicos.
9. Comunicar e trocar **informações** críticas sobre o paciente.
10. Estabelecer **vigilância** de rotina sobre a capacidade, o volume e os resultados cirúrgicos.

Continua...

ANEXO 7 – Protocolo Multiprofissional de cirurgia segura do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Cont.)

 		UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS			
Tipo do Documento	PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL	PRT.NPM.012 - Página 4/24			
Título do Documento	CIRURGIA SEGURA	Emissão: 29/10/2021	Próxima revisão: 29/10/2023		
		Versão: 2			

3. PÚBLICO ALVO

- Clientes (adulto e infantil) hospitalizados ou em atendimento ambulatorial submetidos à procedimentos cirúrgicos em caráter eletivo e de urgência que implicam em incisão, excisão, manipulação e suturas de tecidos, e que, geralmente, requeiram anestesia regional ou geral ou sedação profunda para controle da dor.

4. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

- Unidades de internação e Centro Cirúrgico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM).
- Ambulatórios do complexo do HC-UFTM que realizam atendimento pré-operatório e procedimentos cirúrgicos.

5. RESPONSABILIDADES

Equipe Multiprofissional

- Conhecer o presente Protocolo e as medidas que garantem a promoção da cirurgia segura.
- Compartilhar os saberes interprofissionais específicos e comuns em colaboração no planejamento, na execução e na avaliação das intervenções, antes, durante e após o procedimento cirúrgico, para a tomada de decisão.
- Envolver o cliente e a sua família no planejamento diário dos cuidados.
- Confirmar a identificação do cliente em todos os procedimentos a serem realizados.
- Participar frequentemente de educações continuada.
- Participar ativamente na condução e registro do *Checklist* de Cirurgia Segura (Apêndice A).
- Notificar qualquer risco identificado e evento adverso ocorrido no Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares (Vigihosp).

Responsável Técnico - RT/Chefe de Unidade

- Supervisionar os cuidados prestados e o cumprimento de todas as etapas do *Checklist* de Cirurgia Segura.
- Realizar/providenciar o levantamento dos indicadores de segurança/qualidade.

Médico Cirurgião

- Realizar consulta pré-operatória.
- Esclarecer ao cliente e familiares sobre os riscos cirúrgicos, e se consentida a cirurgia, providenciar a assinatura do Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Procedimentos Cirúrgicos (Apêndice B).
- Realizar demarcação de sítio cirúrgico, quando for o caso, no pré-operatório.
- Prescrever os cuidados pré-operatórios.
- Prescrever a antibioticoterapia profilática.
- Informar a equipe interprofissional sobre os riscos e pontos críticos do procedimento cirúrgico no intraoperatório.
- Conduzir/Realizar o procedimento cirúrgico.
- Participar da conferência das compressas e instrumentais utilizados, ao término da cirurgia.

Continua...

ANEXO 7 – Protocolo Multiprofissional de cirurgia segura do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Cont.)

 		UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS			
Tipo do Documento	PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL	PRT.NPM.012 - Página 5/24			
Título do Documento	CIRURGIA SEGURA	Emissão: 29/10/2021		Próxima revisão: 29/10/2023	
		Versão: 2			

Médico Anestesiista

- Realizar consulta pré-anestésica.
- Esclarecer ao cliente e familiares sobre os riscos anestésicos, e se consentida a cirurgia, providenciar as assinaturas dos Termos de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Anestesia e Sedação (Apêndice C) e, se necessário, para Transfusão de Hemocomponentes (Apêndice D).
- Decidir e aplicar o anestésico mais indicado.
- Checar o aparelho de anestesia, no intraoperatório.
- Informar a equipe interprofissional sobre os riscos e pontos críticos no procedimento cirúrgico (via aérea difícil, risco de aspiração e alergias conhecidas).
- Promover a monitorização hemodinâmica do cliente e a administração do antibiótico profilático, no intraoperatório.
- Atentar ao manejo e recuperação, garantindo a estabilidade do estado geral do cliente.
- Avaliar o cliente e da alta da Sala de Recuperação Pós Anestésica-SRPA.

Enfermeiro Assistencial (Unidade Assistencial, Centro Cirúrgico e SRPA)

- Garantir que os cuidados pré-operatórios e a organização do prontuário estejam adequados, antes de encaminhar o cliente ao local em que será realizado o procedimento cirúrgico.
- Realizar ou supervisionar a equipe de enfermagem no preenchimento do *Checklist* de Cirurgia Segura em suas diferentes etapas (Preparo do cliente; Antes da indução anestésica e da incisão cirúrgica e Antes do cliente sair da sala operatória).
- Confirmar a presença de reserva sanguínea no Hemocentro, no pré-operatório, e registrar.
- Gerenciar os recursos humanos de enfermagem e materiais necessários na sala operatória.
- Capacitar a equipe de enfermagem para prestar uma assistência que garanta a segurança do cliente no perioperatório.

Técnico de Enfermagem (Unidade Assistencial, Centro Cirúrgico e SRPA)

- Implementar as intervenções para o pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório prescritas e/ou estabelecidas em rotina.
- Comunicar ao enfermeiro qualquer intercorrência durante a assistência prestada.
- Realizar a conferência e o registro do *Checklist* de Cirurgia Segura de acordo com cada etapa.
- Preparar e montar a sala operatória com materiais e equipamentos de acordo com o procedimento a ser realizado e os riscos cirúrgicos levantados (seguir rotina estabelecida na unidade).
- Conferir a integridade, a quantidade e a validade dos materiais a serem utilizados, antes da cirurgia.
- Posicionar o eletrocautério no cliente, antes da incisão cirúrgica.
- Contar as compressas utilizadas junto ao médico cirurgião e instrumentador, ao término da cirurgia.
- Identificar e encaminhar as peças anatômicas/culturas, ao término da cirurgia.
- Fixar as etiquetas de esterilização no prontuário, ao término da cirurgia.
- Monitorar e acompanhar o cliente na SRPA.

Instrumentador (Centro Cirúrgico)

- Preparar e montar a sala operatória com materiais e equipamentos de acordo com o procedimento a ser realizado e os riscos cirúrgicos levantados.
- Preparar o instrumental cirúrgico de acordo com o tipo de cirurgia.
- Conferir a integridade, a quantidade e a validade dos materiais utilizados (seguir rotina estabelecida na unidade).
- Realizar a contagem dos instrumentais cirúrgicos junto ao médico cirurgião, ao término da cirurgia.

Continua...

ANEXO 7 – Protocolo Multiprofissional de cirurgia segura do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Cont.)

 		UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS			
Tipo do Documento	PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL		PRT.NPM.012 - Página 6/24		
Título do Documento	CIRURGIA SEGURA		Emissão: 29/10/2021	Próxima revisão: 29/10/2023	
			Versão: 2		

6. OPERACIONALIZAÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

- A estrutura do Checklist de Cirurgia Segura integra a verificação das medidas críticas gerais de segurança nas etapas pré-operatória e intraoperatória em três momentos, descritos a seguir:
 - ✓ 1. Antes do encaminhamento do cliente ao centro cirúrgico (registrada na unidade assistencial)
 - ✓ 2. Antes da indução anestésica e da incisão cirúrgica (conduzida e registrada na sala operatória)
 - ✓ 3. Antes do cliente sair da sala operatória (conduzida e registrada na sala operatória).
- O Checklist de Cirurgia Segura deverá ser conduzido oralmente no intraoperatório por um único profissional e na presença de toda equipe cirúrgica, cabendo a todos o envolvimento e responsabilidade compartilhada.
- O condutor do Checklist de Cirurgia Segura no intraoperatório deverá solicitar a confirmação do cumprimento às medidas essenciais de segurança à equipe e registrar. Caso algum item do Checklist não esteja em conformidade, a verificação deverá ser interrompida para uma tomada de decisão, que poderá ser até o cancelamento da cirurgia. As observações, justificativas e não conformidades deverão ser registradas no verso do Checklist de Cirurgia Segura e no prontuário.
- O profissional responsável pela condução do Checklist de Cirurgia Segura no intraoperatório (sala operatória) será o Técnico de Enfermagem do Centro Cirúrgico designado para exercer a função de circulante de sala.

Em situações especiais, qualquer membro da equipe interprofissional cirúrgica poderá assumir a responsabilidade em conduzir o Checklist de Cirurgia Segura.

- O Checklist preenchido deverá ser arquivado no prontuário, com as assinaturas do profissional de enfermagem responsável na etapa pré-operatória e do condutor e dos médicos anestesista e cirurgião (Staffs e Residentes) na etapa intraoperatória.

O preenchimento do Checklist de Cirurgia Segura não substitui a obrigatoriedade do registro no prontuário das avaliações e intervenções realizadas.

7. DIRETRIZES OPERACIONAIS E ASSISTENCIAIS PARA CIRURGIA SEGURA

As diretrizes assistenciais e operacionais a serem apresentadas neste Protocolo destacarão as medidas críticas essenciais para cirurgia segura de acordo com suas respectivas etapas e momentos do perioperatório.

ETAPAS	MOMENTOS	UNIDADE DE REALIZAÇÃO
7.1- Pré-operatório	I. Atendimento ambulatorial pré-operatório II. Preparo pré-operatório do cliente	Ambulatórios e Unidades de Internação
7.2- Intraoperatório	III. Recepção do cliente no Centro Cirúrgico	Centro Cirúrgico
	IV. Antes da indução anestésica e da incisão cirúrgica V. Antes de o cliente sair da sala operatória	
7.3- Pós-operatório imediato	VI. Pós-operatório imediato	Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)

Continua...

ANEXO 7 – Protocolo Multiprofissional de cirurgia segura do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Cont.)

 		UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS			
Tipo do Documento	PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL	PRT.NPM.012 - Página 7/24			
Título do Documento	CIRURGIA SEGURA	Emissão: 29/10/2021		Próxima revisão: 29/10/2023	
		Versão: 2			

7.1 Pré-Operatório

I – Atendimento Ambulatorial Pré-Operatório – Ambulatorial

Cliente em consulta ambulatorial com a indicação eletiva de cirurgia:

Médico
Cirurgião

- Preencher a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), conforme laudo oficial disponível no Portal de Serviços do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação (SGPTI), e solicitar os exames pré-operatórios, de acordo com as patologias associadas ao cliente (ex. raio-x de tórax, eletrocardiograma e exames laboratoriais).

Médico
Anestesiista

- Realizar consulta pré-anestésica com história clínica detalhada e exame físico geral e de vias aéreas e checagem dos exames pré-operatórios solicitados. Caso apto a prosseguir com o fluxo, planejar a melhor técnica anestésica, levando em consideração o porte cirúrgico e o cliente. Explicar como será a anestesia proposta e após, se consentido, solicitar ao cliente que assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em Anestesiologia. Avaliar o risco de perda sanguínea, e se for o caso, esclarecer sobre o procedimento e riscos, e após, se consentido, solicitar ao cliente que assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Hemotransfusão.

Médico
Cirurgião

- Checar os exames pré-operatórios e, caso apto a prosseguir com o fluxo, explicar sobre o procedimento, e após, se consentido, solicitar ao cliente que assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Cirúrgico. Orientar sobre os cuidados do pré-operatório mediato e imediato, quando for o caso de serem realizados no domicílio.

Continua...

ANEXO 7 – Protocolo Multiprofissional de cirurgia segura do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Cont.)

				UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS			
Tipo do Documento	PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL	PRT.NPM.012 - Página 8/24					
Título do Documento	CIRURGIA SEGURA	Emissão: 29/10/2021		Próxima revisão: 29/10/2023			
		Versão: 2					

II - Preparo Pré-Operatório do Cliente

O preparo pré-operatório do cliente hospitalizado consiste nos procedimentos a serem realizados em um período compreendido de 24 horas que antecedem o procedimento cirúrgico. São eles:

a) Identificação do cliente (Responsabilidade de execução: Equipe Interprofissional)

- Confirmar a identificação do cliente por meio da pulseira; da placa à beira leito, se for o caso; dos dados de identificação no prontuário e pela confirmação verbal do cliente, se possível.

Notas:

- Em casos de crianças ou clientes incapacitados, um tutor ou familiar poderá assumir a função de identificação.
- O cliente não deverá ser encaminhado ao Centro Cirúrgico sem pulseira de identificação ou com uma pulseira com integridade prejudicada.

b) Tipo de Precaução (Responsabilidade de execução: Equipe Interprofissional)

- Realizar os cuidados pré-operatórios seguindo as determinações dos tipos de precauções: padrão; contato; respiratório por aerossóis; respiratório por gotículas e/ou reverso.

Nota: Em situações de pandemia, seguir rotina e fluxo estabelecidos.

c) Jejum (Responsabilidade pela prescrição: Médico; Responsabilidade pela execução: Enfermagem)

- Orientar previamente ao cliente sobre a necessidade e o tempo de jejum prescrito. Recomenda-se 8 horas de jejum para alimentos sólidos.
- Monitorizar a glicemia capilar e observar sinais de hipoglicemia (sudorese, tremores, palidez, náuseas, etc.).

Inconformidades: Informar ao médico qualquer não conformidade quanto ao cumprimento do tempo de jejum, tanto para mais quanto para menos, e presença de eventos indesejados. Registrar a orientação e conduta no prontuário.

d) Punção Venosa (Responsabilidade de execução: Enfermagem)

- Manter pérvio o cateter intravascular periférico (18 -20 Fr) ou o cateter intravascular central.

Nota: Clientes sem dispositivo intravenoso não precisarão ser puncionados somente para serem encaminhados ao Centro Cirúrgico. Nestes casos, o acesso venoso poderá ser providenciado pelo Médico Anestesiologista quando o cliente for admitido na sala operatória.

Continua...

ANEXO 7 – Protocolo Multiprofissional de cirurgia segura do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Cont.)

 		UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS			
Tipo do Documento	PROTOKOLO MULTIPROFISSIONAL		PRT.NPM.012 - Página 9/24		
Título do Documento	CIRURGIA SEGURA		Emissão: 29/10/2021		Próxima revisão: 29/10/2023
			Versão: 2		

e) Preparo gastrointestinal e vesical (Responsabilidades: Médico-prescrição e Enfermagem-execução)

- Prescrever o tipo de solução; o método de aplicação e o intervalo, quando for indicado.
- Realizar o preparo intestinal, quando prescrito, seguindo os passos descritos no Procedimento Operacional Padrão Institucional (POP) "Lavagem intestinal retrógrada".
- Esvaziar as bolsas de colostomia e vesical, se for o caso, antes do encaminhamento ao Centro Cirúrgico.

f) Higiene corporal (Responsabilidade de execução: Enfermagem)

- Seguir as normatizações descritas no Quadro 1, quanto à frequência; ao tipo de degermante e ao horário do banho, de acordo com o tipo de cirurgia.

CIRURGIA	FREQUÊNCIA	DEGERMANTE	HORÁRIO
Cirurgias cardíacas; com implantes/próteses ou em clientes colonizados e/ou infectados com bactérias multirresistentes	3 vezes	Clorexidina 2% degermante	1º banho – 16h 2º banho – 22h 3º banho – 5h 4º banho – 10h** **quando cirurgia cardíaca agendada para o período da tarde.
Outras cirurgias eletivas de grande porte.	1 vez	Sabonete neutro	2 horas antes da cirurgia.
Cirurgias eletivas de pequeno e médio porte	1 vez	Sabonete neutro	Banho a ser realizado na manhã da cirurgia
Cirurgias de urgência	-	Sabonete neutro	À critério da avaliação da equipe assistente.
Cirurgias de emergência	-	-	-

Quadro 1. Higiene corporal no pré-operatório

g) Higiene bucal (Responsabilidade de execução: Enfermagem)

- Seguir as normatizações descritas no Quadro 2, quanto ao tipo de limpeza bucal e à escolha do produto, de acordo com o tipo de cirurgia. Consultar a Rotina Operacional Padrão Institucional-Enfermagem (ROP) "Uso de solução bucal a base de digluconato de clorexidina 0,12%".

TIPO DE CIRURGIA	MODO	TEMPO
✓ Cirurgias de grande porte: cardíacas e com implantes/próteses	1. Limpeza com escova e creme dental ou com gaze embebida com solução dentífrica, a depender do nível de consciência e orientação do cliente. 2. Antissepsia com solução bucal a base de digluconato de clorexidina 0,12%, por meio de bochecho ou aplicação de gaze embebida, a depender do nível de consciência e orientação do cliente.	Máximo 2 horas antes da cirurgia **cirurgia cardíaca, no momento de cada banho
✓ Demais procedimentos cirúrgicos	2. Limpeza com escova e creme dental ou com gaze embebida com solução dentífrica, a depender do nível de consciência e orientação do cliente.	2 horas antes da cirurgia
✓ Cirurgia de urgência	3. A critério da avaliação da equipe assistente.	-

Quadro 2. Higiene bucal no pré-operatório

Continua...

ANEXO 7 – Protocolo Multiprofissional de cirurgia segura do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Cont.)

 		UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS			
Tipo do Documento	PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL	PRT.NPM.012 - Página 10/24			
Título do Documento	CIRURGIA SEGURA	Emissão: 29/10/2021	Próxima revisão: 29/10/2023		
		Versão: 2			

h) Tricotomia (Responsabilidade de execução: Enfermagem)

- Realizar a tricotomia nas áreas do procedimento cirúrgico e de posicionamento de eletrodos no tórax, quando prescrito ou indicado.
- Realizar tricotomia, no máximo, duas horas do procedimento cirúrgico.
- Utilizar, preferencialmente, tesouras ou tricotomizador elétrico. Evitar o uso de lâminas.
- Avaliar e registrar a presença de marcas, erupções, lesões, verrugas e demais anormalidades da pele no local da incisão cirúrgica.

i) Remoção de próteses, adornos e de vestimentas (Responsabilidade de execução: Enfermagem)

- Perguntar ao cliente e retirar quaisquer adornos (brincos, colares, *piercing*, relógios, pulseiras, cintos, prendedores de cabelo, anéis, unhas e cílios postiços e outros) e próteses (exemplos: prótese dental e lentes de contato), assegurando destinação correta para guarda.
- Checar se as unhas das mãos da cliente estão sem esmalte, preferencialmente, ou com algum de coloração clara. Caso contrário, providenciar remoção do esmalte.
- Vestir roupa hospitalar, sem o uso de peças íntimas.

j) Demarcação de lateralidade (Responsabilidade pela execução: Médico Cirurgião)

- Realizar a demarcação do sítio cirúrgico em casos de lateralidade (direito e esquerdo), de estruturas múltiplas (p. ex. dedos das mãos, membros inferiores, costelas) e de níveis múltiplos (p.ex. coluna vertebral).
- Realizar a demarcação do sítio cirúrgico com o símbolo de um alvo "⊙" sobre a pele, tala gessada e/ou curativo, se for o caso.
- Utilizar marcador permanente específico (caneta dermatográfica) para a demarcação do sítio cirúrgico.
- Realizar a demarcação, preferencialmente e se possível, com o cliente acordado e consciente, que confirmará o local da intervenção.

k) Providência de reserva sanguínea (Responsabilidades: Médico-prescrição e Enfermagem-execução)

- Prescrever, coletar e encaminhar a amostra de sangue do cliente para prova cruzada, quando indicado, no mínimo 24 horas antes da cirurgia.
- Confirmar a reserva sanguínea no Hemocentro por meio de contato telefônico. Registrar a confirmação da reserva sanguínea no prontuário.

Notas: validade da prova cruzada é de 72 horas; em crianças até 4 meses de idade, proceder também à coleta de amostra de sangue da mãe.

l) Organização do prontuário (Responsabilidade de execução: Enfermagem e Escrituração/Secretário)

O prontuário deverá ser encaminhado ao Centro Cirúrgico junto ao cliente, constando:

- I - Dados de identificação do cliente;
- II - Prescrição médica;
- III - Evolução médica e de enfermagem;

Continua...

ANEXO 7 – Protocolo Multiprofissional de cirurgia segura do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Cont.)

 		UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS			
Tipo do Documento	PROCOLO MULTIPROFISSIONAL	PRT.NPM.012 - Página 11/24			
Título do Documento	CIRURGIA SEGURA	Emissão: 29/10/2021		Próxima revisão: 29/10/2023	
		Versão: 2			

IV - Formulário de sinais vitais;
 V - Ficha de avaliação pré-anestésica;
 VI - Termos de consentimentos (Cirúrgico, Anestésico e de Hemotransusão) informados assinados;
 VII - Resultados laboratoriais, de biópsia e de imagem;
 VIII - Checklist de Cirurgia Segura;
 IX - Documentos diversos específicos.

Notas importantes:

1. Ficha de avaliação pré-anestésica e os termos de consentimentos cirúrgico, anestésico e de hemotransusão deverão ser providenciados pelo médico durante o atendimento ambulatorial do cliente, a não ser que a indicação cirúrgica ocorra no período de hospitalização.
2. Em clientes admitidos para a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos, sem prévia internação, o preenchimento do checklist e organização do prontuário será conduzido pelo enfermeiro da Sala de Internação.
3. O Termo de Consentimento de Hemotransusão é indicado quando há previsão de risco de grande perda sanguínea (> 500 mL, em adultos, ou 7mL/Kg, em crianças).

Observações

- Na presença de alguma não conformidade justificada no preparo pré-operatório, o enfermeiro da Unidade Assistencial ou da Sala de Internação deverá informar ao enfermeiro do Centro Cirúrgico, para análise da situação, junto à equipe cirúrgica, e permissão para o encaminhamento.

PRÉ-OPERATÓRIO

Antes do Encaminhamento do Cliente ao Centro Cirúrgico : h

- Cliente com pulseira de identificação. Sim Não
- Jejum. Sim/Início _____ Não
- Preparo intestinal. Sim Não NA
- Banho. Sim _____ h Não NA
- Higiene bucal. Sim Não
- Tricotomia. Sim/Horário _____ Não NA
- Sítio cirúrgico demarcado. Sim Não NA
- Puncção venosa. Sim Não
- Sem próteses. Sim Não
- Sem adornos. Sim Não
- Reserva sanguínea. Sim Não NA
- Tipo de precaução: _____
- Prontuário completo:
 - Formulário identificação Sim Não
 - Relatório enfermagem Sim Não NA
 - Ficha de sinais vitais Sim Não NA
 - Exames (labores/imagem) Sim Não
 - Consentimento cirúrgico Sim Não
 - Consentimento anestésico Sim Não
 - Consentimento hemotrans/ Sim Não NA
 - Avaliação pré-anestésica Sim Não

Enfermeiro/Técnico Enfermagem (assinado)

Estrutura de apresentação do Checklist de Cirurgia Segura destacando o momento "Antes do Encaminhamento do Cliente ao Centro Cirúrgico"

Continua...

ANEXO 7 – Protocolo Multiprofissional de cirurgia segura do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Cont.)

				UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS			
Tipo do Documento	PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL			PRT.NPM.012 - Página 12/24			
Título do Documento	CIRURGIA SEGURA			Emissão: 29/10/2021		Próxima revisão: 29/10/2023	
				Versão: 2			

7.2 INTRAOPERATÓRIO

III- Recepção do Cliente no Centro Cirúrgico (*Responsável pela execução: Enfermagem*)

- Confirmar a identificação do cliente (nome completo, número de registro e data de nascimento), por meio da tripla checagem (pulseira, identificação no prontuário e confirmação com o próprio cliente ou responsável) e comparar as informações com o mapa cirúrgico.
- Confirmar o cumprimento dos cuidados pré-operatórios prescritos no *Checklist* de Cirurgia Segura e a apresentação da documentação obrigatória.

Inconformidades: Se o *Checklist* não for apresentado ou estiver incompleto com algum cuidado indicado não realizado ou com algum documento não apresentado, exceto quando situações especiais, será necessário discutir com a equipe a decisão por aguardar a resolução da inconformidade ou o cancelamento da cirurgia.

Situações especiais: 1. Cliente externo com indicação de cirurgia eletiva encaminhado diretamente ao Centro Cirúrgico e 2. Cliente internado com indicação de cirurgia de urgência.
- Encaminhar o cliente à sala operatória de destino, previamente preparada de acordo com o procedimento programado. Orientar e acomodar o cliente.
- Preencher e fixar a placa de identificação do cliente (nome completo; registro hospitalar; data de nascimento e descrição do tipo de cirurgia e de anestesia) na porta da sala cirúrgica.

IV - Na Sala de Cirurgia (*Responsável pela execução: Equipe Interprofissional*)

a) Antes da indução anestésica (CHECK IN) e da incisão cirúrgica (TIME OUT)

O condutor do *Checklist* de Cirurgia Segura, em voz alta, junto a toda equipe presente, deverá solicitar aos profissionais que se apresentem informando o nome completo e a função, e ao cliente que se apresente informando o nome completo, a data de nascimento, o procedimento cirúrgico e o local da cirurgia, caso seja capaz de responder. E a seguir, direcionará aos profissionais para que confirmem, confirmem e informem a realização dos pontos críticos primordiais contemplados nos 10 objetivos essenciais para a cirurgia segura, conforme demonstração abaixo:

Direcionamento	Medidas Essenciais de Segurança	Ação Esperada
Equipe Interprofissional	Identificação do Cliente	Conferir e confirmar o nome completo, o registro hospitalar e a data de nascimento do cliente por meio da pulseira de identificação, do prontuário, do relato verbal do cliente e da placa de identificação da sala operatória.
	Procedimento a ser realizado.	Relatar.
Médico Cirurgião	Sítio cirúrgico/demarcção	Demonstrar o local e, se for o caso, a lateralidade.
	Disposição dos exames	Relatar os tipos de exames e o local de disposição.

Continua...

ANEXO 7 – Protocolo Multiprofissional de cirurgia segura do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Cont.)

  		
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS		
Tipo do Documento	PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL	PRT.NPM.012 - Página 13/24
Título do Documento	CIRURGIA SEGURA	Emissão: 29/10/2021 Versão: 2 Próxima revisão: 29/10/2023
Médico Anestesiista	Via aérea difícil	Se confirmado, informar os materiais providenciados, como videolaringoscópio e máscara laríngea, e informar a presença do médico anestesista auxiliar.
	Risco de aspiração	Se confirmado, administrar medicamentos pró cinéticos (nome, dose e horário) e informar os materiais providenciados.
	Alergia conhecida	Se confirmado a alergia a algum medicamento, informar as opções indicadas.
	Avaliação pré-anestésica	Informar os dados relatados em ficha de avaliação pré-anestésica, assim como os exames solicitados em avaliação; checar os preditores de via aérea difícil realizados ambulatoriamente.
	Acesso venoso	Descrever o tipo de acesso venoso (central ou periférico); calibre do dispositivo; local e permeabilidade.
	Monitorização hemodinâmica	Relatar os parâmetros e a funcionalidade (parâmetros mínimos: pressão arterial não invasiva; frequência cardíaca, saturação de oxigênio e cardioscopia).
	Profilaxia antimicrobiana	Relatar o antibiótico profilático, a dose e a hora da administração. A administração deve ocorrer de 0 a 60 minutos antes da incisão cirúrgica.
	Aparelho de anestesia	Confirmar a realização do teste de funcionalidade do aparelho de anestesia, seguindo recomendações do fabricante.
Médicos Cirurgião e Anestesista	Previsão dos pontos críticos do procedimento cirúrgico	Se pontos críticos, relatar (risco de grande perda sanguínea, presença de comorbidades, tempo prolongado da cirurgia, risco de parada cardiorrespiratória e outros) e apresentar o plano de intervenção.
Enfermagem	Sala operatória montada e equipada	Relatar os materiais e equipamentos reunidos e preparados.
	Eletrocautério posicionado	Demonstrar o local de posicionamento da placa de eletrocautério. A placa deverá estar bem aderida à pele em área limpa, seca, sem pelos, bem vascularizada, com maior massa muscular e longe de proeminências ósseas; o mais próximo possível da incisão cirúrgica e com menor risco de ser molhada.

Continua...

ANEXO 7 – Protocolo Multiprofissional de cirurgia segura do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Cont.)

		UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS	
Tipo do Documento	PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL	PRT.NPM.012 - Página 14/24	
Título do Documento	CIRURGIA SEGURA	Emissão: 29/10/2021 Versão: 2	Próxima revisão: 29/10/2023

INTRAOPERATÓRIO	
Antes da Indução Anestésica e da Incisão Cirúrgica	
<p>• Apresentação da equipe.</p> <p>Anestesta Staff <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Anestesta Residente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Cirurgião Staff <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Cirurgião Residente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Cirurgião Residente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA</p> <p>Cirurgião <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Instrumentador <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA</p> <p>Outro: _____</p> <p>• Apresentação do cliente. Cliente confirma?</p> <p>Nome completo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Data de nascimento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Procedimento cirúrgico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Local da cirurgia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Incapaz de responder <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>• Equipe confirma?</p> <p>Identificação do cliente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>• Médico Cirurgião. Confirma?</p> <p>Procedimento cirúrgico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Sítio cirúrgico/descontaminação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA</p> <p>Ex/Imagens disponíveis <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA</p>	<p>• Médico Anestesta. Confirma?</p> <p>Via aérea difícil <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Risco de aspiração <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Alergia conhecida <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Acesso venoso adequado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Monitorização adequada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Profilaxia antimicrobiana <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA</p> <p>Agulheiro de anestesia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA</p> <p>checado</p> <p>• Médicos Cirurgião e Anestesta. Cliente apresenta pontos críticos do procedimento cirúrgico?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Indicar e discutir plano de intervenção)</p> <p>_____</p> <p>• Enfermagem. Confirma?</p> <p>Sala montada e equipada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Eletrocabresto posicionado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>Conduzidor do Checklist (assinar) _____</p> <p>Médico Anestesta-Staff (assinar) _____</p> <p>Médico Cirurgião-Staff (assinar) _____</p>	<p>Residente Anestesta (assinar) _____</p> <p>Residente Cirurgião (assinar) _____</p>

Estrutura de apresentação do Checklist de Cirurgia Segura destacando o momento "Antes da Indução Anestésica e da Incisão Cirúrgica"

b) Antes do cliente sair da sala cirúrgica (CHECK OUT)

O conduzidor do Checklist de Cirurgia Segura, em voz alta, junto a equipe presente, direcionará aos profissionais para que confirmem, confirmem e informem a realização dos pontos críticos primordiais contemplados nos 10 objetivos essenciais para a cirurgia segura, conforme demonstração abaixo:

Direcionamento	Medidas Essenciais de Segurança	Ação Esperada
Enfermagem	Contagem final de instrumentais	Confirmar se confere a contagem de instrumentais e de compressas. Caso a contagem final não apresente o mesmo resultado da contagem inicial, será necessário examinar todos os campos, recipientes de descarte, <i>rampers</i> , feridas cirúrgicas ou obter imagens radiológicas.
Médico Cirurgião Instrumentador	Contagem final de compressas	
Enfermagem	Peça anatômica identificada e com requisição preenchida	Quando se aplica, confirmar a realização da dupla checagem da identificação do cliente (nome completo e RG) e da peça anatômica (tipo, local e

Continua...

ANEXO 7 – Protocolo Multiprofissional de cirurgia segura do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Cont.)

  UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS			
Tipo do Documento	PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL	PRT.NPM.012 - Página 15/24	
Título do Documento	CIRURGIA SEGURA	Emissão: 29/10/2021	Próxima revisão: 29/10/2023
		Versão: 2	
Enfermagem	Cultura identificada e com requisição preenchida	data e horário de coleta), juntamente com o médico cirurgião.	
	Etiquetas de esterilização fixadas no prontuário.	Quando se aplica, confirmar a realização da dupla checagem da identificação do cliente (nome completo e RG) e da amostra biológica (descrição da amostra e local anatômico, data e horário de coleta), juntamente com o médico cirurgião.	
Equipe Interprofissional	Presença de não conformidades	Confirmar a fixação das etiquetas de esterilização no prontuário.	
	Pontos críticos na recuperação pós-operatória	Quando se aplica, relatar, registrar e notificar	
	Registros do procedimento intraoperatório	Se presente preocupações da equipe com a evolução do cliente no pós-operatório imediato, relatar, registrar e discutir o plano de intervenções.	
		Confirmar o registro da:	
		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Descrição cirúrgica ❖ Prescrição Médica ❖ Ficha Intraoperatória (Anestesia) ❖ Ficha de Consumo de Materiais 	

Antes do Cliente Sair da Sala Operatória	
	h
<ul style="list-style-type: none"> • Contagem de compressas confere? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA • Contagem de instrumentais confere? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA • Peça anatômica identificada e com requisição preenchida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA • Amostra biológica identificada e com requisição preenchida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA • Etiquetas de esterilização fixadas no prontuário? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Presença de não conformidades? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Relatar, Registrar e Notificar) • Cliente apresenta pontos críticos na recuperação pós-operatória? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Relatar e Registrar) • Registro completo do procedimento intra-operatório? <ul style="list-style-type: none"> Descrição Cirúrgica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Prescrição Médica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Ficha Anestésica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Ficha Intra-Operatória <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Consumo de Materiais <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	
_____ Confeccionado pelo Checklist (carimbo)	

Estrutura de apresentação do Checklist de Cirurgia Segura destacando o momento "Antes do cliente Sair da Sala Operatória"

Continua...

ANEXO 7 – Protocolo Multiprofissional de cirurgia segura do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Cont.)

		UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS	
Tipo do Documento	PROTÓCOLO MULTIPROFISSIONAL		PRT.NPM.012 - Página 16/24
Título do Documento	CIRURGIA SEGURA		Emissão: 29/10/2021
			Versão: 2
			Próxima revisão: 29/10/2023

7.3 PÓS-OPERTÓRIO IMEDIATO

VI -Na Sala de Recuperação Pós Anestésica - SRPA

a) Admissão na SRPA (Responsável pela execução: Equipe Multiprofissional)

- Implementar cuidados relacionados:
 - ✓ Admissão e acolhimento;
 - ✓ Exame físico: geral; cardiorrespiratório; motor; neurológico; vascular;
 - ✓ Prevenção de hipotermia;
 - ✓ Administração de medicamentos;
 - ✓ Controle da dor e promoção de conforto;
 - ✓ Manutenção da integridade da pele e segurança dos dispositivos;
 - ✓ Permeabilidade de drenos;
 - ✓ Avaliação da ferida operatória;
 - ✓ Mensuração dos débitos de drenos e cateteres, quando presentes;
 - ✓ Balanço hídrico;
 - ✓ Orientações e apoio psicológico;
 - ✓ Monitorização dos Sinais Vitais (Quadro 3).

Parâmetros Vitais	Valores Normais de Referência	1ª hora	2ª hora	3ª hora
Pressão Arterial Sistêmica	Pressão Sistólica – 100 a 120 mmHg Pressão Diastólica – 60 a 80 mmHg	Cada 15 min	Cada 30min	Cada 1 hora
Frequência Respiratória	16 – 20 rpm			
Frequência Cardíaca	60 - 100 rpm			
Temperatura corporal	35,1 – 37,7°C			

Quadro 3. Valores normais para referência dos sinais vitais

Não conformidades: Qualquer alteração identificada, deve-se comunicar ao médico anestesista e/ou cirurgião responsável.

b) Alta da SRPA (Responsável pela execução: Médico Anestesista)

- O estado geral do cliente deverá ser avaliado detalhadamente. Como critério para alta da SRPA, o valor da escala de *Aldrete/Kroulik* deverá ser maior ou igual a 8; em clientes que foram submetidos à anestesia espinal, o valor da escala de *Bromage* para alta deverá ser 2, 1 ou 0.
- Os clientes hemodinamicamente estáveis e que foram submetidos a cirurgias de pequeno porte, sem intercorrências, poderão ser encaminhados, imediatamente, para as enfermarias, a critério do médico anestesista.

8. MÉTRICAS DE MONITORAMENTO

- Número de cirurgias em local errado/mês e ano
- Número de cirurgias em paciente errado/mês e ano
- Número de procedimentos errados/mês e ano
- Taxa de adesão completa ao *Checklist* de Cirurgia Segura

Continua...

ANEXO 7 – Protocolo Multiprofissional de cirurgia segura do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Cont.)

 		UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS			
Tipo do Documento	PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL	PRT.NPM.012 - Página 17/24			
Título do Documento	CIRURGIA SEGURA	Emissão: 29/10/2021		Próxima revisão: 29/10/2023	
		Versão: 2			

9. REFERÊNCIAS

- ALEX B. HAYNES et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med.*, v. 360, p. 491-499, 2009.
- ASKARIAN M, et al. Effect of surgical safety checklists on postoperative morbidity and mortality rates, Shiraz, Faghihy Hospital, a 1-year study. *Qual Manag Health Care*, v.20, p. 293–7. 2011.
- BERALDO, Carolina Contador; DE ANDRADE, Denise. **Higiene bucal com clorexidina na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica.** *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 34, n. 9, p. 707-714, 2008.
- BERGS, J., LAMBRECHTS, F., SIMONS, P., VLAYEN, A., MARNEFFE, W., HELLINGS, J. et al. Barriers and facilitators related to the implementation of surgical safety checklists: a systematic review of the qualitative evidence. *BMJ Qual Saf.*, v. 24, n. 12, p. 776-86, 2015.
- BOHMER AB et al. The implementation of a perioperative checklist increases patients' perioperative safety and staff satisfaction. *Acta Anaesthesiol Scand*, v. 56, p. 332-8, 2012.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática.** Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasil: Anvisa, 2017. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa_document/file/374/Caderno_1_-_Assist%C3%Aancia_Segura_-_Uma_Reflex%C3%A3o_Te%C3%B3rica_Aplicada_%C3%A0_Pr%C3%A1tica.pdf
- BRASIL. Agência Nacional De Vigilância Sanitária – ANVISA. **Critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde.** 2013.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Manual de higienização das mãos em serviços de saúde.** Brasil: Anvisa, 2007. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/ficha_tecnica.htm
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.** Brasília: Anvisa, 2017. 126p. Disponível em: <<http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=pCiWUy84%2BR0%3D>>.
- EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. **Protocolo: Prevenção de Infecção Cirúrgica.** Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar/Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente do HC-UFTM, Uberaba, 2017. 13p. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/prt-svssp-003-prevencao-de-infeccao-cirurgica-versao-2.pdf>
- EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. **Procedimento Operacional Padrão: Lavagem intestinal retrógrada.** Serviço de Educação em Enfermagem da Divisão de Enfermagem HC-UFTM, Uberaba, 2020. 9p. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/pops/pop-de-010-lavagem-intestinal-retrograda.pdf>
- MALACHIAS MVB, SOUZA WKS, PLAVNIK FL, RODRIGUES CIS, BRANDÃO AA, NEVES MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.*, 2016; 107(3Supl.3):1-83
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fundação Oswaldo Cruz. **Protocolo para cirurgia segura.** Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Continua...

ANEXO 7 – Protocolo Multiprofissional de cirurgia segura do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Cont.)

 		UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS			
Tipo do Documento	PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL		PRT.NPM.012 - Página 18/24		
Título do Documento	CIRURGIA SEGURA		Emissão: 29/10/2021	Próxima revisão: 29/10/2023	
			Versão: 2		
<p>14. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Manual de Implementação - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS. 2009</p> <p>15. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. 211p.</p> <p>16. RUSS, S., ROUT, S., SEVDALIS, N., MOORTHY, K., DARZI, A., VINCENT, C. Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? a systematic review. <i>Ann Surg.</i>, v.258, n.6, p.856-71, 2013. doi: https://doi.org/10.1097/SLA.000000000000206.</p> <p>17. SEMEL M.E, et al. Adopting A Surgical Safety Checklist Could Save Money And Improve The Quality Of Care In U.S. Hospitals. <i>Health Affairs</i>, v. 29, p. 1593-9, 2010.</p> <p>18. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). Práticas recomendadas: centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica e centro de material e esterilização. 5ªed. São Paulo: SOBECC; 2009.</p> <p>19. TREADWELL J.R., LUCAS, S., TSOU, A.Y. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. <i>BMJ Qual Saf.</i>, v.13, n. 4, p. 299-318, 2014.</p>					
HISTÓRICO DE REVISÃO					
VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO			
2	09/2021	Revisão e atualização de conteúdo e referências. Reestruturação do checklist de cirurgia segura. Novo modelo Ebserh para protocolos (PRT)			
Estruturado por (versão 1)			Data: 11/2018		
Thaís Santos Guerra Stacciarini - Enfermeira Responsável Técnica (RT) do Serviço de Educação em Enfermagem da Divisão de Enfermagem (SEE/DE). Membro do subcomitê de cirurgia segura. Patrícia Nunes da Silva - Enfermeira. Residente em saúde do adulto pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (PRIMAPS) pela UFTM					
Validação (versão 1)			Data: 11/2018		
Med. Cristina Hueb Barata – Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente (SVSSP) Med. Luciano Alves Matias da Silveira – Chefe da Unidade de Especialidades Cirúrgicas Enf. Eva Claudia Venâncio de Senne- Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar Enf. Patrícia Borges Peixoto – Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais (UGRA) Enf. Luciana Palva Romualdo - Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais Enf. Mara Danielle P. Rodrigues – Chefe da Divisão de Enfermagem Enf. Rosana Huppel Engel – SEE/DE Enf. Aldenora Laisa Palva de Carvalho Cordeiro – SEE/DE Enf. Tassiana Márcia Moreira – Clínica Cirúrgica Enf. Daniela Galdino Costa – Bloco Cirúrgico Enf. Lucas Carvalho Santana – Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) Enf. Ludmilla Lopes de Figueiredo Longo – Bloco Cirúrgico Enf. Lorena Campos Mendes – Clínica Cirúrgica					
Eliene Machado Freitas Felix - chefe da Divisão Médica e presidente do Núcleo de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais (NPM)			Data: 17/06/2019		
Registro, análise e revisão					
Ana Paula Corrêa Gomes - chefe da Unidade de Planejamento					
Aprovação final - Colegiado Executivo					

Continua...

ANEXO 7 – Protocolo Multiprofissional de cirurgia segura do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Cont.)

 		UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS			
Tipo do Documento	PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL	PRT.NPM.012 - Página 19/24			
Título do Documento	CIRURGIA SEGURA	Emissão: 29/10/2021	Próxima revisão: 29/10/2023		
		Versão: 2			

HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO - continuação

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA AÇÃO/ALTERAÇÃO
2	20/09/2021	Revisão e atualização de conteúdo e referências. Reestruturação do checklist de cirurgia segura. Novo modelo Ebserh para protocolos (PRT)

<p>Atualização (versão 2)</p> <p>Thaís Santos Guerra Stacciarini – Enfermeira. Responsável Técnica (RT) do SEE/DE - Gestora do Protocolo)</p> <p>Luciano Alves Matias da Silveira – Médico. Chefe da UEC</p> <p>Luciana Paiva Romualdo – Enfermeira. Chefe da UGRA</p> <p>Ana Claudia de Moraes Faquim – Enfermeira. Chefe da Unidade de Bloco Cirúrgico/RPA/CME</p> <p>Fabiola Cardoso de Oliveira – Enfermeira. RT de enfermagem do Bloco Cirúrgico/RPA</p> <p>Giovanna Vallim Presotto – Enfermeira. SEE/DE</p> <p>Rosana Huppel Engel – Enfermeira. SEE/DE</p> <p>Lharissa Cristina Mateus – Enfermeira. Residente da Saúde do Idoso</p> <p>Douglas Lidovino de Oliveira - Técnico de Enfermagem. Bloco Cirúrgico.</p> <p>Kamila dos Santos Rezende Guimarães - Técnico de Enfermagem. Bloco Cirúrgico.</p> <p>Ludmila Lopes Figueiredo Longo - Enfermeira. Bloco Cirúrgico.</p> <p>Marina Stark Rezende de Paula - Enfermeira. Bloco Cirúrgico</p> <p>Validação</p> <p>Rodrigo Juliano Molina, chefe do SVSSP</p> <p>Registro, análise e revisão</p> <p>Ana Paula Corrêa Gomes - chefe da Unidade de Planejamento</p> <p>Aprovação</p> <p>Andreia Duarte de Resende, gerente de atenção à saúde</p>	<p>Data: 29/10/2021</p>
--	-------------------------

Cópia Eletrônica não Controlada

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.

© 2021, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados

www.Ebserh.gov.br

Continua...

ANEXO 7 – Protocolo Multiprofissional de cirurgia segura do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Cont.)

  UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS			
Tipo do Documento	PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL	PRT.NPM.012 - Página 20/24	
Título do Documento	CIRURGIA SEGURA	Emissão: 29/10/2021	Próxima revisão: 29/10/2023
		Versão: 2	

APÊNDICE A CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA (frente)

		CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA		HOSPITAL DE CLÍNICAS 	
Nome completo: _____		Data Nascimento: ____/____/____		RG: _____	
Unidade de origem: _____		Data Procedimento: ____/____/____		Modalidade: () Eletiva () Urgência	
Cirurgia proposta: _____		Cirurgia realizada: _____			

PRÉ-OPERATÓRIO	INTRAOPERATÓRIO	
Antes do Encaminhamento do Cliente ao Centro Cirúrgico : h	Antes da Indução Anestésica e da Incisão Cirúrgica : h	Antes do Cliente Sair da Sala Operatória : h
<ul style="list-style-type: none"> • Cliente com pulseira de identificação. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Jejum. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim/Início _____ <input type="checkbox"/> Não • Preparo intestinal. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA • Banho. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim _____ h <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Higiene bucal. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Tricotomia. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim/Horário _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA • Sítio cirúrgico demarcado. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA • Função venosa. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Sem próteses. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem adornos. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Reserva sanguínea. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA • Tipo de precaução: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Prontuário completo: <ul style="list-style-type: none"> Formulário identificação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Relatório anamnese <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA Ficha de sinais vitais <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA Exames (laboratoriais) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Consentimento cirúrgico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Consentimento anestésico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Consentimento hemotransfusão <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA Avaliação pré-anestésica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da equipe. <ul style="list-style-type: none"> Anestesiista Staff <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Anestesiista Residente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cirurgião Staff <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cirurgião Residente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cirurgião Residente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA Circulante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Instrumentador <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA Outro: _____ • Apresentação do cliente. Cliente confirma? <ul style="list-style-type: none"> Nome completo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data de nascimento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Procedimento cirúrgico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local da cirurgia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Incapaz de responder <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Equipe confirma? <ul style="list-style-type: none"> Identificação do cliente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Médico Cirurgião. Confirma? <ul style="list-style-type: none"> Procedimento cirúrgico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sítio cirúrgico/demarcção <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA Ex/ Imagens disponíveis <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA 	<ul style="list-style-type: none"> • Médico Anestesiista. Confirma? <ul style="list-style-type: none"> Via aérea difícil <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Risco de aspiração <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Alergia conhecida <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Acesso venoso adequado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Monitorização adequada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Profilaxia antimicrobiana <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA Aparelho de anestesia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA Checkado • Médicos Cirurgião e Anestesiista. Cliente apresenta pontos críticos do procedimento cirúrgico? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (abrir e discutir plano de intervenção) • Enfermagem. Confirma? <ul style="list-style-type: none"> Sala montada e equipada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Eletrocardíografo posicionado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<ul style="list-style-type: none"> • Contagem de compressas confere? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA • Contagem de instrumentais confere? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA • Peça anatômica identificada e com requisição preenchida? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA • Amostra biológica identificada e com requisição preenchida? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA • Etiquetas de esterilização fixadas no prontuário? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Presença de sítio conformidade? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (abrir, registrar e notificar) • Cliente apresenta pontos críticos na recuperação pós-operatória? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (abrir e registrar) • Registro completo do procedimento intraoperatório? <ul style="list-style-type: none"> Descrição Cirúrgica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Prescrição Médica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Ficha Controle de Materiais <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Ficha Intraoperatória <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	Conductor do Checklist (parabéns) _____ Residente Anestesiista (parabéns) _____ Médico Anestesiista-Staff (parabéns) _____ Residente Cirurgião (parabéns) _____ Médico Cirurgião-Staff (parabéns) _____	Conductor do Checklist (parabéns) _____

Continua...

ANEXO 7 – Protocolo Multiprofissional de cirurgia segura do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Cont.)

		UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS	
Tipo do Documento	PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL	PRT.NPM.012 - Página 22/24	
Título do Documento	CIRURGIA SEGURA	Emissão: 29/10/2021	Próxima revisão: 29/10/2023
		Versão: 2	

APÊNDICE B



Hospital de Clínicas
UFMT



Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento (Consentimento Informado) para Procedimentos Invasivos e Cirurgias

NOME DO PACIENTE: _____

RG HCUFTM: _____

Autorizo a realização do(s) seguintes (s) procedimentos(s) invasivos e/ou cirurgia(s): _____ no paciente (acima citado). No caso de envolver lateralidade, especificar: () Direito, () Esquerdo, () Bilateral indicado pelo médico(a)/cirurgião(ã) (abaixo identificado), após ter sido informado(a) do resultado das avaliações e exames, que revelaram as seguintes alterações e/ou diagnóstico(s): _____

1. Recebi explicações claras sobre as alternativas de tratamento, riscos, benefícios e complicações potenciais.
2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento, incluindo transfusão sanguínea e/ou cirurgia que sejam necessários em decorrência de situações imprevistas e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
3. Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da instituição, desde que minha identidade permaneça anônima.
4. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente durante o procedimento realizado seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico e terapêutico, bem como para propósitos científicos ou educacionais.
5. Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a)/cirurgião(ã), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade.
6. Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).
7. Estou ciente que posso solicitar esclarecimentos das dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento.
8. Estou ciente de que, no momento da alta, deverei estar acompanhado por uma pessoa adulta.

9. Declaro que recebi as explicações, as compreendi e concordo com o exposto acima e que me foi dada a oportunidade para anular (itens 3 e 5).

Preenchido pelo paciente ou responsável:

<input type="checkbox"/> Paciente – Assinatura usual do paciente: _____		<u>Uberaba,</u>
Assinatura responsável	<input type="checkbox"/> Responsável Nome: _____ Assinatura: _____ Doc. Identidade nº: _____ Grau de Parentesco: _____	_____ Hora: _____

Preenchido pelo médico:

Expliquei de forma clara e objetiva todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia ao paciente acima identificado e/ou seu responsável, assim como os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está (ão) em condições de compreender o que lhes foi informado e de determinar de acordo com o entendimento que possui.

Nome: _____
 Assinatura: _____
 CRM: _____

© nome e CRM podem ser substituídos pelo número legível

APÊNDICE B do Protocolo de Cirurgia Segura do HCUFTM
versão: 1.0

Continua...

ANEXO 7 – Protocolo Multiprofissional de cirurgia segura do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Cont.)

		UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS	
Tipo do Documento	PROTÓCOLO MULTIPROFISSIONAL	PRT.NPM.012 - Página 23/24	
Título do Documento	CIRURGIA SEGURA	Emissão: 29/10/2021	Próxima revisão: 29/10/2023
		Versão: 2	

APÊNDICE C






Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento (Consentimento Informado) para Anestesia e Sedação

NOME DO PACIENTE: _____

RG HC/UFTM: _____

Autorizo o médico anestesiológico (abaixo identificado) ou outro médico cadastrado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, a realizar a seguinte técnica anestésica ou sedação: _____ para realização da(o) seguinte cirurgia/procedimento proposta(o): _____ no paciente acima citado.

A proposta do procedimento anestésico/ sedação acima especificada, seus benefícios, riscos, complicações potenciais, alternativas e analgesia pós-operatória/procedimento me foram explicados claramente. Tive a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas de forma satisfatória e entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para ser alcançado/obtido o melhor resultado. Também estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o procedimento, assim como pode ser necessária a modificação da proposta inicial da anestesia em virtude de situações imprevistas.

Declaro que recebi as explicações, li, compreendi e concordo com o exposto acima e que me foi dada a oportunidade de questões que julgo importante.

Preenchido pelo paciente ou responsável:

<input type="checkbox"/> Paciente – Assinatura usual do paciente: _____		Uberaba  Hora: _____
Aplicativo responsável	<input type="checkbox"/> Responsável Nome: _____ Assinatura: _____ Doc. Identidade nº: _____ Grau de Parentesco: _____	

Preenchido pelo médico:

Expliquei sobre o procedimento anestésico/sedação ao paciente acima identificado e/ou seu responsável, assim como os benefícios, riscos, alternativas e analgesia pós-operatória/procedimento, tendo respondido às perguntas formuladas pelo mesmo. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Nome: _____
 Assinatura: _____
 CRM: _____

O nome e CRM podem ser substituídos pelo número legível

Continua...

ANEXO 7 – Protocolo Multiprofissional de cirurgia segura do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Cont.)

		UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO HOSPITAL DE CLÍNICAS	
Tipo do Documento	PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL	PRT.NPM.012 - Página 24/24	
Título do Documento	CIRURGIA SEGURA	Emissão: 29/10/2021 Versão: 2	Próxima revisão: 29/10/2023

APÊNDICE D

		TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA TRANSUSÃO DE HEMOCOMPONENTES
---	---	---

Eu, _____, paciente ou responsável legal pelo paciente menor de idade ou incapaz, estou ciente da necessidade da realização da transfusão de sangue (hemácias, plaquetas, plasma fresco congelado, crioprecipitado) indicada pelo(a) médico (a) assistente da unidade.

Fui informado de que a Fundação Hemominas cumpre as Normas Técnicas do Ministério da Saúde, Portaria MS nº 2712, de 12.11.2013. Dessa forma estou ciente que, apesar da seleção dos doadores e dos testes laboratoriais previstos em lei, como, hepatite B e C, HIV, Chagas, Sífilis, HTLV e moleculares para HIV e Hepatite C, existe um risco, muito pequeno, de adquirir alguma dessas doenças infecciosas após a transfusão de sangue e/ou hemocomponente.

Estou ciente de que as transfusões podem causar reações imprevisíveis durante ou imediatamente após sua realização, tais como febre, calafrio, reações alérgicas, náuseas, hematúria e, mais raramente, problemas pulmonares ou cardíacos. Fui informado que todos os cuidados disponíveis na instituição foram tomados para se evitar ao máximo estas reações. As reações mais frequentes são sintomas leves e facilmente controlados na maioria das vezes e, raramente, podem levar a risco de morte. Nessa ocasião, serei avaliado e acompanhado pelo médico plantonista.

Fui orientado quanto à possibilidade de infecção grave e a procurar o serviço de emergência caso apresente febre, mal estar geral, ou outra manifestação clínica não habitual, após ser liberado pela Hemominas.

Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas relativas à transfusão de hemocomponentes e que me foram fornecidas orientações sobre os cuidados que terei que observar após a transfusão.

ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes

NÃO ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes e declaro estar ciente dos riscos decorrentes desta decisão.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

Assinatura e Carimbo do Médico

Local _____ Data _____

Circunstância de Emergência: Consentimento Informado não obtido
Devido ao estado clínico do paciente, ou a emergência/risco de vida, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Eu solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua condição clínica.
Nome do Médico solicitante: _____ CRM: _____ Data: _____

ANEXO 8 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UFTM - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO - HC/UFTM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Eficácia de vídeo educativo acerca de práticas seguras no perioperatório em pacientes submetidos às cirurgias ortopédicas: ensaio clínico randomizado.

Pesquisador: Maria Helena Barbosa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 27120619.7.0000.8667

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.946.086

Apresentação do Projeto:

Segundo a pesquisadora " São notórios os avanços nas discussões sobre a segurança do paciente. Organizações, institutos e serviços, preocupados com a temática, recomendam estratégias para a promoção de um cuidado seguro e elaboração de políticas, diretrizes e guidelines que reduzam riscos ao paciente e evitem a ocorrência de agravos à saúde.

Contudo, a literatura demonstra que danos, considerados evitáveis, à assistência à saúde ainda são recorrentes.

Estimativas apontam a ocorrência de 134 milhões de eventos adversos, a cada ano, dentro das instituições hospitalares, em países de baixa e média renda, contribuindo para 2,5 milhões de morte, anualmente (THE NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, MEDICINE, 2018).

Estudo brasileiro que analisou as notificações de eventos adversos, em um complexo hospitalar em São Paulo, registrou mais de 300 notificações ao mês, no período de um ano de análise (FURINI; NUNES; DALLORA, 2019).

Dados de uma revisão de escopo, realizada com 25 estudos de 27 países, apontou uma média de 10% na ocorrência de eventos adversos, sendo 7,3% culminando em óbito e metade destes considerados evitáveis (SCHWENDIMANN et al., 2018).

Outra investigação que objetivou descrever os eventos adversos que resultaram em óbito, no Brasil, identificou uma maior incidência de óbitos durante a prestação de cuidados em hospitais,

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

UF: MG

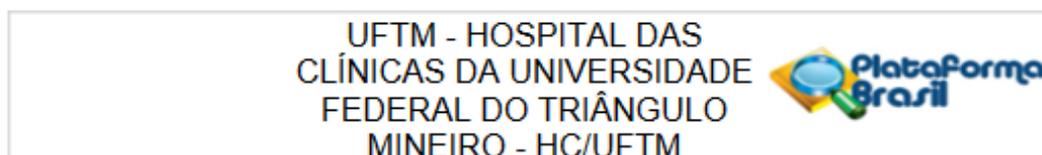
Município: UBERABA

CEP: 38.025-470

Telefone: (34)3318-5319

E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

ANEXO 8 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Cont.)



Continuação do Parecer: 3.946.086

com destaque para assistência relacionada a procedimentos cirúrgicos (MAIA et al., 2018).

Observa-se que a realização de tais procedimentos cirúrgicos têm apresentado um aumento considerável. Em 2010, estimou-se um volume de 321,5 milhões de cirurgias, capazes de atender as necessidades globais da população. Para a América Latina, foi considerada a incidência de 4906 procedimentos cirúrgicos a cada 100.000 habitantes (ROSE et al., 2015).

Contudo, mesmo diante da grande necessidade de realização de cirurgias, a literatura tem demonstrado que os eventos adversos relacionados aos procedimentos cirúrgicos têm sido prevalentes (FURINI; NUNES; DALLORA, 2019; SCHWENDIMANN et al., 2018; MAIA, 2018; MENDES et al, 2018; NILSSON et al, 2018). Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada ano, quase sete milhões de pacientes cirúrgicos podem sofrer complicações significativas, dentre as quais um milhão morreria durante ou no pós-operatório imediato (OMS, 2009). Nesse sentido, os procedimentos cirúrgicos relacionados ao trauma ortopédico têm se destacado devido à grande prevalência de complicações associadas a eventos adversos (MAGNÉLI et al., 2019; MARENAH et al., 2019; CLAESSEN; RING, 2019; VAN DELF et al, 2018; MENDES et al., 2018; KIM et al., 2018; MILLSTONE et al., 2017; RAJASEKARAN; RAVI; AIYER, 2016).

As principais complicações relatadas na literatura, relacionadas às cirurgias ortopédicas, são: a realização de cirurgia em local errado, ocorrência de infecção de sítio cirúrgico, novas fraturas/luxação ou deslocamento do membro operado (CULLER et al., 2016), necessitando submeter o paciente a repetidas abordagens operatórias.

Na tentativa de explicar as principais causas associadas aos erros nesse tipo de cirurgia, evidências apontam que a alta complexidade relacionada ao procedimento, a utilização de próteses e implantes, bem como o emprego de instrumentais e equipamentos específicos podem predispor o paciente à ocorrência de danos (ELIAS et al., 2015).

No trauma ortopédico, a prevalência de eventos adversos, representa um impacto negativo para saúde, uma vez que aumenta o tempo de internação hospitalar, eleva os custos das instituições de saúde, podem reduzir a eficácia do tratamento, além de serem responsáveis por prejuízos físicos, psicológicos ou sociais aos pacientes (HOOGERVORST-SCHILP et al., 2015; MILLSTONE et al., 2017).

Na tentativa de melhorar a qualidade da assistência e mitigar a ocorrência de incidentes, nas instituições de saúde, várias iniciativas têm sido lançadas, dentre as quais se destacam a Aliança Global para segurança do paciente, lançada pela OMS em 2004, a criação da Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), publicada no Brasil por meio da Portaria MS/GM nº529, de 1º de

Endereço: R. Benjamin Constant, 16
 Bairro: Nossa Srª da Abadia CEP: 38.025-470
 UF: MG Município: UBERABA
 Telefone: (34)3318-5319 E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

ANEXO 8 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Cont.)

UFTM - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO - HC/UFTM



Continuação do Parecer: 3.946.086

abril de 2013 bem como a divulgação do Guia “Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes”, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 2017, um importante instrumento para orientar uma mudança na cultura dos serviços de saúde no tocante à participação do cidadão no processo assistencial.

A Aliança Global para segurança do paciente, teve por objetivo a criação dos chamados Desafios Globais que se propuseram a organizar e planejar ações para áreas de risco consideradas prioritárias (WHO, 2005). Até o momento foram lançados três desafios globais. O primeiro priorizou as infecções relacionadas à assistência à saúde, englobando higienização das mãos, manejo de resíduos, entre outros. O segundo desafio global focou a segurança na assistência cirúrgica, e o terceiro, o uso seguro de medicamentos com objetivo principal de evitar erros relacionados à medicação.

Tendo em vista a grande incidência de complicações relacionadas aos procedimentos cirúrgicos, a OMS lançou, em 2009, o Manual “Cirurgia Segura Salvam Vidas”, com a finalidade de melhorar a percepção dos profissionais quanto aos riscos à saúde e reforçar as práticas de medidas preventivas na assistência cirúrgica (OMS, 2009).

Além disso, essa publicação discute estratégias para melhorar a segurança do paciente disponibilizando orientações “de boas práticas” no cuidado ao paciente cirúrgico com foco para gestores e profissionais da saúde (OMS, 2009).

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), foi instituído por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013 com a finalidade de contribuir com a qualificação do cuidado em saúde nas questões voltadas à segurança do paciente (BRASIL, 2013).

O programa tem quatro eixos fundamentais: o estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança e a inclusão do tema no ensino e na pesquisa. Ressalta-se que o PNSP recomenda a utilização dos protocolos de segurança do paciente, em consonância aos preconizados pela OMS tais como o de identificação do paciente, comunicação efetiva, segurança medicamentosa, cirurgia segura, higienização das mãos e prevenção do risco de quedas e lesão por pressão (BRASIL, 2013).

Esse programa, além de focar no trabalho integrado entre os gestores do SUS, os profissionais de saúde, e as instituições de ensino e pesquisa sobre a Segurança do Paciente, considerou também o envolvimento do cidadão na sua segurança, ou seja, tornar o paciente como parceiro nos esforços para a prevenção de falhas e danos em serviços de saúde, considerando que o paciente é a última barreira para que o erro aconteça (SILVA et al., 2016).

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

CEP: 38.025-470

UF: MG

Município: UBERABA

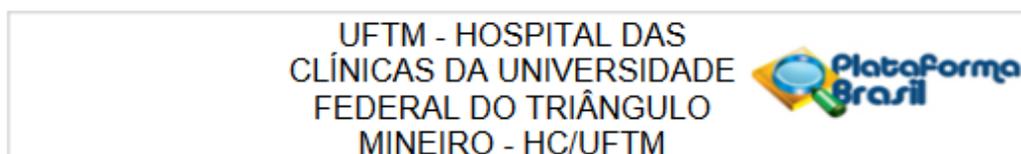
Telefone: (34)3318-5319

E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

Página 03 de 17

Continua...

ANEXO 8 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Cont.)



Continuação do Parecer: 3.946.086

Nesse sentido e apoiando a ideia de envolver o indivíduo no seu processo de cuidado, a ANVISA divulga, em 2017, a primeira edição do Guia “Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes”, que coloca o paciente como foco central da preocupação dos profissionais e gestores com as práticas seguras nos serviços de saúde (BRASIL, 2017a).

Esse guia ressalta que, frente a todas as estratégias, esforços e iniciativas já lançados, é iminente uma mudança na cultura dos serviços de saúde que estimulem o cuidado centrado no paciente como atributo da qualidade e co-responsabilidade sobre sua saúde (BRASIL, 2017a).

A preocupação com o envolvimento do paciente no cuidado seguro, como uma ferramenta de reorganização da assistência à saúde é uma questão discutida desde meados da década de 90, onde a OMS verificou a importância da informação, comunicação e educação dos pacientes e familiares pelos profissionais de saúde BRASIL, 2017b).

A partir disso, organizações como a Fundação Nacional de Segurança do Paciente, dos Estados Unidos, o Instituto de Medicina Americano e a própria OMS, propuseram o fortalecimento de uma cultura de segurança centrada no paciente e família, como requisito essencial da qualidade e segurança nos serviços de saúde (BRASIL, 2017b; MARTIN; NAVNE; LIPCZAK, 2013).

Observa-se também que as propostas de envolvimento dos pacientes nas questões de segurança têm sido descritas por autores os quais identificaram que, processos educativos são ferramentas importantes para estimular a participação ativa de pacientes e familiares no cuidado seguro e contribuir com a redução de incidentes relacionados à saúde (WEGNER; PEDRO, 2012).

Estudo realizado em hospitais suecos identificou que a comunicação efetiva entre profissionais e pacientes, quanto às práticas seguras, favorece a aprendizagem do indivíduo, além de ser considerada uma estratégia eficaz na promoção de uma assistência livre de danos (RIDELBERG; ROBACK; NILSEN, 2014).

Outra investigação realizada em unidades de terapia intensiva, com objetivo de avaliar a eficácia de uma intervenção educativa no envolvimento do paciente nas práticas seguras em saúde, evidenciou que o engajamento do paciente foi significativo na redução de eventos adversos e na satisfação com os serviços ofertados, tomando o indivíduo parceiro e ativo no processo da assistência segura (DYKES et al., 2017).

Frente ao exposto nota-se que o processo educativo de pacientes, relacionado ao seu cuidado, facilita a sua participação na assistência e pode auxiliar as instituições de saúde no alcance das metas de segurança, uma vez que o envolvimento do paciente pode ser uma

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

UF: MG

Município: UBERABA

CEP: 38.025-470

Telefone: (34)3318-5319

E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

ANEXO 8 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Cont.)

UFTM - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO - HC/UFTM



Continuação do Parecer: 3.946.086

valiosa ferramenta na detecção de potenciais erros e práticas inseguras na assistência à saúde (GAIO; ROCHA; SOUSA, 2018).

Na literatura, diversas iniciativas de envolvimento de pacientes e familiares, no fortalecimento da cultura de segurança, têm sido descritas. A Fundação Nacional de Segurança do Paciente criou o programa "Ask Me™" com objetivo de melhorar a aprendizagem dos indivíduos e promover comunicação efetiva entre profissionais de saúde e pacientes (BRASIL, 2017b). No mesmo sentido, a Joint Commission, lançou o programa "Speak Up" a fim de tornar os pacientes mais ativos na prevenção de erros na assistência à saúde, por meio de folhetos e cartazes com tópicos sobre o cuidado seguro (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2009).

Outras estratégias podem ser úteis com intuito de melhorar a aprendizagem de pacientes e familiares, facilitando a participação ativa em seu processo de cuidado e segurança, tais como uso de linguagem acessível e de fácil compreensão, verificar com o paciente o feedback das informações recebidas, bem como realizar instruções por meio de diferentes materiais como manuais, desenhos, áudios e vídeos (BRASIL, 2017b).

Estudo de revisão integrativa destacou as principais estratégias utilizadas para promover o envolvimento do paciente no cuidado seguro, entre elas: o fortalecimento do elo de comunicação entre paciente-família e profissionais; o desenvolvimento da autonomia e participação ativa do paciente no seu próprio cuidado; promoção de um processo educativo por meio de manuais e/ou cartilhas explicativas, com tópicos relacionados à segurança; e a capacitação dos pacientes para a percepção dos riscos em saúde (SILVA et al., 2016).

Observa-se que a participação do paciente e seus familiares no cuidado em saúde é considerada uma ferramenta estratégica para prevenção da ocorrência de incidentes, a partir da disponibilização de práticas seguras baseadas em evidências científicas e a comunicação efetiva entre profissionais e pacientes. Além disso, considera-se que o cuidado centrado no paciente e a segurança na assistência são conceitos complementares e indissociáveis (RODRIGUES; PORTELA; MALIK, 2019).

Autores encontraram uma correlação positiva entre o envolvimento do paciente/família como estratégia para promoção de práticas seguras e a melhora da comunicação com a equipe e da percepção em relação ao clima de segurança, menores ocorrências de eventos adversos e menores taxas de complicações relacionadas à assistência à saúde (COX et al., 2015; LAI et al., 2015; WARREN, 2012).

Entretanto, evidências apontam que a disseminação da cultura do cuidado centrado no indivíduo, bem como o fortalecimento da aprendizagem capaz de envolver o paciente para contribuir com a

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

CEP: 38.025-470

UF: MG

Município: UBERABA

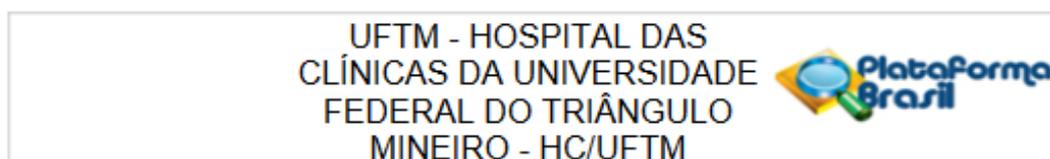
Telefone: (34)3318-5319

E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

Página 05 de 17

Continua...

ANEXO 8 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Cont.)



Continuação do Parecer: 3.946.086

redução de eventos adversos e estimular promoção de práticas seguras, no âmbito do cuidado, é considerada incipiente (SILVA et al., 2016).

Dessa forma, instituições, gestores e profissionais de saúde têm o desafio de buscar e implementar intervenções educativas eficazes a fim de tornar os pacientes e seus familiares atores ativos e parceiros na execução de práticas seguras dentro da cultura organizacional.

Nesse sentido, faz-se necessário refletir sobre ferramentas educativas capazes de alcançar a aprendizagem de pacientes. Alguns autores sugerem que além do conteúdo que se quer ensinar, deve-se pensar também em seu arranjo e a forma em que ele será transmitido (DALMOLIN et al., 2016).

A OMS, por meio do “Guia curricular de segurança do paciente” aborda diversas ferramentas de ensino acerca da temática segurança do paciente e sugere inúmeros recursos capazes de atingir, com efetividade, a aprendizagem sobre o assunto, com destaque para tecnologias em saúde tais como tutoriais, atividades on-line, treinamento de habilidades, vídeos, jogos, além de discussões baseadas em estudos de caso e cenários que retratam a prática (WHO, 2011), como uma possibilidade de repensar e transformar as orientações educacionais.

O uso de tecnologias educativas direcionadas à aprendizagem de pacientes é considerado um recurso didático, capaz de fornecer informações e sensibilizar o indivíduo à mudança de comportamento quanto as práticas que se deseja alcançar com o paciente e família (MANIVA et al., 2017).

Nesse cenário, de tecnologias para aprendizagem, o vídeo educativo tem se destacado por ser uma ferramenta que possibilita a criatividade, rápida transmissão da informação, é capaz de atingir diferentes indivíduos, independente da classe social ou da escolaridade, além de promover pensamento crítico e estimular competências e atitudes a que se pretende alcançar (NASCIMENTO et al., 2014), o que torna um potencial recurso para aumentar o conhecimento de práticas seguras pelos pacientes dentro das instituições de saúde.

Além disso, o vídeo educativo é prático e demanda baixos investimentos financeiros e pode ser empregado como recurso pedagógico e tecnológico com objetivo de facilitar a compreensão de evidências científicas para população em geral, incluindo pacientes (BENTO; MODENA; CABRAL, 2018; KAM et al., 2016).

Estudos que utilizaram o vídeo educativo como estratégia de sensibilizar o paciente, incluindo ensaios clínicos randomizados, em distintas áreas do conhecimento, demonstraram que essa tecnologia é capaz de melhorar o conhecimento e envolver o indivíduo e familiares no seu processo de cuidado, o que corrobora com a eficácia da utilização desse tipo tecnologia educativa

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

UF: MG Município: UBERABA

Telefone: (34)3318-5319

CEP: 38.025-470

E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

ANEXO 8 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Cont.)

UFTM - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO - HC/UFTM



Continuação do Parecer: 3.946.086

na assistência à saúde (CARVALHO et al., 2014; DALMOLIN et al., 2016; HENDRICKS et al., 2018; JOVENTINO et al., 2017; RAZERA et al., 2016; SHAH; SHAH; GUPTA; 2017; SHARMA et al., 2018). Com objetivo de avaliar a efetividade de um vídeo educativo, nas práticas seguras, durante a prestação de cuidados, pesquisa realizada em hospital de Porto Alegre identificou a utilização desse recurso tecnológico foi capaz de aumentar as taxas de adesão aos protocolos de segurança (HEMESATH et al., 2015). Conduto, frente a todos os protocolos de segurança preconizados, esse estudo avaliou apenas o de identificação do paciente.

Outro estudo, do tipo ensaio clínico controlado, realizado em um hospital universitário da Coreia do Sul, com objetivo de melhorar o aprendizado dos pacientes no preparo de colonoscopia, demonstrou que o grupo que assistiu ao vídeo educativo apresentou melhor preparo para o exame comparado ao grupo controle, demonstrando a eficácia do vídeo educativo em melhorar o conhecimento dos pacientes comparado à orientações padrão (PARK et al., 2016).

Nesse contexto, salienta-se que pesquisas que envolvem o emprego de ferramentas de aprendizagem de pacientes, como a utilização de vídeo educativo, apresentam relevância, uma vez que, são capazes de melhorar o aprendizado e de envolver pacientes e familiares em prol de um cuidado seguro, com intuito de melhorar o conhecimento destes sobre a temática e estimulá-los a participarem como colaboradores da promoção de uma cultura de segurança dentro dos estabelecimentos de saúde.

Frente ao exposto, este estudo pretende responder aos seguintes questionamentos:

- Qual a eficácia do vídeo educativo acerca de práticas seguras no perioperatório em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas?
- O vídeo educativo, sobre práticas seguras, é capaz de aumentar o conhecimento do paciente sobre a sua segurança, no período perioperatório?"

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Analisar a eficácia de um vídeo educativo no conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no perioperatório.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os participantes da pesquisa segundo as características sociodemográficas e clínicas;

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

CEP: 38.025-470

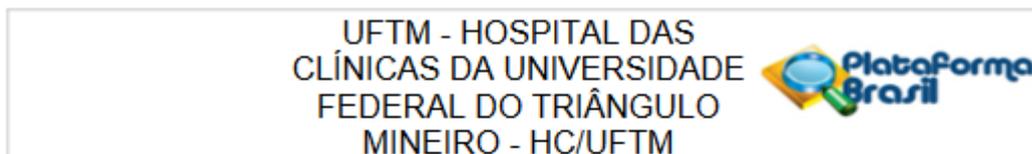
UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3318-5319

E-mail: cep.htm@ebserh.gov.br

ANEXO 8 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Cont.)



Continuação do Parecer: 3.946.086

- Construir um vídeo educativo acerca das práticas seguras no período perioperatório;
- Comparar intragrupo o conhecimento do paciente quanto às práticas seguras no perioperatório antes e após a utilização do vídeo educativo;
- Comparar entre grupos o conhecimento dos pacientes quanto às práticas seguras no período perioperatório dos grupos experimental e controle.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos, relacionados aos juízes participantes do estudo, são de prejudicar a posição postural e o desconforto visual, devido à necessidade de investimento de tempo no computador para análise da pesquisa e resposta ao instrumento. Desta forma, recomenda-se que a cada hora de navegação virtual em uma mesma posição, seja feito um curto intervalo de 5 ou 10 minutos para alongamento e interrupção da atividade.

Para os participantes da pesquisa, o risco é a perda de confidencialidade dos seus dados (vazamento de informações pessoais). Como medida para minimizar este risco, os participantes serão identificados, na pesquisa, por números e iniciais do nome. Em momento algum, os dados pessoais ou quaisquer informações que possam identificar os participantes, serão revelados.

Quanto aos benefícios, para os juízes, acredita-se que esta é uma oportunidade de conhecer uma proposta de ensino e envolvimento do paciente nas práticas seguras em saúde relacionada à temática de segurança do paciente. Como benefício aos participantes da pesquisa espera-se verificar melhora do conhecimento do paciente quanto às práticas seguras no perioperatório para que os mesmos possam colaborar no seu cuidado seguro.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

ETAPAS DO ESTUDO

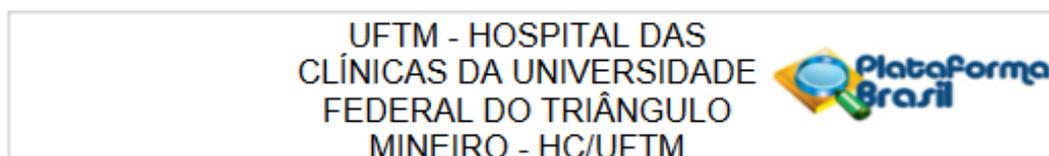
Primeira Etapa – Elaboração e Validação do Instrumento de Coleta de dados

O instrumento de coleta de dados será dividido em duas partes. A primeira parte refere-se a características sociodemográficas e clínica dos pacientes tais como: número do prontuário, sexo, data de nascimento, idade, procedência, escolaridade, comorbidades, internações prévias, cirurgias prévias, data da cirurgia e nome do procedimento cirúrgico.

A segunda parte do instrumento, com intuito de avaliar o conhecimento do paciente quanto às práticas seguras no perioperatório, constituirá questões referentes ao Manual da ANVISA "Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? – Orientações aos pacientes, familiares e

Endereço: R. Benjamin Constant, 16
 Bairro: Nossa Srª da Abadia CEP: 38.025-470
 UF: MG Município: UBERABA
 Telefone: (34)3318-5319 E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

ANEXO 8 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Cont.)



Continuação do Parecer: 3.946.086

acompanhantes" e contemplarão as dimensões: identificação do paciente, a prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde, higiene das mãos, cirurgia segura, administração de medicamentos, prevenção de lesão por pressão e prevenção de quedas.

Nessa parte do instrumento pretende-se elaborar questões objetivas de múltipla escolha que serão, posteriormente, recodificadas, com respostas do tipo "certo ou errado".

Uma das vantagens desse tipo de questões é que são consideradas de fácil aplicação e correção, fornecem medidas objetivas de desempenho e permitem a elaboração de diversos conteúdos a serem tratados (FILATRO; CAIRO, 2015).

Posteriormente à construção do instrumento de coleta de dados, a segunda parte, referente ao conhecimento do paciente quanto às práticas seguras, passará por análise e validação de especialistas, que possuam titulação de doutor, apresentem experiência relevante e reconhecida na área de enfermagem, na docência e na pesquisa baseada em evidências, voltados para temática: "práticas seguras no período perioperatório"; "segurança do paciente", "segurança cirúrgica", "envolvimento do paciente na assistência à saúde" e "cuidado centrado no paciente".

Após a escolha dos juízes conforme critérios citados, será enviado, via aplicativo do Google Docs, um formulário eletrônico contendo: o Instrumento de coleta de dados (referente ao questionário de avaliação do conhecimento do paciente), para ser avaliado, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que deverá ser assinado, caso haja concordância em participar do estudo e o Instrumento de Validação de Conteúdo Educacional (IVCE).

Este instrumento se caracteriza por uma escala do tipo Likert, com 18 itens que avaliam os objetivos, estrutura, apresentação e relevância do instrumento que está sendo avaliado, onde os avaliadores consideram 0 como inadequado, 1 parcialmente adequado e 2 adequado (LEITE, 2017). Além disso, será disponibilizado um espaço para que os juízes possam acrescentar sugestões ou críticas pertinentes.

Será considerada válida a questão com 90% de concordância acerca da clareza, pertinência, objetividade e organização das questões.

Ressalta-se que, no presente estudo, a pesquisadora solicitará autorização do autor para utilização do IVCE.

Segunda Etapa – Elaboração e Validação do Vídeo Educativo

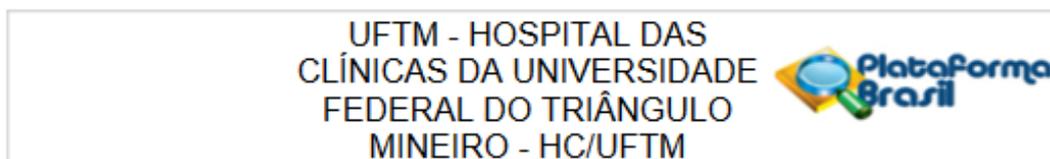
Segundo a literatura a construção de um vídeo deve compreender as etapas de pré-produção, que consiste na elaboração do roteiro e storyboard, a etapa de produção na qual será realizada a construção do vídeo educativo e a etapa de pós-produção onde o vídeo poderá sofrer edições para

Endereço: R. Benjamin Constant, 16
Bairro: Nossa Srª da Abadia
UF: MG Município: UBERABA
Telefone: (34)3318-5319

CEP: 38.025-470

E-mail: cep.hotm@ebserh.gov.br

ANEXO 8 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Cont.)



Continuação do Parecer: 3.946.086

adequar as sugestões pertinentes bem como adequação da sequência de imagens e sons (KINDEN; MUSBERGUER, 2009).

A etapa de pré-produção pode ser entendida como o planejamento e preparação do vídeo que será executado, compreendendo desde a idealização do projeto até à construção das cenas e filmagens. Esta etapa se subdivide em quatro itens: sinopse, argumento, roteiro e storyboard (FILATRO; CAIRO, 2015; KINDEN; MUSBURGER, 2009).

A sinopse é considerada como um resumo do vídeo e apresenta a descrição de como ocorrerá a história, bem como a forma que os fatos serão apresentados. O segundo item, o argumento, descreve, de forma breve, como serão as características do vídeo, dos personagens e do cenário. Já o roteiro é um guia para equipe responsável pela produção do vídeo, uma vez que exhibe detalhadamente todas as cenas que serão gravadas. Por último, o desenvolvimento do storyboard tem o objetivo de apresentar o roteiro gráfico e os desenhos sequenciais facilitando a visualização do layout do vídeo (FILATRO; CAIRO, 2015; KINDEN; MUSBURGER, 2009).

Todas as etapas de construção do vídeo serão conduzidas com suporte teórico baseado nas recomendações do Manual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), publicado em 2017, intitulado "Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? – Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes". O manual está em sua primeira edição do Guia "Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde" e oferece um importante instrumento para orientar uma mudança na cultura dos serviços de saúde no que se refere à participação do cidadão nos processos de segurança assistencial (BRASIL, 2017a).

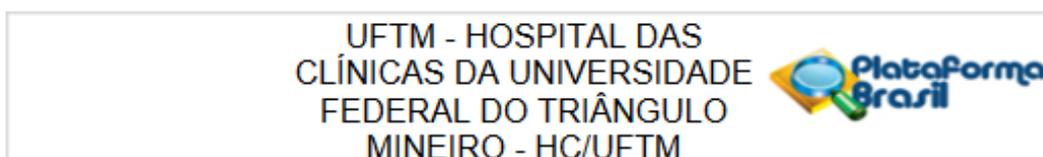
O vídeo abordará as dimensões que envolvem os pacientes durante o atendimento ou período de internação, compreendendo em identificação, prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde, higiene das mãos, cirurgia segura, administração de medicamentos, prevenção de lesão por pressão e prevenção de quedas, orientações estas que incluem o período perioperatório do paciente dentro do ambiente hospitalar.

Pretende-se utilizar, para a construção do vídeo educativo, o emprego de animações gráficas, consideradas uma importante ferramenta pedagógica capaz de educar, instigar a criatividade e sensibilizar o receptor com a mensagem que se deseja transmitir, bem como exigem menores custos financeiros, humanos e materiais (AMERICO, 2010; PENTEADO, 2011).

Após a etapa de pré-produção será realizada a validação, do conteúdo, roteiro, cenas e layout do vídeo por especialistas. Pretende-se contar com a participação dos mesmos juízes que validaram o instrumento de coleta de dados, assegurando, dessa forma, continuidade e consistência do processo de validação. Além disso, serão acrescentados especialistas, doutores, com

Endereço: R. Benjamin Constant, 16
 Bairro: Nossa Srª da Abadia CEP: 38.025-470
 UF: MG Município: UBERABA
 Telefone: (34)3318-5319 E-mail: cep.htm@ebserh.gov.br

ANEXO 8 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Cont.)



Continuação do Parecer: 3.946.086

domínio em recursos audiovisuais.

Caso os juízes desistirem ou não concordarem em participar dessa etapa da pesquisa, serão selecionados outros especialistas que possuam titulação de doutor, experiência relevante e reconhecida na área de enfermagem, na docência e na pesquisa baseada em evidências, voltados para temática: “práticas seguras no período perioperatório”; “segurança do paciente”, “segurança cirúrgica”, “envolvimento do paciente na assistência à saúde” e “cuidado centrado no paciente”, bem como juízes com experiência reconhecida em recursos audiovisuais.

Após a seleção dos perfis elegíveis para juízes será enviado, pelo aplicativo do Google Docs, um formulário eletrônico contendo o TCLE e o IVCE.

Após a avaliação dessa etapa serão discutidas e consideradas as críticas e sugestões pertinentes para adequação do vídeo.

Em seguida será realizada a etapa de produção do vídeo educativo, que consiste em operacionalizar o projeto e o roteiro por meio da gravação das cenas utilizando insumos que contribuam com a comunicação (FILATRO; CAIRO, 2015).

A produção do vídeo será realizada utilizando o software videoscribe que permite a criação de vídeo com funções de inclusão animada de texto e imagens, além de inclusão de música ou narração. As sequências são desenvolvidas de acordo com o roteiro prévio e visando à construção de uma identidade visual que se relacione com os temas propostos (VIDEOSCRIBE, 2014). Além disso, durante a elaboração do vídeo, a presente pesquisa, poderá contar com auxílio de profissionais, doutores, com domínio e experiência relevantes em produção audiovisual.

Na etapa de pós-produção serão realizadas adequações e edições do vídeo para realização de ajustes entre as sequências de imagens, áudio e trilha sonora, bem como, modificações necessárias para adaptar à população estudada.

Após a fase de pós-produção, o vídeo educativo terá sua aparência avaliada por representantes do público alvo com objetivo de verificar a compreensão, clareza e estrutura de apresentação do material.

Para tal avaliação serão selecionados, dentre os pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas eletivas, que se disponibilizarem e concordarem em avaliar o vídeo educativo, durante o período de internação, assinando o TCLE. Serão incluídos para avaliação pacientes internados na Unidade de Sistema Locomotor, do HC-UFTM, que não possuam doença ou limitação que os impeça de participar e avaliar o vídeo. Serão excluídos os instrumentos que forem preenchidos de forma incompleta.

O vídeo será exibido aos participantes por meio de tablet e para sua avaliação será utilizado o

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

UF: MG

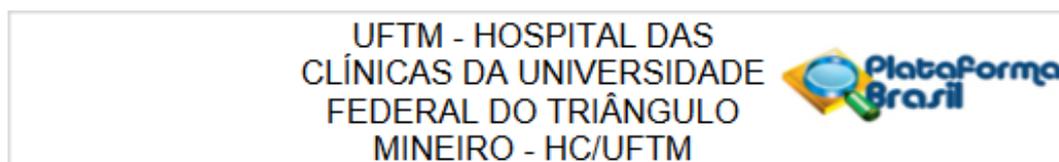
Município: UBERABA

CEP: 38.025-470

Telefone: (34)3318-5319

E-mail: cep.htcm@ebserh.gov.br

ANEXO 8 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Cont.)



Continuação do Parecer: 3.946.086

Questionário de Avaliação de Tecnologia Assistiva, construído e validado por Guimarães (2014). Esse questionário aborda itens sobre a compreensão de materiais educativos, dos objetivos, clareza, relevância e interatividade, dispostos em 14 questões, com respostas em escala tipo Likert, onde 0 representa inadequado, 1 parcialmente adequado e 2 adequado. Além disso, será destinado um espaço para acrescentar sugestões ou críticas pertinentes. Ressalta-se que será solicitado autorização ao autor, para utilização do questionário.

Após a avaliação, do vídeo educativo, serão realizadas adequações, se necessário, quanto a aparência do mesmo a fim de garantir a melhor compreensão, clareza e estrutura de apresentação visual.

3 etapa – Ensaio randomizado controlado

A partir da construção e validação do vídeo educativo será realizada a análise da sua eficácia acerca do conhecimento de pacientes, submetidos a cirurgias ortopédicas eletivas, sobre práticas seguras no período perioperatório, por meio de ensaio clínico randomizado.

Ressalta-se que esse estudo será desenvolvido segundo as recomendações do Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT), o qual fornece diretrizes elaboradas a partir de evidências, cuja finalidade é melhorar a qualidade do relatório de ensaios controlados randomizados (ECR) (BOUTRON et al., 2008).

LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa será realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC/UFTM), na cidade de Uberaba-MG, nas enfermarias da Unidade do Sistema Locomotor compreendendo o período pré-operatório.

O HC/UFTM é de alta complexidade, público, geral e de ensino, que atualmente possui 302 leitos ativos, sendo 20 correspondentes às enfermarias do Sistema Locomotor, com atendimento nas especialidades de ortopedia e traumatologia (UFTM, 2019).

POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população estudada será composta por pacientes submetidos às cirurgias ortopédicas eletivas, no HC/UFTM que atenderem aos critérios de inclusão.

O cálculo do tamanho amostral será realizado após a conclusão do estudo piloto em que serão determinados os escores de conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no perioperatório nos dois grupos em comparação. De fato, será considerado um nível de

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

CEP: 38.025-470

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3318-5319

E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

ANEXO 8 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Cont.)

UFTM - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO - HC/UFTM



Continuação do Parecer: 3.946.086

significância de $\alpha=0.05$ e um poder estatístico a ser atingido de 80% ($\beta=0,2$). No estudo piloto serão incluídos 10 indivíduos por grupo, experimental e controle.

Ressalta-se que os participantes do estudo piloto não farão parte do estudo principal.

Critérios de inclusão e exclusão

Serão incluídos pacientes submetidos às cirurgias ortopédicas eletivas, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos e que manifestarem concordância em participar da pesquisa, assinando o TCLE, disposto no apêndice E.

Serão excluídos desta pesquisa os pacientes com diagnóstico de enfermagem, segundo taxonomia da NANDA-International (NANDA-I), de Comunicação Verbal Prejudicada, definida como capacidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e/ou usar um sistema de símbolos. Esse diagnóstico apresenta como principais características definidoras, o déficit visual parcial ou total, desorientação em relação a pessoas, tempo e espaço, dificuldade em manter a comunicação, usar expressões corporais e/ou faciais, dificuldade para compreender a comunicação, dificuldade para expressar pensamentos verbalmente, dificuldade para falar, formar palavras e/ou frases e verbalização inapropriada (DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-I, 2018).

Randomização e mascaramento

Para o processo de alocação aleatória dos sujeitos será empregado um esquema de randomização gerado pelo aplicativo disponibilizado pelo site da web, Randomization.com (<http://www.randomization.com>), de modo a assegurar uma distribuição igual do número de participantes nos grupos de estudo.

Após a randomização, será gerada uma lista, numerada sequencialmente, para alocação dos participantes aos grupos da pesquisa. Além disso, todo processo de randomização será realizado por um estatístico sem envolvimento clínico no estudo.

A pesquisa será conduzida com mascaramento simples, visto que as pesquisadoras que aplicarão o instrumento de coleta de dados serão mascaradas quanto ao grupo de alocação de cada paciente.

Entretanto, não será possível mascarar o participante da pesquisa, considerando que este estará ciente de fazer parte do grupo experimental, por ser submetido à utilização do vídeo educativo.

INTERVENÇÃO

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

CEP: 38.025-470

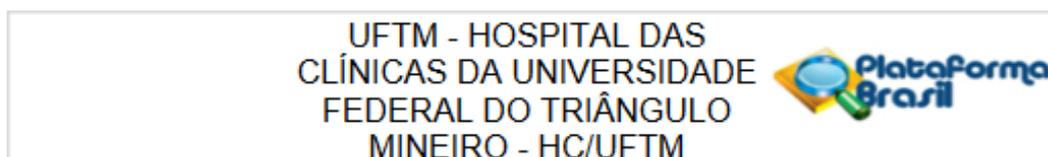
UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3318-5319

E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

ANEXO 8 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Cont.)



Continuação do Parecer: 3.946.086

A intervenção a ser avaliada será a utilização do vídeo educativo sobre práticas seguras no perioperatório, construído e validado para esse fim.

PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS

O estudo apenas se iniciará após registro e autorização junto à Gerência de Ensino e Pesquisa do HC-UFTM (GEP/HC-UFTM) e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC-UFTM (CEP/HC-UFTM).

Serão coletados dados sociodemográficos e clínicos dos participantes, no período pré-operatório, após sua admissão na Unidade do Sistema Locomotor, podendo utilizar o prontuário do paciente como fonte complementar.

O questionário de avaliação do conhecimento do paciente, acerca das práticas seguras no perioperatório, será aplicado, pela primeira vez, após a admissão dos participantes nas enfermarias do Sistema Locomotor para ambos os grupos, experimental e controle.

Em seguida, cada paciente será alocado de acordo com a lista de randomização para o grupo experimental ou controle. Os pacientes do grupo experimental (GE) serão submetidos à intervenção educativa, elaborada na segunda etapa do projeto de pesquisa, por meio do vídeo. A intervenção será realizada na sala de internação, localizada nas dependências do HC/UFTM, no período pré-operatório. O vídeo será transmitido uma única vez, sem interferências das pesquisadoras, considerando que o objetivo da pesquisa é avaliar a eficácia do ensino por meio do vídeo no conhecimento dos pacientes.

Os pacientes do grupo controle (GC) receberão orientações conforme rotina de admissão do paciente no setor, no período pré-operatório, nas enfermarias na Unidade do Sistema Locomotor do HC/UFTM.

Após a transmissão do vídeo ou orientações conforme rotina de admissão do paciente no setor, ambos os grupos responderão novamente ao questionário de avaliação do conhecimento do paciente, acerca das práticas seguras no perioperatório. Ao final os pacientes do grupo experimental receberão orientações padrão equivalentes da rotina do serviço e os pacientes do grupo controle assistirão ao vídeo educativo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão adequados

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

UF: MG

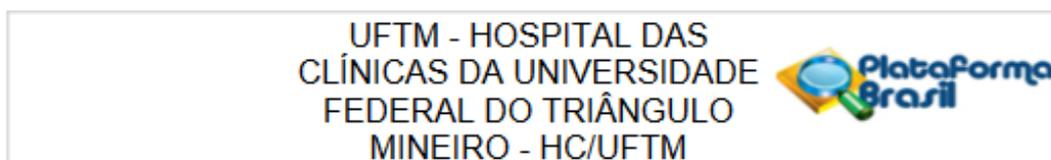
Telefone: (34)3318-5319

Município: UBERABA

CEP: 38.025-470

E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

ANEXO 8 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Cont.)



Continuação do Parecer: 3.946.086

Recomendações:

As recomendações solicitadas foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, o colegiado do CEP-HC/UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, situação definida em reunião do dia 26/03/2020.

O CEP-HC/UFTM não se responsabiliza pela qualidade metodológica dos projetos analisados, mas apenas pelos pontos que influenciam ou interferem no bem-estar dos participantes da pesquisa conforme preconiza as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFTM dá-se em decorrência do atendimento à Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Conforme prevê a legislação, são responsabilidades, indelegáveis e indeclináveis, do pesquisador responsável, dentre outras: comunicar o início da pesquisa ao CEP; elaborar e apresentar os relatórios parciais (semestralmente) e final. Para isso deverá ser utilizada a opção 'notificação' disponível na Plataforma Brasil.

Obs:

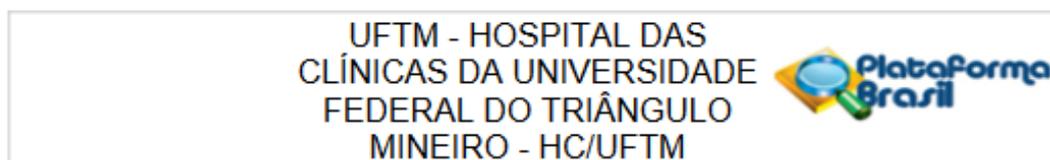
- O acompanhamento dos projetos na Plataforma Brasil é de inteira responsabilidade dos pesquisadores, não podendo ser alegado desconhecimento de pendências como justificativa para não cumprimento de prazos.
- A secretaria do CEP-HC/UFTM está à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre trâmites e funcionalidades da Plataforma Brasil, durante os dias de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 16:00 hrs. Telefone: 34 3318-5319. e-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1485428.pdf	17/03/2020 23:07:51		Aceito
Recurso Anexado	RESPOSTA_RECOMENDACOES_CEP	17/03/2020	Maria Helena	Aceito

Endereço: R. Benjamin Constant, 16
 Bairro: Nossa Srª da Abadia CEP: 38.025-470
 UF: MG Município: UBERABA
 Telefone: (34)3318-5319 E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

ANEXO 8 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Cont.)



Continuação do Parecer: 3.946.086

pelo Pesquisador	pdf	23:06:14	Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PRE_TESTE.docx	17/03/2020 23:05:45	Maria Helena Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_JUIZES_VIDEO.docx	17/03/2020 23:04:48	Maria Helena Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_JUIZES_INSTRUMENTO.docx	17/03/2020 23:03:53	Maria Helena Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_JUIZES_AUDIOVISUAIS.docx	17/03/2020 23:03:43	Maria Helena Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCL_ECR.docx	17/03/2020 23:03:35	Maria Helena Barbosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA_DETALHADO.docx	17/03/2020 23:03:19	Maria Helena Barbosa	Aceito
Outros	CHECKLIST_PROJETO_PESQUISA.pdf	10/12/2019 14:54:00	RAISSA BIANCA LUIZ	Aceito
Outros	CHECKLIST_DOCUMENTAL.pdf	10/12/2019 14:32:47	RAISSA BIANCA LUIZ	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_CURSO_UFTM.pdf	10/12/2019 14:32:19	RAISSA BIANCA LUIZ	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_PESQUISA_DOR.pdf	10/12/2019 14:31:55	RAISSA BIANCA LUIZ	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	10/12/2019 14:30:58	RAISSA BIANCA LUIZ	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_GERENCIA_ENSINO_PESQUISA.pdf	10/12/2019 14:18:02	RAISSA BIANCA LUIZ	Aceito
Outros	TERMO_AUTORIZACAO_SETOR.pdf	10/12/2019 14:14:00	RAISSA BIANCA LUIZ	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	09/12/2019 19:09:33	RAISSA BIANCA LUIZ	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	09/12/2019 19:07:46	RAISSA BIANCA LUIZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: R. Benjamin Constant, 16
Bairro: Nossa Srª da Abadia
UF: MG Município: UBERABA
Telefone: (34)3318-5319

CEP: 38.025-470

E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

Continua...

ANEXO 9 – Registro do Estudo

RBR-8x5mfq Use of educational video to improve patient knowledge of safe care

Date of registration: 11/05/2020 (mm/dd/yyyy)

Last approval date: 11/05/2020 (mm/dd/yyyy)

Study type:

Interventional

Scientific title:

en

Effectiveness of educational video on safe perioperative practices in patients undergoing Orthopedic Surgery: a randomized controlled trial

pt-br

Eficiência de vídeo educativo acerca de práticas seguras no perioperatório em pacientes submetidos à Cirurgias Ortopédicas: ensaio clínico randomizado

Trial identification

- UTN code: U1111-1252-7822
- Public title:

en

Use of educational video to improve patient knowledge of safe care

pt-br

Utilização de vídeo educativo para melhorar o conhecimento do paciente quanto ao cuidado seguro

- Scientific acronym:
- Public acronym:

- **Secondaries identifiers:**
 - 2 27120619.7.0000.8667
Issuing authority: Plataforma Brasil
 - 3.946.086/2020
Issuing authority: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Sponsors

- Primary sponsor: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

- **Secondary sponsor:**
 - Institution: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

- **Supporting source:**
 - Institution: Programa de Pós-Graduação strictu sensu em Atenção à Saúde