



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO PROFISIONAL

Letícia Marie Sakai

**Tecnologias educacionais: simulação clínica como apoio na disseminação da cultura de  
segurança no centro cirúrgico**

Florianópolis

2023

Letícia Marie Sakai

**Tecnologias educacionais: simulação clínica como apoio na disseminação da cultura de segurança no centro cirúrgico**

Dissertação apresentada à banca examinadora como requisito para obtenção do título de Mestre Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem Modalidade Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina.

Linha de pesquisa: Tecnologias em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Neide da Silva Knih.

Florianópolis

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Sakai, Leticia Marie Sakai

Tecnologias educacionais: simulação clínica como apoio na disseminação da cultura de segurança no centro cirúrgico / Leticia Marie Sakai Sakai ; orientadora, Neide da Silva Knihs Knihs, 2023.

297 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Simulação. 3. Cultura Organizacional. 4. Enfermagem Peripoperatória. 5. Segurança do Paciente. I. Knihs, Neide da Silva Knihs. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Letícia Marie Sakai

**Tecnologias educacionais: simulação clínica como apoio na disseminação da cultura de segurança no centro cirúrgico**

O presente trabalho em nível de mestrado será avaliado, em 13 de Abril de 2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Aline Lima Pestana Magalhães  
Avaliadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Patrícia Treviso  
Avaliadora  
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lúcia Nazareth Amarante  
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Neide da Silva Knihš  
Orientadora

Florianópolis, 13 de Abril de 2023.

Esta pesquisa é dedicada à todas as equipes atuantes em saúde no centro cirúrgico e a todos os pacientes, pois é por meio da cultura de segurança, que vamos tornar a assistência ao paciente mais segura.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por me conceder saúde, paciência e sabedoria para trilhar o melhor caminho. Obrigada pela sua presença em minha vida.

Ao meu esposo, **Ricardo**, que me ajudou nos dias difíceis, cuidou de mim e nunca me deixou desistir. Obrigada por compartilhar uma vida comigo, com amor, respeito, apoio e dedicação. Obrigada por me ajudar a conquistar todos os meus sonhos.

Aos meus pais, **Sonia e Juscelino**, que pelo apoio e incentivo nos estudos desde pequena. Obrigada pelas palavras de apoio, por estarem presentes e serem meu porto seguro.

À equipe do centro cirúrgico do **Hospital Jaraguá**, que participaram e contribuíram em todas as etapas da pesquisa, enfermeiras, técnicos de enfermagem, técnicos de radiologia, cirurgiões e anestesistas.

Agradeço à minha **orientadora Professora Doutora Neide da Silva Knih**, por todos os direcionamentos, paciência e empenho nas orientações. Pelo dia em que realizamos as simulações de pré-teste com a equipe do centro cirúrgico, que foi gratificante. Muito obrigada por acreditar em mim e no meu potencial.

Agradeço a todos os meus **colegas do Mestrado**, especialmente, a Ariadne Matzembacher, Juliana Trierveiler e Lorena dos Santos Cardoso cujo apoio e amizade estiveram presentes em todos os momentos.

Aos membros da banca examinadora, **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Aline Lima Pestana Magalhães, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patrícia Treviso, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Keyla Cristiane do Nascimento e Dr.<sup>a</sup> Daniela Couto Carvalho Barra**, que tão gentilmente aceitaram participar e colaborar para o aprimoramento desta dissertação.

Agradeço aos meus **amigos e familiares** que entenderam a minha ausência nos eventos e confraternizações, agradeço pelas mensagens de carinho, apoio e preocupação durante todos estes anos que passei envolvida no mestrado.

Agradeço por conquistar mais este sonho.

## RESUMO

**Objetivo:** Desenvolver e avaliar guias clínicas de simulação com a equipe do ambiente cirúrgico, capazes de apoiar e disseminar a cultura de segurança com base nas necessidades destes profissionais. **Método:** Pesquisa metodológica, desenvolvida por meio das etapas: 1.º revisão de escopo pelo referencial teórico *Joana Briggs Institute Reviewers*; 2.º estudo quantitativo descritivo; 3.º desenvolvimento do *brainwriting*; 4.º construção das guias clínicas por meio do referencial teórico *Nursing Association for Clinical Simulation and Learning*; 5.º uso da técnica *snowball*, utilizada como complemento das guias clínicas; 6.º uso da Escala de Satisfação com as Experiências Clínicas Simuladas e Escala de Autoconfiança na aplicação do teste-piloto. O local da pesquisa foi uma instituição hospitalar de médio porte da região sul do país. Os participantes foram profissionais atuantes na equipe multiprofissional do centro cirúrgico e profissionais com expertises na área de simulação, cultura organizacional, enfermagem perioperatória, segurança do paciente e tecnologia educacional. A análise dos dados ocorreu por meio de testes estatísticos, aproximação das informações por similaridade e formação da nuvem de palavras. **Resultados:** Os resultados serão apresentados no formato de três manuscritos, sendo o primeiro manuscrito: produto da revisão de escopo, na qual foram identificados 16 artigos elegíveis. Em sua maioria os artigos foram publicados em 2018 (n=4; 25%) e 2021 (n=3; 18,7%), com origem nos Estados Unidos (n=5; 31,2%), Holanda (n=3; 18,7%) e Canadá (n=2; 12,5%). As estratégias educacionais com maior destaque foram os treinamentos, seguido dos vídeos e simulações. Segundo manuscrito: mensuração da cultura de segurança e identificação das ideias dos profissionais atuantes no centro cirúrgico capazes de apoiar a disseminação da cultura de segurança. Participaram 89 profissionais atuantes na assistência do centro cirúrgico, sendo equipe de enfermagem (n=44; 44,9%) e equipe médica (n=41; 46,1%). A média de idade foi 37,2 anos. A nota geral para segurança do paciente foi “muito boa” (60,6%). Não foram identificadas dimensões classificadas como fortaleza para a segurança do paciente. As fragilidades encontradas foram: frequência de eventos comunicados, trabalho em equipe, transferências internas e passagem de plantão e resposta não punitiva aos erros. Na nuvem de palavras, as ideias com maior destaque foram relacionadas a pressa em executar as atividades no centro cirúrgico, seguido da falta de comunicação e atitudes ríspidas e impacientes com a equipe assistencial e a necessidade de treinamentos e reuniões focados na temática de segurança do paciente. Terceiro manuscrito: desenvolvimento das guias clínicas de simulação junto a equipe do ambiente cirúrgico, capazes de apoiar a disseminação da cultura de segurança a partir das necessidades destes profissionais. Foram construídas duas guias clínicas na temática das dimensões consideradas frágeis: D9- Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares e D11- Transferências internas e passagens de plantão, além das principais ideias que surgiram no *brainwriting*: “a pressa é a pior”; “falta de comunicação”; “trabalhar a calma com a equipe” e “capacitações frequentes seria o caminho”. Para cada dimensão foi desenvolvida uma guia clínica, baseada em todos os levantamentos das etapas anteriores. As temáticas foram: Gestão de conflitos e trabalho em equipe para a segurança do paciente na transferência do paciente da sala cirúrgica para a sala de recuperação pós anestésica e Assistência da equipe de saúde na transferência do cuidado na sala de recuperação pós anestésica. Cada uma das guias foi construída planejando os objetivos e habilidades direcionadas as necessidades levantadas na primeira etapa conforme referencial teórico. Quanto aos resultados da técnica *snowball*, participaram nove profissionais, sendo oito enfermeiras (88,9%) e um médico (11,1%). Na avaliação da encomenda, a média foi de 1,35, e a mediana em 1 e o desvio padrão 0,25. Já na avaliação da guia completa a média foi 1,34, mediana em 1 e desvio padrão 0,29. No pré-teste, participaram 19 profissionais, a média de idade foi de 30,1 anos, tempo médio de atuação na instituição hospitalar de 59 meses. Na Escala de Satisfação,

a média geral foi de 8,5 e a questão com maior média avaliada foi a satisfação com a discussão pós-cenário (*debriefing*) com 9,5. Na Escala de Autoconfiança a média geral foi de 4,1.

**Considerações finais:** O presente estudo desenvolveu guias clínicas por meio de diferentes etapas metodologicamente desenhadas, as quais foram construídas a partir das necessidades, prioridades e fragilidades apresentadas pela equipe multiprofissional do ambiente cirúrgico. Ainda, essas guias foram criadas considerando cada uma das etapas propostas pelo referencial teórico do *Nursing Association for Clinical Simulation and Learning*. Assim, compreende-se que tais guias estão aptas a serem usadas tanto no ambiente cirúrgico da instituição do referido estudo, bem como em outras instituições.

**Produto da dissertação:** O produto ofertado pela dissertação é composto de duas guias clínicas: 1.<sup>a</sup> Gestão de conflitos e trabalho em equipe para a segurança do paciente na transferência do paciente da sala cirúrgica para a sala de recuperação pós-anestésica, com o objetivo de desenvolver uma simulação clínica capaz de treinar as habilidades na gestão de conflitos e trabalho em equipe com foco na cultura de segurança na transferência da sala cirúrgica para a sala de recuperação pós-anestésica. A 2.<sup>a</sup> Assistência da equipe de saúde na transferência do cuidado na sala de recuperação pós-anestésica. Com o objetivo de oportunizar para a equipe do centro cirúrgico o aprimoramento das competências por meio da simulação clínica na transferência do cuidado na sala de recuperação pós-anestésica. No que se refere as contribuições do referido produto, certamente, podem apoiar enfermeiros gestores do ambiente cirúrgico em capacitações contínuas no sentido de disseminar a cultura de segurança, bem como irá oportunizar que todos os profissionais da equipe multiprofissional participem das simulações e compreendam a cultura de segurança de maneira simples e interativa. Ainda, reitera-se que o referido produto poderá ser utilizado em demais realidades de saúde no ambiente cirúrgico. Esse é um estudo inovador na temática da segurança do paciente, haja vista que traz a proposta de introduzir a simulação como apoio a disseminação da cultura de segurança no centro cirúrgico propondo mudanças na realidade da prática desta equipe. Assim, compreende-se que o impacto será perceptível para toda equipe multiprofissional desta unidade, em razão da simulação permitir discussões e novos aprendizados gerando mudanças de comportamento individuais e coletivas o que objetiva a cultura de segurança.

**Palavras-chave:** Simulação; Cultura Organizacional; Enfermagem Perioperatória; Segurança do Paciente; Tecnologia Educacional.

## ABSTRACT

**Objective:** To develop and evaluate clinical simulation guides with the surgical environment team, capable of supporting and disseminating a safety culture based on the needs of these professionals. **Method:** Methodological research, developed through the steps: 1st scope review by the theoretical reference Joana Briggs Institute Reviewers; 2nd descriptive quantitative study; 3rd development of brainwriting; 4th construction of clinical guides through the Nursing Association for Clinical Simulation and Learning theoretical framework; 5th use of the snowball technique, used as a complement to clinical guidelines; 6th use of the Satisfaction Scale with Simulated Clinical Experiences and the Self-Confidence Scale in the application of the pilot test. The research site was a medium-sized hospital in the southern region of the country. The participants were professionals working in the multidisciplinary team of the surgical center and professionals with expertise in the area of simulation, organizational culture, perioperative nursing, patient safety and educational technology. Data analysis took place through statistical tests, approximation of information by similarity and word cloud formation. **Results:** The results will be presented in the form of three manuscripts, the first manuscript being a product of the scope review, in which 16 eligible articles were identified. Most articles were published in 2018 (n=4; 25%) and 2021 (n=3; 18.7%), originating in the United States (n=5; 31.2%), the Netherlands (n= 3; 18.7%) and Canada (n=2; 12.5%). The most prominent educational strategies were training, followed by videos and simulations. Second manuscript: measuring the safety culture and identifying the ideas of professionals working in the operating room capable of supporting the dissemination of the safety culture. Participants were 89 professionals working in the surgical center, including the nursing team (n=44; 44.9%) and the medical team (n=41; 46.1%). The average age was 37.2 years. The overall score for patient safety was “very good” (60.6%). No dimensions classified as strengths for patient safety were identified. The weaknesses found were: frequency of reported events, teamwork, internal transfers and shift changes, and non-punitive response to errors. In the word cloud, the most prominent ideas were related to the rush to perform activities in the surgical center, followed by the lack of communication and harsh and impatient attitudes towards the care team and the need for training and meetings focused on patient safety. . Third manuscript: development of clinical simulation guides with the surgical environment team, capable of supporting the dissemination of the safety culture based on the needs of these professionals. Two clinical guides were built on the theme of dimensions considered fragile: D9- Teamwork between hospital units and D11- Internal transfers and shift changes, in addition to the main ideas that emerged in the brainwriting: “hurry is the worst”; "lack of communication"; “working calmly with the team” and “frequent training would be the way”. For each dimension, a clinical guide was developed, based on all the surveys of the previous stages. The themes were: Conflict management and teamwork for patient safety in the transfer of the patient from the operating room to the post-anesthesia recovery room and Assistance from the health team in the transfer of care in the post-anesthesia recovery room. Each of the guides was built by planning the objectives and skills directed at the needs raised in the first stage according to the theoretical framework. As for the results of the snowball technique, nine professionals participated, eight nurses (88.9%) and one doctor (11.1%). When evaluating the order, the average was 1.35, the median 1 and the standard deviation 0.25. In the evaluation of the complete guide, the mean was 1.34, median 1 and standard deviation 0.29. In the pre-test, 19 professionals participated, the average age was 30.1 years, average time working in the hospital institution of 59 months. On the Satisfaction Scale, the general average was 8.5 and the issue with the highest average evaluated was satisfaction with the post-scenario discussion (debriefing) with 9.5. On the Self-Confidence Scale, the overall average was 4.1. Final considerations: The present study developed clinical guidelines through

different methodologically designed steps, which were built from the needs, priorities and weaknesses presented by the multidisciplinary team in the surgical environment. Also, these guides were created considering each of the steps proposed by the theoretical framework of the Nursing Association for Clinical Simulation and Learning. Thus, it is understood that such guides are able to be used both in the surgical environment of the institution of the referred study, as well as in other institutions. **Product of the dissertation:** The product offered by the dissertation is composed of two clinical guides: 1. Conflict management and teamwork for patient safety in the transfer of the patient from the operating room to the post-anesthesia recovery room, with the objective of to develop a clinical simulation capable of training skills in conflict management and teamwork with a focus on the safety culture in the transfer from the operating room to the post-anesthesia recovery room. The 2nd Assistance of the health team in the transfer of care in the post-anesthetic recovery room. With the aim of providing opportunities for the surgical center team to improve skills through clinical simulation in the transfer of care in the post-anesthesia recovery room. With regard to the contributions of the aforementioned product, it can certainly support nurses managing the surgical environment in continuous training in order to disseminate the safety culture, as well as providing opportunities for all professionals of the multidisciplinary team to participate in the simulations and understand the culture of safety. security in a simple and interactive way. Still, it is reiterated that the referred product can be used in other health realities in the surgical environment. This is an innovative study on patient safety, given that it proposes introducing simulation as a support for the dissemination of a safety culture in the operating room, proposing changes in the reality of this team's practice. Thus, it is understood that the impact will be noticeable for the entire multidisciplinary team of this unit, because the simulation allows for discussions and new learning, generating changes in individual and collective behavior, which aims at the safety culture.

**Keywords:** Simulation; Organizational Culture; Perioperative Nursing; Patient Safety; Educational technology.

## RESUMEN

**Objetivo:** Desarrollar y evaluar guías de simulación clínica con el equipo del ambiente quirúrgico, capaces de apoyar y difundir una cultura de seguridad basada en las necesidades de estos profesionales. **Método:** Investigación metodológica, desarrollada a través de las etapas: 1° revisión de alcance por el referente teórico Revisores del Instituto Joana Briggs; 2° estudio cuantitativo descriptivo; 3er desarrollo de la escritura cerebral; 4° construcción de guías clínicas a través del marco teórico de la Asociación de Enfermería para la Simulación Clínica y el Aprendizaje; 5° uso de la técnica bola de nieve, utilizada como complemento a las guías clínicas; 6° Uso de la Escala de Satisfacción con Experiencias Clínicas Simuladas y la Escala de Autoconfianza en la aplicación de la prueba piloto. El sitio de investigación fue un hospital de tamaño mediano en la región sur del país. Los participantes fueron profesionales que actúan en el equipo multidisciplinario del centro quirúrgico y profesionales con experiencia en el área de simulación, cultura organizacional, enfermería perioperatoria, seguridad del paciente y tecnología educativa. El análisis de datos se realizó a través de pruebas estadísticas, aproximación de información por similitud y formación de nubes de palabras. **Resultados:** Los resultados se presentarán en forma de tres manuscritos, siendo el primer manuscrito producto de la revisión de alcance, en la que se identificaron 16 artículos elegibles. La mayoría de los artículos se publicaron en 2018 (n=4; 25 %) y 2021 (n=3; 18,7 %), con origen en Estados Unidos (n=5; 31,2 %), Países Bajos (n= 3; 18,7 %) y Canadá (n=2; 12,5%). Las estrategias educativas más destacadas fueron la formación, seguida de vídeos y simulaciones. Segundo manuscrito: medir la cultura de seguridad e identificar las ideas de los profesionales que actúan en el quirófano capaces de apoyar la difusión de la cultura de seguridad. Participaron 89 profesionales que actúan en el centro quirúrgico, entre ellos el equipo de enfermería (n=44; 44,9%) y el equipo médico (n=41; 46,1%). La edad promedio fue de 37,2 años. La valoración global de la seguridad del paciente fue “muy buena” (60,6%). No se identificaron dimensiones clasificadas como fortalezas para la seguridad del paciente. Las debilidades encontradas fueron: frecuencia de eventos reportados, trabajo en equipo, transferencias internas y cambios de turno, y respuesta no punitiva a los errores. En la nube de palabras, las ideas más destacadas estaban relacionadas con la prisa por realizar actividades en el centro quirúrgico, seguidas de la falta de comunicación y actitudes duras e impacientes hacia el equipo de atención y la necesidad de capacitación y reuniones enfocadas en la seguridad del paciente. Tercer manuscrito: desarrollo de guías de simulación clínica con el equipo del ambiente quirúrgico, capaces de apoyar la difusión de la cultura de seguridad a partir de las necesidades de estos profesionales. Se construyeron dos guías clínicas sobre el tema de las dimensiones consideradas frágiles: D9- Trabajo en equipo entre unidades hospitalarias y D11- Traslados internos y cambios de turno, además de las ideas principales que surgieron en el brainwriting: “la prisa es lo peor”; “falta de comunicación”; “trabajar con tranquilidad con el equipo” y “los entrenamientos frecuentes serían el camino”. Para cada dimensión se elaboró una guía clínica, a partir de todas las encuestas de las etapas anteriores. Los temas fueron: Manejo de conflictos y trabajo en equipo para la seguridad del paciente en el traslado del paciente del quirófano a la sala de recuperación postanestésica y Asistencia del equipo de salud en el traslado del cuidado en la sala de recuperación postanestésica. Cada una de las guías se construyó mediante la planificación de los objetivos y competencias dirigidas a las necesidades planteadas en la primera etapa según el marco teórico. En cuanto a los resultados de la técnica bola de nieve, participaron nueve profesionales, ocho enfermeros (88,9%) y un médico (11,1%). Al evaluar el orden, el promedio fue 1.35, la mediana 1 y la desviación estándar 0.25. En la evaluación de la guía completa la media fue 1,34, mediana 1 y desviación estándar 0,29. En el pre-test participaron 19 profesionales, la edad promedio fue de 30,1 años, tiempo promedio de actuación en la institución hospitalaria de 59 meses. En la Escala de Satis-

facción el promedio general fue de 8,5 y el tema con mayor promedio evaluado fue la satisfacción con la discusión post-escenario (debriefing) con 9,5. En la Escala de Autoconfianza, el promedio general fue de 4,1. Consideraciones finales: El presente estudio desarrolló guías clínicas a través de diferentes pasos diseñados metodológicamente, los cuales fueron construidos a partir de las necesidades, prioridades y debilidades presentadas por el equipo multidisciplinario en el ambiente quirúrgico. Asimismo, estas guías fueron creadas considerando cada uno de los pasos propuestos por el marco teórico de la Asociación de Enfermería para la Simulación Clínica y el Aprendizaje. Así, se entiende que tales guías pueden ser utilizadas tanto en el ambiente quirúrgico de la institución del estudio referido, como en otras instituciones. **Producto de la disertación:** El producto que ofrece la disertación está compuesto por dos guías clínicas: 1. Manejo de conflictos y trabajo en equipo para la seguridad del paciente en el traslado del paciente del quirófano a la sala de recuperación postanestésica, con el objetivo de desarrollar una simulación clínica capaz de entrenar habilidades en manejo de conflictos y trabajo en equipo con enfoque en la cultura de seguridad en el traslado del quirófano a la sala de recuperación postanestésica. 2º Asistencia del equipo de salud en el traslado de cuidados en la sala de recuperación postanestésica. Con el objetivo de brindar oportunidades al equipo del centro quirúrgico para mejorar sus habilidades a través de la simulación clínica en la transferencia de cuidados en la sala de recuperación postanestésica. Con respecto a las contribuciones del producto mencionado, ciertamente puede apoyar a las enfermeras que manejan el ambiente quirúrgico en capacitación continua para difundir la cultura de seguridad, además de brindar oportunidades para que todos los profesionales del equipo multidisciplinario participen en los simulacros y comprendan los cultura de seguridad seguridad de una forma sencilla e interactiva. Aún así, se reitera que el referido producto puede ser utilizado en otras realidades de salud en el ámbito quirúrgico. Se trata de un estudio innovador sobre la seguridad del paciente, ya que propone introducir la simulación como soporte para la difusión de una cultura de seguridad en el quirófano, proponiendo cambios en la realidad de la práctica de este equipo. Así, se entiende que el impacto será notorio para todo el equipo multidisciplinario de esta unidad, porque la simulación permite discusiones y nuevos aprendizajes, generando cambios en el comportamiento individual y colectivo, que apunta a la cultura de seguridad.

**Palabras llave:** Simulación; Cultura de la Organización; Enfermería Perioperatoria; del Paciente; Tecnología Educativa.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação cronológica dos marcos relacionados a segurança do paciente.....	30
Figura 2 - Tipologia da cultura de segurança.....	37
Figura 3 - Percurso metodológico.....	57
Figura 4 - Etapas para a construção das guias clínicas.....	97
Figura 5 - Principais resultados obtidos na aplicação do questionário <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> .....	102
Figura 6 - Nuvem de palavras que mais estiveram presentes nos seis temas na técnica <i>brainwriting</i> .....	103
Figura 7 - Gráfico representativo da quantidade de respostas pontuadas pelos <i>experts</i> por escore.....	110

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dez objetivos do Programa Cirurgias Segura Salvam Vidas.....	33
Quadro 2 - Ideias descritas pelos participantes em cada um dos temas propostos na técnica <i>brainwriting</i> .....	83
Quadro 3 - Apresentação sintetizada das guias clínicas.....	104
Quadro 4 - Apresentação do caso clínico, procedimentos, participantes e descrição minuciosa das atividades do ator 1 (síntese das informações da primeira versão das guias clínicas).....	105
Quadro 5 - Apresentação de itens da guia clínica 1: primeira versão, ajuste dos <i>experts</i> e versão final.....	110
Quadro 6 - Apresentação de itens da guia clínica 2: primeira versão, ajuste dos <i>experts</i> e versão final.....	112

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra – Descrição das variáveis categóricas por frequência absoluta e relativa.....	76
Tabela 2 - Caracterização da amostra – Descrição das variáveis quantitativas por média e desvio-padrão, mediana e intervalo interquartilico e por mínimo e máximo.....	77
Tabela 3 - Média entre as dimensões conforme instrumento <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> (HSOPSC).....	78
Tabela 4 - Frequências negativas, nulas e positivas conforme o instrumento <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> (HSOPSC).....	79
Tabela 5 - Comparações das médias ou distribuições da dimensão 9 entre as categorias das variáveis estudadas.....	79
Tabela 6 - Comparações das médias ou distribuições da dimensão 10 entre as categorias das variáveis estudadas.....	80
Tabela 7- Comparações das médias ou distribuições da dimensão 11 entre as categorias das variáveis estudadas.....	81
Tabela 8 - Apresentação dos itens avaliados nas guias clínicas e os escores pontuados pelos expertises.....	107
Tabela 9 - Média, mediana e desvio padrão para cada item avaliado pelos experts.....	109
Tabela 10 - Resultados da Escala de Satisfação com as Experiências Simuladas (ESECS).....	113
Tabela 11 - Resultados da Escala de Autoconfiança com a Aprendizagem .....	115

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACSNI</b>	<i>Advisory Committee on the Safety on Nuclear Installations</i>
<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>AORN</b>	<i>Association of perioperative Registered Nurses</i>
<b>APPMS</b>	Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde
<b>AHRQ</b>	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
<b>ASA</b>	Sociedade Americana de Anestesiologistas
<b>CC</b>	Centro Cirúrgico
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CME</b>	Central de Materiais Estéreis
<b>CSS</b>	<i>Safety Culture Survey and</i>
<b>COVID-19</b>	<i>Corona Virus Disease</i>
<b>ESECS</b>	Escala de Satisfação com as Experiências Clínicas Simuladas
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>HMPS</b>	<i>The Harvard Medical Practice Study</i>
<b>HSOPSC</b>	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
<b>NHS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>NQF</b>	Fórum Nacional de Qualidade
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPME</b>	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
<b>PBL</b>	Ensino Baseado em Problemas
<b>PDCR</b>	Prática Deliberada de Ciclos Rápidos
<b>PNSP</b>	Programa Nacional de Segurança do Paciente
<b>POI</b>	Pós-operatório imediato
<b>SAEP</b>	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
<b>SAQ</b>	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
<b>SAQ/OR</b>	<i>Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room</i>
<b>SOBECC</b>	Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterelização
<b>SRPA</b>	Sala de Recuperação Pós-Anestésica
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
<b>SARS-COV-2</b>	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome- Corona Virus Disease</i>

<b>TBL</b>	<i>Team-Based Learning</i>
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UFSC</b>	Universidade Federal de Santa Catarina
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>26</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	26
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>27</b>
3.1 CENÁRIO DA SEGURANÇA DO PACIENTE.....	27
3.2 SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE CIRÚRGICO .....	33
3.3 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	34
3.4 AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA .....	37
3.5 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE CIRÚRGICO .....	39
3.6 DESAFIOS ENFRENTADOS PELO ENFERMEIRO DIANTE DA DISSEMINAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NO AMBIENTE CIRÚRGICO .....	41
3.7 TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS NA DISSEMINAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NO AMBIENTE CIRÚRGICO .....	43
3.8 CENÁRIO DA SIMULAÇÃO CLÍNICA.....	46
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>50</b>
4.1 PROJETO DE SIMULAÇÃO .....	50
4.2 MÉTODOS DE FACILITAÇÃO.....	52
4.3 SESSÃO <i>DEBRIEFING</i> .....	53
4.4 AVALIAÇÃO DO PARTICIPANTE .....	54
4.5 ASPECTOS REFERENTES À INTEGRIDADE PROFISSIONAL .....	54
<b>5 MÉTODO.....</b>	<b>56</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO .....	56
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	57
5.3 PERCURSO METODOLÓGICO .....	58
5.4 CUIDADOS ÉTICOS .....	66
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>69</b>
6.1 MANUSCRITOS.....	69
<b>6.1.1 Estratégias educacionais capazes de promover a cultura de segurança do paciente no ambiente cirúrgico.....</b>	<b>69</b>
<b>6.1.2 Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: perspectiva da equipe cirúrgica.....</b>	<b>70</b>
<b>6.1.3 Guias clínicas para promoção da cultura de segurança no ambiente cirúrgico.....</b>	<b>94</b>

<b>6.1.4 Produto Final da Dissertação .....</b>	<b>124</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>175</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>191</b>
<b>APÊNDICE A - Protocolo de Revisão de Escopo .....</b>	<b>191</b>
<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (I) para Questionário HSOPSC + <i>Brainwriting</i>.....</b>	<b>196</b>
<b>APÊNDICE C - Instrumento para realização do <i>brainwriting</i> .....</b>	<b>199</b>
<b>APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (II) para avaliação das guias clínicas.....</b>	<b>200</b>
<b>APÊNDICE E - Quadro avaliativo para encomenda 1 .....</b>	<b>203</b>
<b>APÊNDICE F - Quadro avaliativo para encomenda 2 .....</b>	<b>205</b>
<b>APÊNDICE G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (III) para participação da simulação .....</b>	<b>207</b>
<b>APÊNDICE H - Guias clínicas 1ª versão.....</b>	<b>210</b>
<b>APÊNDICE I - Guias clínicas com ajustes pelos expertises e pesquisadora após o pré-teste .....</b>	<b>245</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>283</b>
<b>ANEXO A - Questionário <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> (HSOPSC) – Pesquisa sobre segurança do paciente em hospitais .....</b>	<b>283</b>
<b>ANEXO B - Guia clínica-projeto de simulação (encomenda e estação simulada) .....</b>	<b>287</b>
<b>ANEXO C - Escala de Satisfação com as Experiências Clínicas Simuladas (ESECS) ..</b>	<b>291</b>
<b>ANEXO D - Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança com a Aprendizagem .....</b>	<b>293</b>
<b>ANEXO E - Carta de Anuência.....</b>	<b>295</b>
<b>ANEXO F - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e de Pesquisa .....</b>	<b>296</b>
<b>ANEXO G - Comprovante de submissão do manuscrito à Revista Anna Nery .....</b>	<b>297</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A cultura de segurança foi citada pela primeira vez pelo *Advisory Committee on the Safety on Nuclear Installations* (ACSNI) após o acidente na usina nuclear de *Chernobyl* na Ucrânia na década de 1980. Essa discussão surge com base na identificação e posterior análise dos erros nesta área, os quais possibilitaram conceituar a cultura de segurança (INSAG, 1986).

Tal discussão foi ampliada, em especial, na área da saúde, há pouco menos de uma década, quando o *Institute of Medicine* (atualmente *National Academy of Medicine*) lançou conteúdos em toda a indústria sobre a segurança do paciente com seu relatório de 1999, *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Neste relatório é enfatizada a cultura de segurança do paciente (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Desde então, a cultura de segurança vem sendo discutida e aprimorada por autoridades de saúde, além de ser disseminada nas instituições hospitalares em todo o território mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) em parceria com as demais organizações mundiais ressalta a necessidade e a importância da disseminação da cultura de segurança nas instituições de saúde, com foco na discussão para buscar soluções no cenário da segurança do paciente (IBES, 2020).

Nesta perspectiva, a cultura de segurança é definida pelos valores, crenças, normas e procedimentos relacionados com a segurança do paciente, compartilhados entre os membros de uma organização, unidade de saúde e equipe. Ela influencia o comportamento dos profissionais no dia a dia do trabalho, moldando as percepções da equipe sobre atitudes adequadas relacionadas com a segurança do paciente, além de motivar os profissionais para se envolverem em comportamentos seguros na prática diária (GUTIERRES *et al.*, 2020).

O conceito de cultura de segurança é bastante amplo, haja vista que a discussão acerca desta temática teve início em organizações de alta confiabilidade (indústria química, nuclear e da aviação), as quais buscam constantemente amenizar riscos e eventos adversos. Tais instituições precisam manter o compromisso com a segurança em todos os níveis, desde profissionais de linha de frente aos gerentes e executivos (IBES, 2017; IBES, 2020).

Com isto, compreende-se que a cultura de segurança é resultante das atitudes, valores, competências e percepções, individuais ou do grupo, que determinam os padrões de comportamento para o gerenciamento da segurança em cada instituição. Como componentes principais, tem os seguintes propósitos: estabelecer confiança; promover responsabilização; identificar condições inseguras; fortalecer os sistemas e avaliar a melhoria contínua nos

aspectos de segurança (IBES, 2017; GUTIERRES *et al.*, 2020). Neste sentido, ao disseminar os componentes da cultura de segurança nos ambientes de saúde, instituiu-se o compromisso de fornecer o atendimento mais seguro possível aos pacientes usuários do sistema de saúde (PATIENT SAFETY MOVEMENT, 2020).

Diante do cenário de mudanças e melhorias possibilitadas pela cultura de segurança com a proposta de abranger a segurança do paciente, há uma busca exaustiva no sentido de mensurar e avaliar a cultura de segurança nos ambientes de saúde. Atualmente, há vários instrumentos validados para essa finalidade, tais como: O *Safety Culture Survey* (CSS) e o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), *Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room* (SAQ/OR) e *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Por meio desses instrumentos, estudos nacionais e internacionais mensuraram a cultura de segurança nos diferentes ambientes de saúde. Como resultados, muitos estudos citam como variáveis negativas a “resposta não punitiva aos erros”, o que, conseqüentemente, gera baixa notificação dos eventos adversos (GALVÃO *et al.*, 2018; MAYA e MARÍN, 2020; ALQUWEZ, 2018; SILVA, *et al.*, 2020b; ABREU *et al.*, 2019; CRUZ *et al.*, 2018; SANCHIS *et al.*, 2020; COSTA *et al.*, 2018; ROCHA, 2021).

Vale salientar que para a efetiva implantação de uma cultura de segurança na instituição, deve-se contemplar e envolver os serviços de apoio, assistencial, até a direção técnica e administrativa. Também é papel da instituição hospitalar a criação de estruturas de suporte a estes profissionais, proporcionando discussão sobre tais questões com clareza, sem julgamento e sem punição (TARTAGLIA, MATOS., 2020). Muitas vezes, os gestores sabem, inclusive, da importância de estimular uma cultura não punitiva, porém, reagem aos eventos utilizando medidas punitivas, possivelmente pelo despreparo em face da situação ou da própria inexperiência (FORTE *et al.*, 2018; FURINI, NUNES, DALLORA, 2019; LEMOS *et al.*, 2018).

Estudos apontam a necessidade ímpar de promover mudanças para disseminar a cultura de segurança no cotidiano da prática em saúde, pois, diariamente ocorrem erros e eventos adversos, os quais podem provocar o surgimento de sérias lesões no organismo do paciente e do próprio profissional de saúde (BRANDÃO, BRITO e BARROS, 2018; BEZERRA, 2018; FORTE *et al.*, 2018; FURINI, NUNES, DALLORA, 2019).

Deste modo, faz-se imprescindível disseminar a cultura de segurança nos ambientes de saúde, em especial, no centro cirúrgico, em razão da gravidade e da letalidade que tais eventos adversos podem ocasionar na vida dos pacientes. Destaca-se que muitos desses eventos adversos podem ser minimizados e evitáveis, em especial, quando há quebra de paradigmas

entre profissionais da saúde, paciente e família. Com isto, para ocorrer a mudança na prática, faz-se necessário que todos os cenários e profissionais que atuam de maneira direta e indireta na assistência dos pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos estejam envolvidos (DHAWAN *et al.*, 2017; ARAÚJO; CARVALHO, 2018; COSTA *et al.*, 2018; BATISTA *et al.*, 2019a; SANTOS *et al.*, 2021).

Autores pontuam que uma das estratégias para mudar essa realidade no centro cirúrgico, da mesma maneira, como nas demais unidades, envolve as notificações dos eventos adversos, aliadas à capacitação no sentido de aprimorar competências. Tais ações proporcionam a análise dos incidentes, causas e implantação de melhorias para minimizar os erros preveníveis, além de fortalecer o aprendizado e a reflexão da equipe para possíveis erros que podem ser evitáveis (MAIA *et al.*, 2018; MORAES, AGUIAR, 2020).

No cenário de avaliação da cultura de segurança no centro cirúrgico, estudos mostram que se têm como pontos fortes: satisfação do trabalho, percepção do estresse, aprendizado organizacional, melhoria contínua e o clima de trabalho em equipe; e como pontos negativos, a falta de abertura para comunicação, dificuldade de comunicação entre gestores e equipe e cultura punitiva (ALQUWEZ, 2018; LOURENÇÃO; TRONCHIN, 2018; GALVÃO *et al.*, 2018; BOHOMOL, MELO, 2019; LOPEZ, *et al.*, 2020; MAYA; MARÍN, 2020).

O enfermeiro, como gestor do ambiente cirúrgico, além de atuar na administração desse espaço, está envolvido direta e indiretamente na assistência ao paciente. Desta forma, este se vê ante a necessidade de tomar decisões rápidas e efetivas no sentido de propor melhorias e estratégias que tenham impacto sobre a melhor adesão à cultura de segurança, e, ainda, assegurar que os objetivos da OMS sejam implantados no contexto cirúrgico.

Este profissional enfrenta dificuldades na gestão da segurança do paciente no quesito suporte organizacional, que envolve a alta rotatividade de profissionais e os problemas interpessoais (comunicação e trabalho em equipe), além das dificuldades no envolvimento da equipe para a realização das metas propostas pela OMS (SILLERO, ZABALEGUI, 2019; GUTIERRES *et al.*, 2020). Ele, ainda, precisa gerenciar e coordenar todo o dimensionamento das equipes com eficácia e segurança, disseminar a cultura de segurança não punitiva e de aprendizado organizacional, aplicar recomendações de boas práticas de segurança do paciente por meio do envolvimento da equipe multiprofissional e dos gestores da instituição.

Neste sentido, é capaz de obter uma melhora na cultura de segurança do paciente; utilização do *checklist* de cirurgia segura; comunicação interpessoal efetiva; ampliação da atuação do enfermeiro; disponibilidade de recursos materiais e humanos; busca de atualização

contínua e o desenvolvimento de ações de educação continuada (GUTIERRES *et al.*, 2018b; SANCHIS *et al.*, 2020).

Desta forma, no dia a dia do centro cirúrgico percebo que há inúmeros fatores que interferem e dificultam na promoção da segurança do paciente cirúrgico. Desde problemas com comunicação devido ao número elevado de profissionais que trabalham no setor, ruídos de telefone, equipamentos e conversas. Percebo que quanto maior o número de pessoas trabalhando na sala cirúrgica, maior a quantidade de informações solicitadas, dúvidas e distrações com conversas paralelas que desviam o foco de atenção. Noto, ainda, que a equipe externa é outro fator relevante a ser considerado, sendo os representantes, instrumentadores externos, os quais desconhecem os protocolos e rotinas da instituição, relacionados com a segurança do paciente.

Como enfermeira atuante no centro cirúrgico, percebo o quanto a influência do líder pode ser benéfica na segurança do paciente. Conforme apresenta a literatura, a maior parte dos estudos descreve que os líderes devem pensar continuamente na segurança do paciente, e até mesmo antes do que diz respeito às metas financeiras (ARBOIT *et al.*, 2020; MADALOZZO *et al.*, 2021). No dia a dia da prática no ambiente cirúrgico identifiquei alto índice de rotatividade dos profissionais no ambiente cirúrgico. Além desta particularidade, tem-se os profissionais com maior tempo de atuação, os quais são resistentes às mudanças e à introdução de novas rotinas e protocolos. Observo, ainda, pouco interesse da parte desses profissionais em usar rotinas e ferramentas já implementadas para a segurança do paciente. Um dos exemplos é o uso do *Checklist* cirurgia segura, para o qual há baixa adesão ao uso e, nos casos em que são usados, depara-se com inconsistência e erros. Outro exemplo é a baixa adesão à notificação de eventos adversos.

Diante deste cenário, certamente, o uso das tecnologias educacionais para disseminar a cultura de segurança no ambiente cirúrgico se torna um caminho necessário a ser percorrido pelos enfermeiros que desenvolvem a gestão deste setor. Por meio dessas tecnologias, é possível envolver a equipe multiprofissional nas capacitações, as quais podem apoiar a cultura e a necessidade de adaptar-se às novas mudanças e melhorias neste ambiente.

Vale salientar, que as tecnologias educacionais têm proporcionado suporte importante aos profissionais enfermeiros na promoção da educação continuada e melhores práticas por meio do desempenho das competências da equipe gerenciada, em especial, no centro cirúrgico. Como exemplo destas metodologias, têm-se as simulações realísticas, estudos de caso, sala de aula invertida e *brainstormings* ou o Ensino Baseado em Problemas (PBL), Aprendizagem

Baseada em Equipes ou a Problematização e Aprendizagem Baseada em Projetos (COSTA, *et al.*, 2020; WEAVER, 2013; SANTOS, BONATO e SILVA., 2020; CONDRON, 2018).

O uso das metodologias ativas para disseminar a segurança do paciente tem sido apresentado por diferentes estudos, seja com o uso da simulação clínica, seja com o *Team-Based Learning* (TBL), vídeos, games, discussão e casos clínicos, júri simulado, discussão de situação-problema e *blitz* setoriais, materiais digitais, entre outros. Estas metodologias proporcionam a formação de pessoas por competências legítimas, com crescimento pessoal, institucional e profissional no cenário da cultura de segurança (BERETA-VILELA *et al.*, 2020; COSTA, 2021; ALMEIDA, 2019; SILVA, 2021a).

Salienta-se que a simulação é uma tecnologia educacional capaz de replicar a prática clínica e favorecer o aprendizado aos profissionais da área da saúde, agregando conhecimento em habilidades técnicas e não técnicas (cognitiva, sociais e pessoais) (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2020). É considerada uma metodologia promissora para ser utilizada na educação permanente no ambiente hospitalar (CORRÊA, *et al.*, 2021).

Estudos utilizando a simulação em ambiente cirúrgico trabalham em diferentes práticas, desde os cuidados pré-operatórios (TOMAZ *et al.*, 2019), conferência das etapas da lista de verificação de cirurgia segura até protocolos de identificação do paciente (MONAHAN, 2018; JOWSEY *et al.*, 2019) e, ainda, práticas envolvendo o transoperatório (PEDRADA *et al.*, 2021). E, além de abordarem os quesitos técnicos, também se têm as simulações que focam na parte comportamental, utilizando da técnica/ferramenta eficaz para disseminar a cultura de segurança no ambiente cirúrgico (MONAHAN, 2018; JOWSEY *et al.*, 2019).

Diante da relevância em discutir as tecnologias educacionais na área da saúde, vale salientar que a Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS), apresenta como uma das temáticas, o eixo quatro, o qual propõem desenvolvimento de tecnologias e inovação em saúde, tendo como subtópico: Mapeamento e desenvolvimento de modelos de gestão de tecnologias em saúde para estabelecimentos assistenciais de saúde, na qual encaixa-se a temática deste estudo (BRASIL, 2018).

Junto a isso, ressalta-se que a cultura de segurança está descrita no plano de ação global para a segurança do paciente proposto pela OMS para os anos de 2021 a 2030. Tendo como um dos princípios norteadores: implementar a cultura de segurança no desenvolvimento e prestação de cuidados de saúde (OMS, 2021). Assim, compreende-se que a referida temática tem necessidade iminente de ser trabalhada e discutida, como uma proposta forte a favor da segurança do paciente.

Nesta perspectiva de fortalecer a cultura de segurança no centro cirúrgico, as diretrizes da Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterelização (SOBECC) apresentam exigências para a segurança do paciente cirúrgico que envolvem: recursos cirúrgicos e ambientais; prevenção de infecção do sítio cirúrgico; anestesiologia segura; equipes cirúrgicas eficientes e mensuração da assistência cirúrgica. Recomendam fortemente a adoção de todos os passos/etapas, avaliação das medidas e indicadores assistenciais de acordo com as realidades de cada paciente e procedimento (SOBECC, 2021).

Sendo assim, considerando a necessidade de disseminar a cultura de segurança do ambiente onde atuo como enfermeira, a referida pesquisa traz como questão norteadora: Quais conteúdos são capazes de compor guias clínicas de simulação para apoiar a disseminação da cultura de segurança no centro cirúrgico?

A opção por essa tecnologia educacional está pautada no fato de possibilitar o aprimoramento das competências no cenário cirúrgico, além de favorecer que o profissional possa emergir em ambientes quase reais e compreender os pontos a serem melhorados (ERLINGER; BARTLETT; PEREZ, 2019; KALDHEIM *et al.*, 2019).

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Desenvolver e validar guias clínicas de simulação com a equipe do ambiente cirúrgico, capazes de apoiar e disseminar a cultura de segurança com base nas necessidades destes profissionais.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Mapear estratégias capazes de promover a cultura de segurança do paciente no ambiente cirúrgico;
- b) Mensurar a cultura de segurança por meio do instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC);
- c) Identificar ideias com o auxílio de profissionais do ambiente cirúrgico capazes de auxiliar na disseminação da cultura de segurança;
- d) Validar guias clínicas com a participação de profissionais com expertise na temática.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

O objeto do presente estudo foi alicerçado em uma revisão narrativa, cujo propósito é conceituar e discutir os principais tópicos relacionados a cultura de segurança no ambiente cirúrgico.

Os tópicos apresentados e discutidos nesta revisão estão ancorados nos seguintes temas: cenário da segurança do paciente; segurança do paciente no ambiente cirúrgico; cultura de segurança do paciente; avaliação da cultura de segurança; desafios enfrentados pelo enfermeiro diante da disseminação da cultura de segurança no ambiente cirúrgico; tecnologias educacionais na disseminação da cultura de segurança no ambiente cirúrgico; cenário da simulação clínica.

#### 3.1 CENÁRIO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente já foi discutida há muitos anos por Florence Nightingale (1820-1910). Haja vista que no século XIX, esta enfermeira, precursora da enfermagem, trouxe descobertas importantes que chegaram a revolucionar a assistência prestada na época. Durante a guerra da Crimeia, Florence gerenciou um grupo de enfermeiras em hospitais de campanha e percebeu que as condições de higiene no cuidado ao paciente e nos setores de apoio aos soldados eram precárias. Como estratégias de cuidado foram introduzidas medidas simples de higiene e reorganização estrutural, que influenciou diretamente a melhoria da segurança do paciente (COSTA *et al.*, 2009).

Em 1980, foi divulgado o primeiro estudo sobre os problemas com pacientes internados no estado de Nova Iorque, denominado de *The Harvard Medical Practice Study* (HMPS) (O Estudo da Prática Médica de Harvard) que avaliou 30 mil prontuários clínicos de pacientes internados em 51 hospitais. Os resultados apresentam incidência de pacientes com eventos adversos causados pela assistência em saúde, os quais geraram incapacidades permanente, e até mesmo a morte (LEAPE *et al.*, 1991).

A partir deste estudo, outras pesquisas foram desenvolvidas, avaliando as internações e ocorrência de eventos adversos em razão de pesquisadores e autoridades de saúde, entenderem que os incidentes devem ser analisados por meio de uma visão sistêmica, observando qual a ocorrência dos eventos adversos e priorização de ações para evitá-los. Tais estudos despertaram em autoridades de saúde do mundo todo a necessidade de criar estratégias capazes de impactar diretamente neste problema. Assim, em 2004, a OMS criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o objetivo de dedicar atenção e esforços à segurança do paciente e despertar

a consciência profissional e o comprometimento das autoridades para apoiar as entidades públicas no desenvolvimento de boas práticas assistenciais (OMS, 2004).

Outro marco importante na segurança do paciente no século XX foi a produção do livro *“To err is human: building a safer health system”* (Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), publicado pelos Estados Unidos, o qual apresentou que os erros relacionados a saúde correspondiam a cem mil óbitos anualmente no país. Este livro demonstrou um marco para o sistema de saúde pois, proporcionou identificar números, e casos até antes, pouco discutidos. Apresenta exemplos de casos relacionados à equipe médica e de saúde em geral, aborda, também, uma agenda nacional e estadual das ações pontuais para reduzir os erros médicos e melhorar a segurança do paciente através de um projeto para que o sistema de saúde seja mais seguro. Um dos pontos importantes deste livro foi apresentar que a maioria dos erros não era resultante de imprudência individual ou ações de um determinado grupo, mas, sim, que estes erros eram causados por processos e sistemas inadequados, os quais induziam as pessoas a cometer erros (IOM, 2001).

Deste relatório, algumas estratégias como as alterações de cultura das organizações de saúde em relação à culpabilização do indivíduo para a aprendizagem por meio dos erros foram elencadas como prioridade e foram disseminadas em todos os territórios do mundo (IOM, 2001).

O primeiro desafio global (2005-2006) para a segurança do paciente foi “uma assistência limpa é uma assistência mais segura”, com o intuito de sensibilizar os profissionais da saúde para a adesão as medidas de prevenção da infecção, sendo elas: higienização das mãos; procedimentos clínicos e cirúrgicos seguros; segurança dos hemocomponentes; administração segura de injetáveis e imunobiológicos; e segurança da água (saneamento e destino dos resíduos).

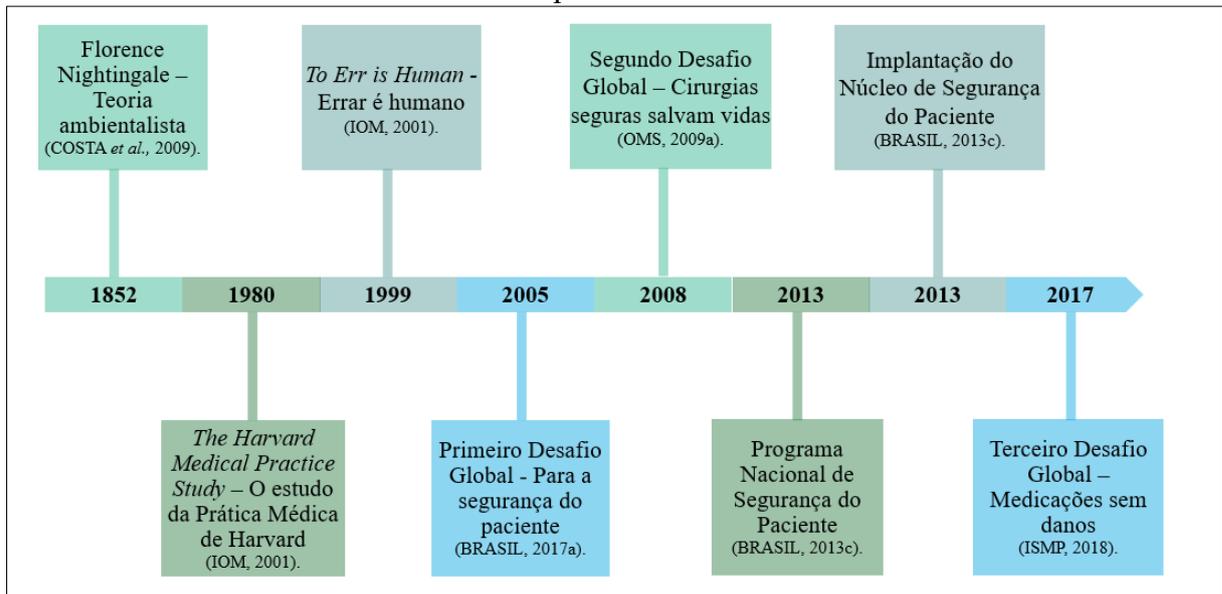
O segundo desafio global (2007 – 2008) foi direcionado para “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” com a divulgação de materiais, tais como, as listas de verificações antes de cada procedimento cirúrgico, ações para a prevenção de infecções de sítio cirúrgico, anestesia segura, equipe cirúrgica segura e os indicadores da assistência cirúrgica (OMS, 2009a).

O terceiro desafio global foi lançado em 2017 com a temática “Medicação sem Danos”, com a meta de reduzir em 50% os danos graves e evitáveis relacionado aos medicamentos pelos próximos cinco anos. Trabalhando, principalmente, nas etapas da medicação desde a prescrição, distribuição, administração, monitoramento à utilização. Com foco em quatro áreas: pacientes, profissionais de saúde, sistemas e técnicas para medicação e os medicamentos (ISMP, 2018).

Dentre estas temáticas, propostas pelos três desafios globais, diferentes ações foram realizadas para estimular a sua implementação, desde a criação de material educativo, que incluíram: cartazes, vídeos, banner, campanhas educativas, gincanas institucionais, palestras, simulações, teatros, entre outras atividades.

Ainda, em 2005, a aliança mundial à saúde identificou seis áreas de atuação, para o desenvolvimento de soluções para a segurança do paciente (OMS, 2005). Estas seis áreas envolvem: 1.<sup>a</sup> meta: Identificar os pacientes corretamente, considerando que os dispositivos como pulseira de identificação, placa de identificação à beira do leito e checagem a cada procedimento e/ou intervenção são medidas para evitar a troca de pacientes. 2.<sup>a</sup> meta: melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais da assistência, pois os erros de comunicação podem causar danos irreparáveis aos pacientes. Exercícios guiados com psicólogos para direcionar a comunicação não violenta, associados a escuta ativa são ferramentas favoráveis para esta meta. 3.<sup>a</sup> meta: melhorar a segurança de medicações de alta vigilância, principalmente, psicotrópicos e quimioterápicos. As prescrições e checagem eletrônicas avançam neste caminho de prevenção dos eventos associados aos medicamentos. A penúltima meta, 5.<sup>a</sup>, consiste em reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados em saúde, que, em sua maioria, são decorrentes da falta de higiene das mãos. E, como última meta, 6.<sup>a</sup>, reduzir o risco de lesão aos pacientes, provocadas pelas quedas. Este evento é totalmente prevenível, uma vez que se deve avaliar o risco de queda em cada paciente, principalmente, naqueles que fazem uso de medicamentos que alteram o equilíbrio ou a consciência (OMS, 2004; OMS 2009b; OMS, 2017). A Figura 1 representa em ordem cronológica os principais marcos históricos da segurança do paciente.

Figura 1 – Representação cronológica dos marcos relacionados à segurança do paciente.



Fonte de dados: NASCIMENTO e DRAGANOV, 2015 (adaptada).

Seguindo a premissa de pôr em prática as metas da OMS, em 2006, o Brasil por meio do Ministério da Saúde desenvolveu um livro sobre o primeiro desafio global para Segurança do Paciente, intitulado “uma assistência limpa é uma assistência segura”, o qual aborda ações de notificação dos eventos adversos e inclusão do tema segurança do paciente para discussão no ensino em diferentes áreas da graduação (BRASIL, 2017a). Esta assistência limpa é centrada na prevenção de infecções tornou obrigatória através da RDC n.º42, de 25 de outubro de 2010, a qual assegura a disponibilização de álcool para as mãos pelos serviços de saúde do Brasil, oportunizando a higiene das mãos nos cinco momentos preconizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2010).

Já em 2011, a Resolução publicada por meio da RDC n.º 63 de 25 de novembro de 2011 apresenta requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde, na qual traz como enfoque a segurança e proteção do trabalhador, gestão de tecnologias e processos, prontuário do paciente e condições organizacionais para o funcionamento das instituições de saúde (BRASIL, 2011). Dois anos após, por meio da RDC n.º 36 de 25 de julho de 2013, ficam instituídas ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde através da criação do Núcleo de Segurança do Paciente (PNSP), planos de segurança do paciente e monitoramento das notificações e eventos adversos (BRASIL, 2013c). O PNSP instituiu a obrigatoriedade de todos os hospitais do país, quer sejam privados, quer sejam públicos, a implementação deste núcleo. Este núcleo, também, é responsável por realizar e acompanhar o uso dos protocolos de segurança do paciente previamente estipulados pela instituição (BRASIL, 2013b). A aprovação

destes protocolos ocorreu por meio da Portaria n. ° 1.377 de 9 julho de 2013, para instruir as ações de segurança nos serviços de saúde em caráter nacional (BRASIL, 2013b).

Outras propostas para incentivar e proporcionar subsídios para trabalhar com a segurança do paciente em instituições hospitalares foram surgindo ao longo dos anos. Porém, estudos atuais, ainda, apresentam altos índices de eventos adversos no Brasil e no mundo, com baixa adesão às estratégias que promovem a segurança do paciente publicadas por autoridades de saúde. Pela percepção dos enfermeiros, as principais dificuldades para a implantação destas estratégias de segurança do paciente apresentam o dimensionamento do pessoal inadequado, falha no apoio da alta direção em relação às práticas seguras, como falta de estímulo e poucas estratégias para promover a segurança do paciente (REIS *et al.*, 2019).

Como a segurança não é algo fixo, mas, sim, moldável, considera-se que constantemente, sejam necessários esforços de todos os envolvidos no cenário da saúde para promover e efetivar a segurança do paciente. O estudo realizado por Pinto e Santos (2020) observou que a falta de aperfeiçoamento no processo de comunicação e dificuldade na implantação da cultura organizacional compromete o cuidado, caso este não seja realizado com qualidade. Ainda, há fragilidades dos profissionais da prática para criar o PNSP, o que torna as mudanças lentas e empobrecidas nas unidades de saúde (PRATES *et al.*, 2019).

Tal realidade impacta diretamente em erros e evento adversos com maior proporção, conforme dados de 2014 a 2018, em relação ao uso de medicamentos (50,8%), queda do paciente (7,5%) e infecções relacionadas a assistência à saúde (7,2%). Eventos adversos que envolvem diretamente o paciente cirúrgico foram relatados em até 36,8% das internações hospitalares. Comunicar os erros e relatá-los são essenciais para o aprendizado dentro da instituição (WACKER, KOLBE 2016; VILLAR, MARTINS e RABELLO, 2021).

Walton *et al.*, (2017) em um estudo australiano, avaliou em uma amostra aleatória de 18.993 participantes que foram hospitalizados nos últimos seis meses, identificando qual a percepção dos pacientes em relação à experiência do período de internação. Demonstrou que 7% dos participantes relataram ter sofrido um evento adverso, durante o seu período de internação, em sua maioria, com efeitos graves ou moderados.

Além da percepção dos pacientes existe todo o estresse envolvido quando ocorre um evento adverso e, também, suas consequências com os danos causados por estas falhas. Como no estudo realizado na Noruega, com pacientes que sofreram algum evento adverso durante seu período de hospitalização em diferentes estágios de tratamento contra o câncer. Alguns pacientes tiveram atraso no diagnóstico médico ou diagnóstico errado devido a falhas nas análises dos exames. Estes erros geraram aumento na disseminação do câncer, complicações

no tratamento e estresse mental nos pacientes, além de extrema insatisfação no atendimento, pois sentiram que a sua saúde não foi valorizada (HAGNSEN *et al.*, 2018).

Também existem os estudos que apresentam índices de avaliação da incidência e evitabilidade dos eventos adversos no ambiente hospitalar. Estudo de Zanetti *et al.*, (2020) realizado através de pesquisas em países europeus, da América do Sul e países asiáticos, evidenciaram que as taxas de incidência de eventos adversos evitáveis variam de 5,7 a 14,2% e de 31 a 83% respectivamente. Observa-se divergência entre os valores, devido às diferentes realidades estudadas em relação à estrutura, informação e, principalmente, às notificações realizadas.

Ainda, sobre as taxas de ocorrência dos eventos adversos e complicações, o estudo realizado, em Taiwan, identificou que a taxa de erros e incidência foi de 2% e 15% respectivamente. Referentes aos pacientes que estavam internados, 93,3% dos eventos eram evitáveis e 20% causaram morte e 60% danos incapacitantes e lesões físicas graves. As causas dos eventos adversos foram problemas com diagnóstico 53,3%, seguidos dos problemas de gerenciamento 40% e eventos relacionados aos medicamentos 6,7% (ZHANG *et al.*, 2017).

No Brasil, a ANVISA divulgou recentemente os resultados das notificações realizadas no Notivisa-Santa Catarina, explicando que as falhas durante a assistência à saúde ocasionaram 23 óbitos, seguidos de broncoaspiração com cinco óbitos e queda do paciente com quatro óbitos. Foram identificados outros tipos de eventos adversos, com melhores índices de óbito. O grau de dano por tipo de serviço de saúde apresentou que o hospital é o maior local dos eventos, independentemente da gravidade deles (BRASIL, 2021).

Os dados apresentados como “*never events*” notificados em Santa Catarina em 2021, apresentaram quatro retenções não intencionais de corpo estranho em um paciente após a cirurgia; um óbito intraoperatório ou imediatamente pós-operatório/pós-procedimento em paciente ASA (Sociedade Americana de Anestesiologistas) Classe 1; e um Procedimento cirúrgico realizado no lado errado do corpo (ANVISA, 2021). Considerando que os eventos denominados “*never events*” são erros que nunca deveriam acontecer durante o tratamento em saúde, pois constituem os eventos graves, amplamente evitáveis e de preocupação para a comunidade e os prestadores de serviços de saúde.

Dentre todas as taxas apresentadas, os estudos avaliando o impacto dos eventos adversos reforçam que o conhecimento desta situação e a importância do trabalho contínuo para a prevenção dos eventos colaboram para a segurança do paciente.

### 3.2 SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE CIRÚRGICO

No sentido de aprimorar a assistência ao paciente no centro cirúrgico, foi lançado no ano de 2007-2008 o desafio global com o tema “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, visando diminuir a morbimortalidade decorrentes dos procedimentos cirúrgicos, além disso, buscou-se a melhoria da assistência à saúde determinando boas práticas para a cirurgia segura (OMS, 2009b; BRASIL, 2017b).

O relatório da Organização Mundial da Saúde (2009b) apresenta os dez objetivos essenciais para a cirurgia segura, em busca de evitar complicações desnecessárias, explicadas no quadro 1.

Quadro 1 – Dez objetivos do Programa Cirurgia Seguras Salvam Vidas (OMS, 2009b).

1. A equipe operará o paciente certo e o local cirúrgico certo.
2. A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor.
3. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida.
4. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas.
5. A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente.
6. A equipe usará de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico.
7. A equipe impedirá a retenção indevida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas.
8. A equipe manterá seguros e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos.
9. A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação.
10. Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos.

Fonte de dados: OMS, 2009b.

Vale salientar que dentre as instalações hospitalares, o centro cirúrgico é o setor com maior número de eventos adversos, os quais podem ser leves, graves ou gravíssimos. Além disso, é o local com maior exposição da segurança do paciente, pois, neste setor, em especial, pelo parque tecnológico complexo, elevam-se os riscos de danos aos pacientes (BATISTA *et al.*, 2019b; BRASIL, 2013c). A complexidade do ambiente cirúrgico proporciona um local de trabalho tenso com diversas responsabilidades e com vários momentos em que podem ocorrer eventos adversos. Ante este panorama, há necessidade constante de treinamentos que ofereçam

segurança no atendimento, além de subsídios para fortalecer a cultura de segurança da instituição.

A equipe cirúrgica é diferenciada por sua gama de conhecimentos e habilidades específicas de atuação em situações de urgência e emergência. Na maioria das vezes, são equipes numerosas e mistas com profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros. Cada profissional desta equipe possui uma percepção fragmentada da responsabilidade pela segurança do paciente, conforme a categoria profissional (equipe médica ou equipe de enfermagem) cuja responsabilidade é compartilhada por todas as equipes (BOHOMOL e TARTALI, 2013).

Há estudos, em diferentes países, que mostram os principais eventos adversos envolvendo o ambiente cirúrgico. Oliveira e Rodas (2017) identificaram, quantificaram e categorizaram os eventos adversos relacionados ao uso de cateter vascular. O problema mais grave que apareceu em decorrência do uso deste cateter foi o rompimento do cateter durante o procedimento e migração para outra parte do corpo, causando danos graves ao paciente (OLIVEIRA, RODAS, 2017). Araújo e Carvalho (2018) identificaram que os eventos adversos graves foram: lesões de órgãos digestórios, choque hemorrágico e lesão vascular, considerando que o desfecho destes casos foi desfavorável, no qual dois pacientes foram a óbito. As complicações cirúrgicas, também, foram identificadas nos Estados Unidos da América (EUA), no qual aconteceram eventos de trombose venosa profunda/embolia pulmonar; parada respiratória e sangramento (SANTOS *et al.*, 2021).

Diferentes estudos apresentam eventos adversos no centro cirúrgico ao redor do mundo. No Japão, em 2014 ocorreram eventos relacionados à transfusão de sangue, corpo estranho deixado durante o procedimento e laceração acidental (TAKEFUMI KITAZAWA *et al.*, 2014); Nos EUA, houve erro de lateralidade e procedimento incompleto (WU e AUFSES, 2012). Na Inglaterra, aconteceram falhas no plano de comorbidades e na investigação de exames, além de eventos relacionados à infusão de líquidos intravenosos e dispositivos (NEGPAL *et al.*, 2010; CLARKE *et al.*, 2013).

Em face de todos os eventos adversos expostos, tem-se um longo caminho a ser percorrido para desenvolver ações que diminuam a incidência dos eventos adversos e fortaleçam a cultura de segurança.

### 3.3 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Ações propostas pela Aliança Mundial pela Segurança do Paciente têm como objetivo nortear, conduzir e guiar condutas que auxiliem a assistência livre de riscos para os pacientes (NETA *et al.*, 2019). Atualmente, há diversos pesquisadores desenvolvendo estudos com foco na cultura de segurança, em especial, mensurando a cultura de segurança em diferentes cenários da saúde (ZHANG *et al.*, 2017; ZANETTI *et al.*, 2020; SMILEY *et al.*, 2019; DUNSTAN, COYER, 2019).

Em países desenvolvidos, é possível identificar o uso das tecnologias aliadas à segurança do paciente. Neste sentido, é incentivada uma cultura não punitiva, na qual a tecnologia possibilite auxiliar as equipes a disseminar a cultura de segurança, além de notificar, rastrear e avaliar possíveis eventos adversos (WESTBROOK *et al.*, 2020; SANTIAGO *et al.*, 2020).

No transcorrer dos anos, novos adeptos à cultura de segurança abriram novas frentes de discussões no sentido de promover a disseminação da cultura de segurança. Esses pesquisadores consideram importante mensurar o clima de segurança da instituição, pois há indícios de menor incidência das complicações evitáveis em hospitais com níveis elevados de clima de segurança (SOH *et al.*, 2018; WESTBROOK *et al.*, 2020; SANTIAGO *et al.*, 2020).

Neste sentido, há diferentes países mensurando a cultura de segurança em tempo e momento determinado, para propor e implementar melhorias, como ocorre na Turquia (TELEŞ e KAYA, 2019), na Romênia (TEREANU *et al.*, 2017), na Colômbia (MAYA; MARÍN, 2020), na Malásia (JYE *et al.*, 2019), no Irã (KAKEMAM *et al.*, 2022), no Afeganistão (JABARKHIL *et al.*, 2021), no Vietnã (HUONG TRAN *et al.*, 2021), na Tunísia (AOUICHA *et al.*, 2022), no Japão (HATA *et al.*, 2022) e no Brasil (COSTA *et al.*, 2018; SILVA JÚNIOR, 2020; PRATES *et al.*, 2021).

Ressalta-se que a OMS apresentou a necessidade global de incentivar práticas que promovam a segurança do paciente com metas e diretrizes que permitam disseminar pelo mundo as práticas seguras de atuação e prevenção de eventos adversos (OMS, 2004).

No Brasil, a Portaria n.º 529/2013, que instituiu o PNSP, tem como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013a). Entre os seus conceitos apresentados, explica que o conceito de cultura de segurança se configura a partir de cinco características operacionais pela gestão de segurança da organização: 1.ª cultura em que todos os profissionais, trabalhadores e gestores envolvidos no cuidado, assumam a responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança do grupo, pacientes e colegas; 2.ª cultura que priorize a segurança em primeiro lugar, acima das metas operacionais e financeiras; 3.ª cultura que respeite, recompense e encoraje a identificação, notificação e resolução dos problemas relacionados à segurança; 4.ª cultura que a partir

dos acidentes, permita oportunidades no aprendizado organizacional e 5.<sup>a</sup> cultura que proporcione estrutura, recursos e responsabilização para manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013a).

A ANVISA publicou a RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Conceituou cultura de segurança:

“Conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde” (BRASIL, 2013c).

A cultura de segurança é resultante das atitudes, valores, competências e percepções, individuais ou do grupo que determinam os padrões de comportamento para o gerenciamento da segurança em cada instituição (GUTIERRES *et al.*, 2020).

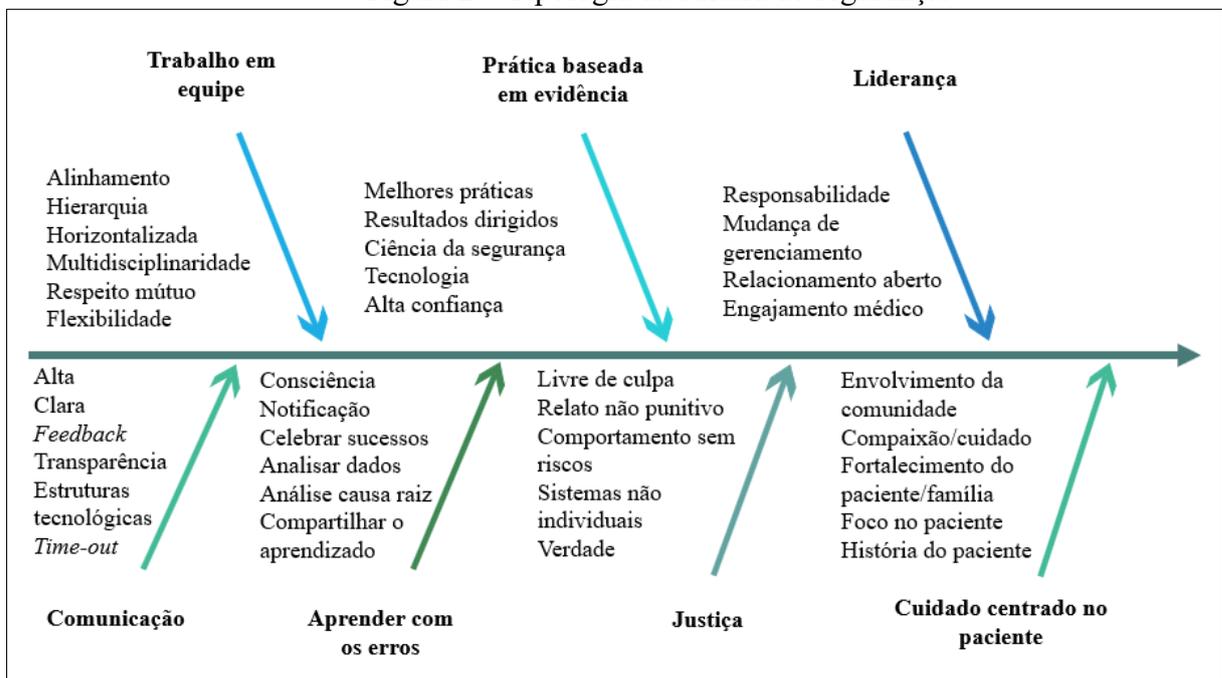
Segundo o *National Quality Forum* (Fórum Nacional de Qualidade) (2010), existem quatro práticas para aperfeiçoar a segurança, criar e manter uma cultura de segurança: 1.<sup>a</sup> Definição dos sistemas de liderança através de acordos “os líderes dirigem valores, os valores dirigem os comportamentos, e os comportamentos coletivos dos indivíduos de uma organização definem a sua cultura”. Estes líderes precisam estar sensibilizados e envolvidos na causa para agirem a favor da segurança dos pacientes atendidos. 2.<sup>a</sup> Avaliação da cultura, como forma de mensurar através dos questionários já validados para este objetivo, a percepção de cultura do local ou instituição. Também, devem-se informar os resultados das avaliações aos profissionais e gestores para adequações necessárias buscando as melhorias. 3.<sup>a</sup> Incentivo do trabalho em equipe com enfoque proativo e em construção de habilidades e melhorias no desempenho coletivo, com enfoque permanente na prevenção dos eventos adversos. 4.<sup>a</sup> Identificação e redução dos perigos e riscos relacionados às instituições de saúde, com enfoque contínuo na redução dos perigos relacionados à segurança do paciente, principalmente, em relação aos danos preveníveis.

As atividades envolvidas nos itens citados acima direcionam ao monitoramento de problemas de segurança, pois estas ações favorecem um clima ou cultura favoráveis à segurança do paciente (THE NATIONAL QUALITY FORUM, 2010). Conforme a Agência para Pesquisa e Qualidade do Cuidado à Saúde, o conceito de cultura de segurança é “o produto individual ou coletivo, de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos que determinam o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde na promoção de segurança” (SAMMER, 2010).

As propriedades que compõem a cultura de segurança envolvem a liderança, trabalho em equipe, comunicação, aprender com os erros, justiça organizacional, cuidado centrado no paciente e prática baseada em evidência. Promover a cultura de segurança no sistema de saúde é um fenômeno complexo, mas reconhecer sua importância e impacto é indiscutível para o desenvolvimento de qualquer ação neste contexto (SAMMER, 2010).

Dentre estes componentes, a justiça organizacional significa que todos os indivíduos serão tratados com respeito e ausência de intimidação ou discriminação. Juntamente, os membros do time e a organização do serviço são incentivados a crescer e desenvolver a fim de apresenta um trabalho justo (BCPSQC.ca., 2017). A figura 2 representa as tipologias da cultura de segurança e identifica as propriedades individuais.

Figura 2 – Tipologia da cultura de segurança.



Fonte de dados: SAMMER *et al.*, 2010 (adaptada).

Assim, para promover e disseminar a cultura de segurança em uma organização de saúde, deve-se, antes de tudo, criar um ambiente no qual o comportamento que promove a segurança do paciente seja valorizado como o maior patrimônio da instituição (BRASIL, 2017b).

### 3.4 AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA

As instituições de saúde como o Serviço Nacional de Saúde (NHS) e o Fórum Nacional de Qualidade (NQF) aconselham que, ao longo dos anos, sejam avaliados os índices de cultura

de segurança como recomendação básica com a proposta de evitar a ocorrência de eventos adversos e promover a notificação. Em contrapartida, sabe-se que reconhecer e implementar a cultura de segurança nas instituições de saúde é uma tarefa complexa, em decorrência dos hábitos e costumes pessoais. Mas, se em algum momento este patamar for alcançado, com certeza, promoverá a execução de práticas seguras para o cuidado (ROCCO; GARRIDO, 2017).

A avaliação da cultura de segurança de uma instituição é um indicador relevante para a administração hospitalar e gerência, pois, através dos resultados da avaliação, podem ser identificados os pontos frágeis da instituição e trabalhados com a educação continuada, com o objetivo de alcançar um serviço seguro e de qualidade (GOLLE, *et al.*, 2018).

No Brasil, existem diversos instrumentos adaptados e validados para mensurar e avaliar a qualidade da cultura de segurança em ambientes hospitalares, tais como o *Safety Culture Survey* (CSS), o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) (CARVALHO e CASSIANI, 2012), o *Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room* (SAQ/OR) para o ambiente cirúrgico e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (SILVA *et al.*, 2020b)

Na literatura brasileira, no âmbito da enfermagem, o maior quantitativo de pesquisas utilizou o HSOPSC para as análises (ALQUWEZ, 2018; GALVÃO *et al.*, 2018; GOLLE *et al.*, 2018; ABREU *et al.*, 2019; BOHOMOL, MELO, 2019). A preferência pelo HSOPSC é mundial com adaptações em diversas línguas e com estudos de confiabilidade (SILVA *et al.*, 2020b). O HSOPSC é constituído por nove seções, com 42 questões divididas em 12 dimensões, avaliadas através da escala de *Likert*.

Abreu *et al.*, (2019) analisou a cultura de segurança com base na visão da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico, por meio do questionário HSOPSC, no qual identificou que a segurança do paciente é regular. A dimensão positiva foi o aprendizado organizacional melhoria contínua, e o mais negativo foi abertura para comunicação e *feedback* sobre erros. O referido questionário foi utilizado em hospitais privados já acreditados por organizações nacionais e internacionais. As dimensões “aprendizado organizacional e melhoria contínua” foram pontos positivos, e “trabalho em equipe”, “abertura da comunicação”, resposta não punitiva aos erros” e “adequação de pessoal” são pontos negativos (BOHOMOL, MELO, 2019).

Um estudo no norte do país, utilizando o questionário HSOPSC com 381 colaboradores de diferentes áreas do hospital, identificou como pontos favoráveis o trabalho em equipe no âmbito das unidades, aprendizado organizacional – melhoria contínua e boas expectativas em relação às ações dos supervisores e gerentes para promoção da segurança do paciente (GALVÃO *et al.*, 2018). No sul do país, o HSOPSC, foi aplicado a 276 profissionais da

enfermagem, atuantes em um hospital privado. Os domínios satisfatórios foram “clima de trabalho em equipe”, “satisfação no trabalho” e “condições de trabalho”, associados à instalação hospitalar, com bom aparato tecnológico e estrutural, devido à questão de ser privatizado (GOLLE *et al.*, 2018).

Ainda, no sul do país, três unidades cirúrgicas hospitalares usaram o HSOPSC. Destes três hospitais, dois eram públicos e um privado. Os resultados apontam que a dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades” foi fortalecida no hospital privado, pois nos demais nenhum ponto foi positivo. Apresentaram dimensões frágeis em todos os hospitais, o que identifica a necessidade de ações para promover a cultura positiva, principalmente, relacionadas ao trabalho em equipe, cultura punitiva e comunicação (LOPEZ, *et al.*, 2020). Esse mesmo questionário foi utilizado em três hospitais da Arábia Saudita, com 351 enfermeiras participantes. Os aspectos “trabalho em equipe” e “aprendizagem organizacional – melhoria contínua” foram elencadas como pontos fortes (ALQUWEZ, 2018).

Na Colômbia, o HSOPSC foi utilizado em hospitais, quatro públicos e dois privados com 514 profissionais de diferentes especialidades. Os pontos fortes nas seis instituições foram: “aprendizagem organizacional”, “melhoria contínua” e trabalho em equipe. Como pontos negativos, “abertura na comunicação” e “respostas não punitivas aos erros” (MAYA; MARÍN, 2020).

Estes instrumentos permitem comparar os resultados com diferentes realidades do mundo. Apresenta informações para que as instituições promovam ações que favoreçam a cultura de segurança e suas melhorias em prol da qualidade dos serviços de saúde (MAYA; MARÍN, 2020).

Vale destacar que há uma quantidade expressiva de estudos a respeito da mensuração da qualidade de segurança dos hospitais pelo mundo. Porém, há poucos estudos que apresentam as intervenções realizadas após estas análises, uma vez que as ações implicariam diretamente a melhoria da cultura de segurança das instituições.

### 3.5 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE CIRÚRGICO

Alguns fatores contribuem para a cultura de segurança do centro cirúrgico, tais como a estrutura física, as percepções da equipe e as atitudes dos envolvidos ante as questões de segurança que apresentam as fragilidades na disseminação da cultura de segurança no ambiente cirúrgico (BAHAR, 2020; MUCELINI *et al.*, 2021; ROCHA *et al.*, 2021).

Estudos em diferentes regiões do mundo buscam avaliar a cultura de segurança no ambiente cirúrgico. Na Colômbia, um estudo avaliou seis centros cirúrgicos, por meio do instrumento HSOPSC, sendo identificado um clima de segurança mensurado como médio em nota oito, com os pontos positivos: aprendizagem organizacional e melhoria contínua, seguido do trabalho em equipe. Como pontos negativos, cultura não punitiva aos erros e dificuldades de comunicação (MAYA; MARÍN, 2020).

No Vietnã, também por meio do instrumento HSOPSC, apresentaram como aspectos positivos: trabalho em equipe dentro da unidade, seguido de expectativas do supervisor, aprendizado organizacional, *feedback* e comunicação sobre os erros e apoio gerencial (HUONG TRAN *et al.*, 2021).

Para os gestores, a avaliação da cultura de segurança é um guia para observar e implementar mudanças em relação a própria equipe e sua prática individual, visando à promoção da segurança na assistência ao paciente (DOMBRÁDI *et al.*, 2021).

No Sul do Brasil, um estudo avaliou as atitudes dos profissionais de saúde de um centro cirúrgico referente ao clima de segurança por meio do instrumento Questionário de Atitude de Segurança, na versão centro cirúrgico. Houve a participação de 107 profissionais, sendo identificado baixo escore do clima de segurança: percepção do desempenho profissional, clima de segurança, condições de trabalho e percepções da gerência, os quais apresentam diferenças significativas (DEZORDI *et al.*, 2020).

Outro estudo realizado na região Sul do Brasil, com o Questionário de Atitudes de Segurança evidenciou baixa percepção da cultura de segurança com escore de <75 pontos entre 73,5% dos participantes. O que evidencia a importância de fortalecer a cultura de segurança, considerando a complexidade da assistência prestada no setor (CAUDURO *et al.*, 2015).

Dentro do centro cirúrgico diferentes profissionais atuam nos processos que proporcionam uma cirurgia sem complicações e/ou danos. Para que as pessoas possam vivenciar a cultura de segurança, inúmeros processos devem ser alinhados, a fim de que os envolvidos sintam este clima. Desde a entrada do setor, com identificações nas portas de entrada, desde o local limpo, organizado e agradável até questões do próprio posicionamento do profissional que presta o cuidado, através da comunicação clara e efetiva, apresentando postura e conduta, até o momento em que acontece o ato cirúrgico, dispensando os instrumentais e equipamentos corretos e em bom estado de funcionamento para a cirurgia.

Incluem, ainda, as atitudes dos próprios profissionais ante as situações do setor, como agilidade, conhecimento e segurança na tomada de decisões. Outro fator que influencia diretamente a confiabilidade e os conhecimentos da equipe é a rotatividade de profissionais no centro

cirúrgico, que interfere diretamente na segurança do paciente, uma vez que a complexidade do paciente no ambiente cirúrgico requer habilidades dos profissionais para estes atuarem em face de situações estressoras, adversas e incomuns, que podem acontecer durante o ato anestésico e operatório (HOFFMANN e GLANZNER, 2019).

Todos estes fatores interferem de alguma forma na percepção da cultura de segurança pelos profissionais, e os estudos citados acima identificam que a cultura na maioria dos centros cirúrgicos é frágil e necessita de estímulos em diversas linhas de trabalho para o fortalecimento desta cultura.

Alguns fatores podem contribuir para a baixa adesão à cultura de segurança no centro cirúrgico, sendo elas: pouco estímulo e/ou apoio da gerência e direção para o desenvolvimento de ações em prol da segurança do paciente, baixo envolvimento dos profissionais em prol de atitudes que promovam a segurança do paciente, quantidade insuficiente de treinamentos contínuos, comunicação pouco efetiva, notificação dos eventos adversos de forma punitiva (DEZORDI & STUMM, 2018; SANCHIS *et al.*, 2020; SILLERO, ZABALEGUI, 2019; GUTIERRES *et al.*, 2020).

Como a cultura é uma percepção individual que pode ser estendida para a visão coletiva, pequenas ações diárias podem ser consideradas importantes para o estímulo da cultura. Considera-se importante a avaliação da cultura de segurança no ambiente cirúrgico como um norteador das ações positivas, que devem ser estimuladas, e, ainda, das ações que necessitam de melhorias. Estas ações precisam ser prestadas, primeiramente, pelos líderes para, então, serem reproduzidas pelos seus liderados, pois assim, efetivamente serão replicadas e executadas no dia a dia.

### 3.6 DESAFIOS ENFRENTADOS PELO ENFERMEIRO DIANTE DA DISSEMINAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NO AMBIENTE CIRÚRGICO

A associação Norte-Americana de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (*Association of perioperative Registered Nurses – AORN*) define a prática de gestão do cuidado cirúrgico em coordenar as funções do cuidado aos pacientes cirúrgicos, equilibrando com as necessidades humanas básica dos clientes (AORN, 2014).

O papel do enfermeiro no centro cirúrgico envolve responsabilidades, além daquelas que se situam à entrada do paciente no setor. O enfermeiro planeja o procedimento cirúrgico, avaliando os riscos inerentes ao ato operatório, atua com o médico anestesiológico para o planejamento, preparo do ato anestésico e prevenção de riscos como via aérea difícil. O

enfermeiro faz o *link* entre as necessidades da equipe e os setores de apoio, como engenharia clínica, central de materiais estéreis (CME) e setor de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) (GUTIERRES, 2018a).

O enfermeiro, também, é responsável pelo dimensionamento da agenda cirúrgica e líder de equipe. Além de atuar com as demandas administrativas e burocráticas, deve agir em prol do plano de cuidados individuais, com atendimento pré e pós-operatório imediato (POI) por meio das escalas e ferramentas como a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) (GUTIERRES, 2018a).

O cuidado diário do enfermeiro assistencial de centro cirúrgico está relacionado ao desenvolvimento da gestão do cuidado, através da esfera assistencial e gerencial, envolvendo planejamento do setor e visão estratégica. Através da gestão do cuidado é possível corrigir, melhorar, monitorar e executar as práticas assistenciais com segurança e livre de danos como negligência, imprudência e/ou imperícia (GUTIERRES, 2018a).

Considerando a alta complexidade do ambiente cirúrgico, a construção do conhecimento pelos enfermeiros é gradual e dinâmica. Neste sentido, o enfermeiro acaba desenvolvendo habilidades técnico-administrativas, além de buscar resolver problemas comportamentais da equipe, resolver conflitos e moldar novas práticas de estilo gerencial. Esse profissional, ainda é responsável por tomar medidas cabíveis em relação à ocorrência de eventos adversos no centro cirúrgico. Estes eventos podem acontecer das mais variadas formas desde procedimentos de enfermagem até dificuldades estruturais e relacionadas aos materiais de saúde. Além disso, deve assistir à dispensação dos materiais de OPME, acompanhar a notificação de ocorrência de erros ou outras alterações. Para tal, esse profissional precisa ter a visão sistêmica da segurança do paciente e do quanto é importante o seu trabalho (HOFFMANN e GLANZNER, 2019). GUTIERRES *et al.*, 2020; SILLERO-SILLRO, ZABALEGUI, 2019).

Estudo de Gutierrez et al. (2020), realizado com 204 enfermeiros, descreve as dificuldades deles na gestão da segurança do paciente no centro cirúrgico. Este estudo identificou três dimensões semânticas como falhas no apoio a esse profissional: a primeira é relacionada ao suporte organizacional; a segunda envolve os conflitos interpessoais no trabalho e a terceira, o envolvimento da equipe de saúde no *checklist* de cirurgia segura.

Estudo de Reis *et al.*, (2019) identificou como alternativas para favorecer a implantação de estratégias para promoção da segurança do paciente, ações do serviço de educação continuada e permanente, com o intuito de sensibilizar desde as gerências até os colaboradores da linha de frente.

Os principais desafios vivenciados pelos enfermeiros no centro cirúrgico envolvem desempenhar suas atribuições assistenciais que contemplam desde a assistência direta ao paciente até o controle de recursos e materiais, adequação do trabalho em equipe e relações multiprofissionais (SOBRAL *et al.*, 2019).

Problemas relacionados à sobrecarga de trabalho pela equipe de enfermagem são considerados o principal fator que restringe a atuação do enfermeiro com o paciente na oferta do cuidado, pois é necessária a presença dos enfermeiros assistenciais e dos coordenadores, atuando diretamente em equipe na oferta do cuidado do paciente (GEMELLI *et al.*, 2021).

Estes enfermeiros também são submetidos a condições psicológicas estressantes, que interferem na saúde mental, tais como abuso psicológico, sobrecarga de trabalho e estresse. Este estresse é decorrente da falta de planejamento das atividades, materiais, equipamentos e recursos humanos. O próprio setor contém diferentes atividades estressantes, como atraso nas cirurgias, imprevisibilidade das situações, relacionamento interpessoal dificultoso e problemas de comunicação (HOFFMANN e GLANZNER, 2019).

Assim, compreende-se que, para que possam ocorrer intervenções em todos os aspectos deficientes para estimular a segurança do paciente, o enfermeiro precisa participar ativamente deste processo como gestor da equipe e multiplicador de informações.

### 3.7 TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS NA DISSEMINAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NO AMBIENTE CIRÚRGICO

As tecnologias educacionais possuem amplos sentidos propostos por instrumentos, procedimentos, técnicas, métodos, equipamentos, ferramentas e instalações que possibilitem a realização e obtenção de um ou vários processos-produtos (NASCIMENTO, TEIXEIRA, 2018). O uso destas tecnologias permite ao professor/educador/gestor/enfermeiro ser o facilitador na relação educador-educando, trabalhando como mediador do processo educativo (TEIXEIRA, 2011). Assim, poderão ocorrer as trocas de informações, favorecendo a interação e inovação no processo de ensino e aprendizagem (SOUZA; MOREIRA; BORGES, 2020).

As tecnologias educacionais voltadas para o cuidado podem ser classificadas como duras, leves-duras e leves conforme Merhy (2014). As tecnologias duras necessitam de equipamentos tecnológicos, máquinas e estruturas organizacionais; as leves-duras operam em processos de trabalho, em suas especialidades (cirúrgica, clínica, atendimento pré-hospitalar); e as tecnologias leves se referem às relações de acolhimento, gestão e processos de trabalho (SANTOS, 2020b).

No contexto das tecnologias educacionais, as metodologias ativas surgem como oportunidade do desenvolvimento de competências, além de aprimorar o raciocínio clínico, tomada de decisão, conhecimento, atitudes e troca de saberes em todos os ambientes de saúde, inclusive, no ambiente do perioperatório (AMANTE *et al.*, 2021; KNIHS *et al.*, 2021).

Ressalta-se que há diferentes tipos de tecnologias educacionais dentre as metodologias de aprendizagem cooperativa, tais como aprendizagem entre pares (*peer instruction*), aprendizagem baseada em problemas, métodos de casos, simulações, aprendizagem Baseada em Equipes, seminários, dramatização, visitas técnicas e laboratórios de simulação (REEVES, 2016). A seguir, serão apresentados alguns estudos que abordam o uso dessas ferramentas no ambiente cirúrgico como apoio na disseminação do conhecimento e segurança do paciente.

Em um ambiente cirúrgico, para trabalhar com a segurança cirúrgica no transoperatório com equipes de enfermagem, foi criada uma história em quadrinhos com 27 páginas e 60 quadrinhos contando a história dos desafios enfrentados por um enfermeiro para implantar a lista de verificação de cirurgia segura. Este estudo buscou trabalhar lúdica e contextualizada a importância da aplicação do *checklist* para a promoção da segurança (SANTOS, 2020b). Outro estudo reforça que a história em quadrinhos proporciona identificação das pessoas com a história, causando maior interesse e foco, favorecendo a assimilação do conteúdo (MOREL, PERUZZO, JUELE, AMARELLE, 2019).

Ainda, na temática do *checklist* de cirurgia segura, os pesquisadores Silva *et al.* (2020a) testou um aplicativo para conferência e controle das etapas do *checklist* de cirurgia segura, permitindo alertar os profissionais sobre os riscos para a segurança do paciente, quantificar e apresentar em tempo real os riscos do paciente durante o período intraoperatório. O aplicativo foi disponibilizado à equipe assistencial por um tablet durante três meses no qual foram preenchidas eletronicamente todas as conferências realizadas e, após este período, os pesquisadores conseguiram analisar quais etapas tiveram baixa adesão e trabalharam por meio de ações para conscientizar e treinar os profissionais da área (SILVA *et al.*, 2020a).

O uso de aplicativos de celular, ainda, pode ser voltado ao cuidado do paciente cirúrgico, afinal, ele, também, contribui para a segurança do procedimento. Os pacientes submetidos à cirurgia ortognática utilizaram o aplicativo “OrtoApp”, que apresentava orientações para o preparo pré-operatório, autocuidado no pós-operatório e permitia o contato com uma enfermeira especialista no procedimento cirúrgico (SOUSA, TURRINI, 2019). Outro estudo mostra que o uso de aplicativos promove alta satisfação dos pacientes e boa usabilidade, permitindo acesso imediato às informações validadas por profissionais qualificados (SOUSA, TURRINI, 2019).

No meio eletrônico, também, existem os vídeos educativos que possibilitam a integração entre os conteúdos teóricos e a equipe de saúde, proporcionando o reconhecimento das necessidades em mudança das práticas diárias em condutas adequadas conforme a teoria (MASSAROLI *et al.*, 2019). Um estudo foi desenvolvido com 380 profissionais da saúde de diversas áreas de um hospital, onde foram utilizados dez vídeos educativos sobre identificação do paciente em diferentes temáticas: explicação para o paciente sobre o procedimento da identificação segura e a identificação do paciente em uma sala de espera; a transferência do paciente de uma unidade de internação para o centro cirúrgico; a entrega de um recém-nascido para a sua mãe; e a desinfecção terminal de um leito de internação que possui em sua estrutura um quadro de informações de identificação do paciente. Como conclusão, esse estudo contribuiu para que diversos profissionais que integram a equipe de saúde se percebam como protagonistas da construção da segurança do paciente no hospital e, também, para o fortalecimento da cultura de segurança (MASSAROLI *et al.*, 2019).

Ainda, há o uso de jogos educativos, os quais permitem a capacitação dos profissionais de diferentes níveis que trabalham com o paciente cirúrgico. O estudo de Giacomo *et al.*, (2022) desenvolveu um *serious game* para trabalhar a segurança do paciente com a equipe de enfermagem de nível médio. Foram elaborados três roteiros de casos cirúrgicos com personagens, cenários, falas, imagem e figuras semelhantes à realidade do centro cirúrgico, com o objetivo de trabalhar o conteúdo teórico e a tomada de decisões. Outro autor pondera que essa modalidade de jogo permite a autoavaliação e estímulo a mudanças de comportamento que refletem na prática assistencial (SILVA, *et al.*, 2021b).

Aliado a essas tecnologias, a simulação clínica surge como uma técnica/ferramenta eficaz para disseminar a cultura de segurança no ambiente cirúrgico. Autores apontam que essa técnica orienta e guia mudanças no cenário da prática em saúde no centro cirúrgico, tendo como foco principal, propagar a cultura de segurança na equipe cirúrgica, haja vista que permite à equipe emergir em cenários construídos próximos à realidade e, assim, compreender fatos e detalhes que não são compreendidos e percebidos no dia a dia da prática profissional (MONAHAN, 2018; JOWSEY *et al.*, 2019; PEDRADA *et al.*, 2021).

A simulação clínica é uma metodologia ativa de ensino aprendizagem baseada nas possibilidades de vivenciar experiências para a promoção do aprendizado e aquisição de novos conhecimentos, atitudes e habilidades, sem que haja eventos adversos e problemas com o paciente real (ALVES *et al.*, 2019; ERLINGER; BARTLETT; PEREZ, 2019; JANICAS E NARCHI, 2019).

Autores pontuam que a participação dos treinamentos por meio do uso de simulação clínica permite identificar a perceptível melhoria na comunicação, melhoria na iniciativa e decisões relacionadas às práticas do trabalho, autoconfiança e aprimoramento das técnicas cirúrgicas, uma vez que estimula os participantes à adesão aos protocolos institucionais, trabalhados nas simulações (RIBEIRO *et al.*, 2018; ALVES *et al.*, 2019).

### 3.8 CENÁRIO DA SIMULAÇÃO CLÍNICA

Conforme a Sociedade de Simulação em Saúde (2012), existem quatro objetivos para as simulações clínicas, sendo eles: educação, avaliação, pesquisa e integração do sistema de saúde com a seguinte definição:

[...] um processo dinâmico, que envolve a criação de uma oportunidade hipotética, que incorpora uma representação autêntica da realidade, facilitando a participação ativa do aluno e integrando as complexidades do aprendizado prático e teórico com oportunidades para a repetição, *feedback*, avaliação e reflexão (BLAND, TOPPING, WOOD, 2011, p. 668).

Como norteador das simulações clínicas, têm-se algumas ferramentas pedagógicas importantes a serem elaboradas para assegurar que a simulação clínica seja desenvolvida com êxito, ao mesmo tempo que alcance o objetivo de aprendizagem proposto. Neste sentido, as guias clínicas são instrumentos construídos pelos próprios docentes/enfermeiros, as quais devem orientar o passo a passo da simulação. Tais guias clínicas devem descrever os objetivos de aprendizagem, as competências a serem desenvolvidas, o cenário, os materiais a serem usados, o tipo de simulação, quais simuladores serão usados, e a intervenção dos atores caso tenha sido disponibilizada a eles as orientações sobre o passo a passo para o *debriefing* (COREN SP, 2020).

Nas referidas guias clínicas, o facilitador deve descrever quais competências serão desenvolvidas no cenário e a fase de aprendizado em que os participantes se encontram. Também, deverão descrever as falas principais conduzidas pelos autores e quais atividades serão realizadas por eles, em casos de simulações com paciente standardizado (PEREIRA JÚNIOR e GUEDES, 2022). Além de descrever na guia clínica todos os materiais, cenários, vestimentas e equipamentos necessários para que a realização da simulação possa acontecer o mais próximo possível da realidade (KALDHEIM *et al.*, 2019).

Em relação ao desenvolvimento de uma guia clínica, existem alguns elementos essenciais para sua elaboração: acadêmico (corresponde à pessoa que vivenciará a simulação

clínica); facilitador, docente ou instrutor (responsável que conduzirá a simulação); ator paciente estandardizado/paciente simulado (ator devidamente treinado que interpretará o paciente da cena); caso clínico (representa o roteiro a ser seguido); cenário (local onde será realizado a simulação); *checklist* ou lista de verificação (lista de comportamentos, ações e atitudes que esperam ser alcançados pelos acadêmicos durante a simulação e serão discutidos no *debriefing*); procedimento de *debriefing* (encontro para reflexão da simulação na qual ocorre a consolidação do conhecimento) (COREN SP, 2020).

Para a execução da proposta pedagógica de simulação clínica, devem-se separar três momentos *briefing* (momento que antecede a cena, correspondentes às orientações aos participantes e estabelecimento dos objetivos), cenário simulado (ocorre a simulação propriamente dita) e *debriefing* (etapa de reflexão crítica, mediado pelo facilitador, expondo os pontos positivos e oportunidades de aprendizado) (COREN SP, 2020).

Para apoiar o desenvolvimento das guias clínicas e, conseqüentemente, da simulação, existem diferentes tipos de simulações, as quais podem ser identificadas como simulação de paciente estandardizado, simulação híbrida, simulação de alta fidelidade e simulação virtual no contexto operatório. Os tipos de simulação são separados conforme o grau de experiência simulada se aproxima da realidade vivenciada, levando em consideração fatores físicos (equipamentos, maquiagens, adornos); fatores psicológicos (emoções, reações dos participantes); fatores sociais (facilitadores, motivação e as metas dos participantes); cultura do grupo; grau de abertura e confiança (COREN SP, 2020; INACSL, 2016; ABEM, 2021).

Estes níveis podem ser separados entre: baixa fidelidade (manequins estáticos, sem interação ou resposta, possibilita treinar os participantes para uma habilidade específica, sem contextualização com o cenário); média fidelidade (cenários pouco complexos, com possibilidade de interação parcial, como simuladores de média tecnologia); e os de alta fidelidade que permite a criação de um cenário completo com interação entre paciente e participantes e simuladores de alta tecnologia (COREN SP, 2020; SOUZA *et al.*, 2020a).

As simulações de alta fidelidade correspondem a uma estratégia que replique a realidade com alto grau de autenticidade em um ambiente devidamente preparado com simuladores e manequins apropriados, para que os alunos simulem a prática operatória, desenvolvendo habilidades reais relacionando teoria e prática (BIERER *et al.*, 2019; KNIHS *et al.*, 2017; JUNIOR PEREIRA e GUEDES, 2022). Podem ser utilizados robôs com tecnologia avançada que replicam condições fisiológicas, próximas da realidade (CAZAÑAS, *et al.*, 2021; KNOBEL *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2020b).

As dificuldades em reproduzir simulações de alta fidelidade se aplicam ao custo de material e instrumental necessários para a prática e, também, o investimento em capacitação de docentes para manipular os manequins e softwares (CHACKO, 2017; NEALE, 2019). Em contrapartida, os ganhos são mais expressivos, como aumento da autoconfiança e satisfação, melhorias nas habilidades técnicas e não técnicas, melhor comunicação e aumento da liderança (MIRANDA, MAZZO e PEREIRA JÚNIOR, 2018).

No contexto da construção das guias clínicas e desenvolvimento das simulações, há diferentes simuladores: simuladores de alta fidelidade, dentre os mais conhecidos, destaca-se o *SimMan*, que apresenta anatomia semelhante a um paciente humano com braços articulados e distribuição do peso entre os membros, possui caixa torácica com sons pulmonares e cardíacos durante a ausculta, pulsos palpáveis, pupilas e olhos que reagem ao comando (LARDAL, 2021), o qual foi utilizado para treinamento interdisciplinar para ressuscitação, radiografias e eletrocardiogramas (KOERS *et al.*, 2020). Outro simulador é o *Civiam*, que possui pele realista, respiração espontânea bilateral e respostas fisiológicas automáticas. Neste simulador é possível realizar diferentes procedimentos como intubação traqueal, sondagem vesical e fibroscopia. Além de pontos de ferimento com sangramentos, permitindo, ainda, o armazenamento de ferimento com sangramentos de até 1,5 litros de sangue (CIVIAM, 2021).

Como exemplo da utilização da simulação realística *in situ* no centro cirúrgico, tem-se o estudo recente de Pedrada *et al.*, (2021) que descreveu o uso da simulação para praticar o fluxo de atendimento ao paciente cirúrgico com suspeita ou confirmação da SARS-CoV-2 (COVID-19) no período transoperatório. Através de uma simulação da Prática Deliberada de Ciclos Rápidos (PDCR), todos os participantes estavam mais confiantes e seguros do atendimento em face dos casos de COVID-19 (PEDRADA *et al.*, 2021).

Ainda, no contexto cirúrgico, há estudo que desenvolveu simulações no sentido de aprimorar o atendimento do paciente no pré-operatório (TOMAZ *et al.*, 2019). Outro estudo utilizando simulação desenvolveu habilidades da equipe no cuidado com drenos torácicos, cerebral e abdominais (RIBEIRO, 2019). Outros estudos com o uso de simulações mostra o enfermeiro em atuação no *Time-Out* da cirurgia segura, protocolo de cirurgia segura e protocolo de identificação do paciente (PAULETTI *et al.*, 2018; GARCIA *et al.*, 2019).

Estudo desenvolvido por Nia *et al.*, (2020) mostra que os simuladores de alta fidelidade podem ser aplicados a técnicas cirúrgicas. Nesse estudo, foi desenvolvido um simulador de cirurgia mitral minimamente invasiva de alta fidelidade, utilizado por 102 participantes, o qual demonstrou ser uma ferramenta valiosa para o desenvolvimento de habilidades motoras finas, como o manuseio do endoscópio.

O estudo de Boostel *et al.*, (2021) com alunos de graduação no ambiente cirúrgico comparou a simulação clínica à aula prática convencional e identificou que ambas as estratégias contribuíram positivamente para o aprendizado, porém, a simulação proporcionou uma visão crítico-reflexiva sobre as competências e dificuldades encontradas.

Autores apontam que, por meio da simulação, é possível desenvolver as competências clínicas, pensamento crítico, habilidade para tomadas de decisões e desenvolver a confiança nos alunos (ARAÚJO, DUARTE E MAGRO., 2018; RIBEIRO *et al.*, 2018; BOOSTEL *et al.*, 2021).

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

O referido estudo utilizará como referencial teórico a proposta *Nursing Association for Clinical Simulation and Learning* que apresenta as melhores práticas de simulação clínica (INACSL, 2016).

A estruturação da simulação deve contemplar etapas bem delimitadas, a fim de planejar, o mais assertivamente possível, como atingir os objetivos propostos. A INACSL propõe que seja desenvolvido, primeiramente, o projeto de simulação, seguido da construção dos resultados e objetivos, métodos de facilitação, sessão *debriefing*, avaliação do participante e aspectos referentes à integridade profissional.

Para melhor compreensão e desenvolvimento da simulação, a seguir, serão apresentados os principais elementos de cada uma dessas etapas, a fim de que a construção da guia clínica seja realizada o mais próximo possível das recomendações citadas.

### 4.1 PROJETO DE SIMULAÇÃO

Esta primeira etapa consiste na estruturação da guia clínica formada pela descrição da encomenda (objetivos de aprendizagem, as habilidades a serem desenvolvidas e a situação de partida) na sequência descreve a estação simulada completa, com a finalidade de incorporar as melhores estratégias de aprendizagem por meio de um planejamento sistemático, porém, flexível e cíclico. Para tal, onze critérios devem ser considerados, sendo eles:

1. Avaliação das necessidades do grupo que participará da simulação para escolha da temática mais interessante no momento: sugere-se o uso de pesquisas com os participantes, a fim de observar os pontos fracos e fortes ou avaliação das necessidades (conhecimentos e habilidades) a serem trabalhadas. Com o intuito de melhorar a qualidade no atendimento e segurança do paciente, promoção de prontidão para execução dos procedimentos e oportunidade de aprimoramento profissional.

2. Construção dos objetivos atingíveis: divididos em objetivos do grupo, que devem ser divulgados no início da simulação e objetivos individuais que representam o desempenho e participação na simulação. Os objetivos devem ser capazes de atender à demanda da equipe apresentada no primeiro requisito.

3. Estruturação da simulação cuja modalidade e teoria devem ser alicerçadas nos objetivos: as modalidades podem ser: imersão clínica simulada, simulação *in situ*, simulação

híbrida, realidade virtual, entre outras. Deve-se planejar um marco final para a simulação, geralmente, quando os objetivos serão atingidos, e/ou o tempo calculado para sua finalização.

4. Projeção do cenário ou caso, para conferir realidade e contexto à simulação: esse critério traz flexibilidade, haja vista que abre a possibilidade para o uso de imagens, histórias para contextualizar a cena, entre outros. Ressalta-se a importância do uso de perguntas para a progressão clínica da cena, tais como, pistas para orientar os participantes. Ainda, sugere-se que sejam acrescentados alguns distratores, os quais possibilitam a tomada de decisão e ou situação que impõem aos participantes a necessidade de desenvolver o raciocínio clínico.

5. Utilização de diferentes artifícios para contribuir para a criação de recursos que possam dar realidade ao cenário: o que consiste em replicar o cenário de forma a torná-lo o mais real possível por meio de simuladores, manequins, maquiagem, equipamentos, ruídos, iluminação e adereços para estimular a percepção sensorial dos envolvidos.

6. Permitir abordagem construtiva entre os participantes e o facilitador, guiando-os com base nos conhecimentos e resultados esperados. Nesse critério, faz-se necessário descrever com muita atenção e detalhe cada etapa da cena, bem como a fala e indicação de falas e comportamento para os atores.

7. Iniciar a simulação com o *pré-briefing*: momento de estabelecer as regras básicas para a simulação, orientação do cenário, funções, tempo de execução e as expectativas dos participantes, assim como a apresentação dos objetivos da simulação e as competências a serem desenvolvidas.

8. Finalização da simulação com a sessão de *feedback* ou *debriefing*: momento de troca das experiências, apresentação dos elementos críticos para a simulação e oportunidade de enriquecer com as diferentes percepções dos participantes. Neste ponto, sugere-se que os coordenadores da simulação que irão participar do *debriefing* tenham um *checklist* como apoio para conduzir essa fase, a qual poderá proporcionar considerável aprendizado entre os participantes.

9. Inclusão de experiência dos participantes e facilitadores, a interação entre as equipes de suporte e participantes: deve-se ter clareza do método de avaliação dos participantes antes do início da simulação. Esta avaliação servirá como melhoria contínua no processo de qualidade para o programa de simulação. Nessa etapa, deve-se oportunizar que os participantes possam avaliar a simulação e trazer contribuições para a melhoria dessa prática pedagógica.

10. Fornecimento de ferramentas e recursos, para que os participantes possam alcançar os objetivos da simulação. Entre as atividades, podem-se incluir mapeamento conceitual, sessões didáticas, completar um pré-teste, revisar registros e habilidades práticas. Estas tarefas devem

ser executadas antes do *pré-briefing* da simulação e devem estar muito bem descritas na guia clínica. É importante que todas as informações detalhadas sejam registradas nessa guia.

11. Criação de experiências baseadas nos testes-piloto antes da implementação da simulação. Com o objetivo de identificar a falta de algum elemento importante para a simulação, devem-se corrigir eventuais falas ou orientações, para tornar o mais próximo possível do real. No teste-piloto, devem ser incluídas medidas de avaliação como sugestão para validação por especialistas.

A INACSL ressalta que a construção dos objetivos consiste em desenvolver intenções mensuráveis nos três domínios: cognitivo, psicomotor e afetivo, além de favorecer o desenvolvimento de competências (habilidade, atitude e conhecimento). Tais objetivos e competências podem ser impulsionados pelo conteúdo da grade curricular, caso seja no meio acadêmico para atender às necessidades de interesse da instituição ou de uma unidade especificamente.

A INACSL traz como resultados individuais da simulação mudança de comportamento/desempenho dos participantes, retorno dos investimentos e a satisfação dos envolvidos. Além de promover disseminação do conhecimento entre a equipe, tomada de decisão e raciocínio clínico (INACSL, 2016).

O Center for Disease Control and Prevention (2009) descreve o critério S.M.A.R.T para escrever os objetivos da seguinte forma:

- Específico: o que exatamente vamos fazer e para quem?
- Mensurável: é quantificável e podemos medi-lo
- Atingível: podemos fazê-lo no tempo proposto e com os recursos disponíveis?
- Realista: terá um efeito e resultado alcançar o objetivo?
- Temporal: quando este objetivo será alcançado?

Cada objetivo deve ser escrito com um verbo de ação, apresentando sua mensurabilidade e identificando “o que” será realizado, “quem” estará envolvido e “como” o objetivo será mensurado.

## 4.2 MÉTODOS DE FACILITAÇÃO

O facilitador é o responsável pelo direcionamento e condução da simulação, a fim de alcançar os objetivos pretendidos. As competências destes profissionais devem ser guiadas com base na teoria e pesquisa por meio de cursos de educação continuada (INACSL, 2016).

O papel do facilitador é auxiliar os participantes no desenvolvimento das habilidades como o raciocínio crítico, julgamento e resolução de problemas, a fim de facilitar, ao máximo, a experiência vivenciada pelos participantes. Durante a simulação, este papel pode ser realizado por meio da entrega de pistas para direcionar os participantes para o caminho correto, a identificação de possíveis conflitos com o grupo e formas de amenizá-las. Observar os diferentes níveis de conhecimento entre os participantes e demonstrar respeito entre eles, a fim de identificar as lacunas e oportunizá-los da forma mais nivelada. Afinal, os métodos de facilitação variam conforme os níveis dos participantes envolvidos na simulação (INACSL, 2016).

O INACSL descreve cinco critérios para descrever os métodos de facilitação, são eles:

1. A facilitação requer que o facilitador tenha abordagens específicas com a pedagogia da simulação;
2. A abordagem facilitadora é de acordo com o nível de conhecimento, habilidades e atitudes dos participantes;
3. Os métodos de facilitação antes da simulação envolvem o *pré-briefing* para preparar os participantes para a experiência de simulação;
4. Os métodos de facilitação durante a simulação envolvem a entrega de pistas determinadas ou não, para auxiliar no alcance dos resultados esperados na simulação;
5. Todas as formas de facilitação antes e durante a simulação visam alcançar os resultados esperados.

#### 4.3 SESSÃO *DEBRIEFING*

Este momento acontece logo depois da simulação e condiz com a etapa de interação entre as experiências vivenciadas e a reflexão dos participantes. Esta reflexão envolve a assimilação de conhecimentos, habilidades e atitudes pré-existentes para a nova interpretação dos demais participantes e o reenquadramento cognitivo, que é considerado essencial para a aprendizagem (INACSL, 2016).

O *debriefing* promove a compreensão e apoia a transferência de conhecimento, habilidades e atitudes, com o intuito de promover a segurança no atendimento de qualidade aos pacientes. Possui cinco critérios essenciais para a sua execução (INACSL, 2016):

1. O momento do *debriefing* é realizado por pessoas capazes e competentes para conduzir adequadamente;

2. O *debriefing* é realizado em um momento que apoia a aprendizagem, confidencialidade, confiança e abertura para a comunicação através de autoanálises, reflexão e *feedback* construtivo;
3. O facilitador dedica sua atenção concentrada durante a simulação para que o *debriefing* tenha efetivamente a experiência baseada nos acontecimentos da simulação;
4. O *debriefing* é baseado em um quadro teórico estruturado e previamente planejado;
5. O *debriefing* é consistente com os resultados e objetivos da experiência baseada na simulação.

Para o momento do *debriefing*, existem algumas técnicas que favorecem o *feedback* apropriadas para o momento como replay do vídeo gravado durante a simulação, videoconferência, avaliações numéricas e gráficas, listas de verificação e o próprio *feedback* frente a frente. É importante trazer exemplos concretos do desempenho dos participantes com o reforço dos pontos positivos, esclarecendo mal-entendidos e análise retrospectiva do que levou os participantes a decidirem por tal atitude ou caminho, estimulando a reflexão das decisões incorretas (INACSL, 2016).

#### 4.4 AVALIAÇÃO DO PARTICIPANTE

A avaliação formativa dos participantes favorece o desenvolvimento pessoal e profissional baseado nos conhecimentos, atitudes e habilidades nos aspectos cognitivo, afetivo e psicomotor. Para este estudo, optou-se por trabalhar com a Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança com a Aprendizagem (ALMEIDA, *et al.*, 2015) e Escala de Satisfação com as Experiências Clínicas Simuladas (ESECS) (BAPTISTA, *et al.*, 2014).

Através destas escalas poderão ser identificados o monitoramento e progresso para alcançar os resultados da simulação, possibilitando, ainda, a facilitação do processo de ensino e aprendizagem e reflexão dos objetivos previamente estipulados para os alcançados após a simulação.

#### 4.5 ASPECTOS REFERENTES À INTEGRIDADE PROFISSIONAL

Como as simulações envolvem um grupo de participantes no qual ocorrem situações que podem ser erradas e mal interpretadas, considera-se essencial a integridade profissional de todos os envolvidos. Primeiramente, pela questão ética das profissões ligadas à área da saúde. E, na sequência, pela confidencialidade das ações realizadas dentro da instituição de saúde,

previamente estabelecidas por meio da sua política interna (INACSL, 2016). Todo este contexto de preservação dos participantes serve para torná-los menos vulneráveis e influenciá-los em seu desempenho pessoal e profissional.

## 5 MÉTODO

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo se refere a uma pesquisa metodológica, a qual se propõe apresentar simulações clínicas capazes de apoiar a disseminação da cultura de segurança no ambiente cirúrgico. Ressalta-se que esse estudo segue o rigor de uma pesquisa metodológica, haja vista que possui etapas distintas. Nessa modalidade de pesquisa, sugere que instrumentos e ferramentas sejam criados, elaborados e desenvolvidos, seguindo clareza e rigor em cada uma das etapas, bem como a apreciação de *experts* que tenham vivência na temática em relação a estabelecer direcionamento para mudanças e ou alterações no produto elaborado atendendo ao cenário na prática (MANTOVANI *et al.*, 2018; POLIT; BECK, 2019).

A utilização da pesquisa metodológica para a área da enfermagem abrange: o desenvolvimento de instrumentos de medida; desenvolvimento de tecnologias gerenciais, educacionais ou assistenciais; adaptação transcultural de instrumentos produzidos em outros países em diferentes idiomas; a validação de intervenções, resultados e diagnósticos de enfermagem (TEIXEIRA, 2019).

Na perspectiva metodológica, a quantidade de etapas ou fases para o desenvolvimento do estudo dependerá apenas dos objetivos a serem alcançados. Há exemplos de estudos metodológicos contendo cinco etapas, a saber: diagnóstico situacional; revisão de literatura; construção do instrumento de tecnologia; validação aparente e de conteúdo e teste-piloto (POLIT; BECK, 2011).

Nesse estudo, o percurso metodológico será desenvolvido em seis etapas, conforme representado na Figura 3.

- 1- Primeira etapa-** revisão de escopo;
- 2- Segunda etapa-** estudo quantitativo descritivo;
- 3- Terceira etapa-** desenvolvimento do *brainwriting*;
- 4- Quarta etapa-** desenvolvimento das guias clínicas com apoio do referencial *Nursing Association for Clinical Simulation and Learning*;
- 5- Quinta etapa-** uso da técnica *snowball* para complemento e validação das guias clínicas;
- 6- Sexta etapa-** avaliação das guias clínicas/teste-piloto, utilizando as escalas: Escala de Satisfação com as Experiências Clínicas Simuladas (ESECS) e Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança com a Aprendizagem.

Figura 3 – Percurso metodológico.



Fonte de dados: os autores, Florianópolis, 2023.

## 5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O hospital é referência em atendimento materno-infantil no estado de Santa Catarina, e possui o programa de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia. Recebe a demanda de gestantes de alto risco da região do Vale do Itapocú. Recebeu o título de Hospital Amigo da Criança pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) conquistado em 2001. Possui o serviço de Hemodinâmica e Centro de Imagem Diagnóstica que oferece ressonância magnética, ultrassonografia, mamografia, raio-x, densiometria óssea e tomografia.

O cenário do estudo foi o Centro Cirúrgico (CC) que é localizado no quinto andar do prédio central. Possui oito salas cirúrgicas, das quais, seis delas são equipadas com aparelhos de videocirurgia e uma com sistema interligado para videoconferências e aparelhos de comando digital. Conta com cinco leitos pré-operatórios destinados ao preparo do cliente que receberá os cuidados que antecedem o procedimento cirúrgico. Possui 14 leitos de Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). Realiza em média 550 cirurgias por mês de diferentes especialidades, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, cirurgia plástica, ortopedias, pediátricas e neurocirurgia.

O CC apresenta uma equipe multiprofissional, atualmente composta de cinco enfermeiros, 45 técnicos e auxiliares de enfermagem, dois estagiários de enfermagem, 16 anestesistas e mais de 40 cirurgiões, além de residentes em ginecologia e obstetrícia e residentes em cirurgia geral e pediatria.

As cirurgias eletivas ocorrem de segunda à sexta-feira, no horário das 07:30 até às 19:00. Porém, o setor funciona durante as 24 horas, atendendo às cirurgias de urgência e emergência.

### 5.3 PERCURSO METODOLÓGICO

**Primeira etapa** – A revisão de escopo foi desenvolvida considerando a necessidade de mapear as tecnologias educacionais capazes de subsidiar a disseminação da cultura de segurança. Essa revisão foi realizada conforme as recomendações de *Joana Briggs Institute Reviewers*: (1) definir e alinhar os objetivos e perguntas; (2) desenvolver e alinhar os critérios de inclusão com os objetivos e pergunta da revisão; (3) descrever a abordagem planejada para busca de evidências, seleção, extração de dados e apresentação das evidências; (4) buscar as evidências; (5) selecionar das evidências; (6) extrair as evidências; (7) analisar as evidências; e (8) apresentar o resultado e evidências em relação ao objetivo proposto (APÊNDICE A) (PETERS, *et al.*, 2020). A referida revisão foi registrada sob o DOI: 10.17605/OSF.IO/69RWC.

**Segunda etapa** - Estudo quantitativo descritivo, desenvolvido por meio do questionário HSOPSC (ANEXO A) traduzido e validado para o Brasil (SORRA, NIEVA., 2004). A justificativa para a escolha deste instrumento se dá pela sua ampla utilização em diversos países do mundo ao longo dos anos no ambiente cirúrgico (BODUR e FILIZ, 2010; MOGHRI *et al.*, 2012; GOLLE *et al.*, 2018; ABREU *et al.*, 2019; MAYA; MARÍN, 2020; FAGUNDES *et al.*, 2021).

Os participantes desta etapa foram profissionais da área médica, técnicos de radiologia e área da enfermagem atuantes no centro cirúrgico. Critérios de inclusão dos profissionais da área da enfermagem e técnicos de radiologia: profissionais que estiverem atuando na assistência do ambiente cirúrgico há mais de 30 dias. Critério de exclusão: profissionais que, embora não pertencessem ao centro cirúrgico, atuavam na cobertura de férias e/ou afastamentos e profissionais atuantes no setor que estivessem de licença médica, afastamento ou férias. Critério de inclusão dos profissionais da área médica: todos os profissionais cirurgiões e anestesistas que estivessem atuando nos últimos 30 dias em procedimentos cirúrgicos na instituição. Exclusão: profissionais médicos que estivessem de férias, licença médica ou que não estivessem comparecendo, no mínimo, uma vez por mês na instituição.

Coleta de dados: aplicado o instrumento HSOPSC, o qual é composto de 42 questões envolvendo a cultura de segurança, agrupada em 12 dimensões:

- 1.<sup>a</sup> Dimensão: Trabalho em equipe dentro das unidades;
- 2.<sup>a</sup> Dimensão: Expectativas da supervisão para melhoria contínua e promoção da segurança do paciente;

- 3.<sup>a</sup> Dimensão: Aprendizado organizacional;
- 4.<sup>a</sup> Dimensão: Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente;
- 5.<sup>a</sup> Dimensão: Percepção geral da segurança do paciente;
- 6.<sup>a</sup> Dimensão: Comunicação sobre os erros e *feedback*;
- 7.<sup>a</sup> Dimensão: Abertura para comunicação;
- 8.<sup>a</sup> Dimensão: Frequência dos eventos comunicados;
- 9.<sup>a</sup> Dimensão: Trabalho em equipe entre as unidades;
- 10.<sup>a</sup> Dimensão: Quadro de colaboradores;
- 11.<sup>a</sup> Dimensão: Transferências internas e passagem de plantão;
- 12.<sup>a</sup> Dimensão: Resposta não punitiva aos erros (SORRA, 2016).

Estas dimensões foram respondidas por meio da escala de *Likert*, de cinco pontos de acordo com o grau de concordância do participante. Sendo o escore: (1) discordo totalmente; (2) discordo; (3) não concordo e nem discordo; (4) concordo e (5) concordo totalmente.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), foi identificado por meio da chefia do departamento do centro cirúrgico os participantes segundo os critérios de inclusão e exclusão já mencionados. Em seguida, foi organizado um cronograma para coleta de dados, e após essa etapa, a pesquisadora fez contato com os participantes no próprio ambiente de trabalho, conforme horários disponibilizados pela chefia, geralmente nas trocas de sala, onde a equipe multiprofissional vinha até a sala de café ou conforto médico. No momento em que ocorreu o contato, foi feito o convite para o profissional participar da pesquisa com apresentação da pesquisa e seus objetivos.

O contato foi realizado de forma individualizada, para explicação da pesquisa e esclarecimento de dúvidas. Nos casos em que o participante concordava em participar, era-lhe oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE I) em duas vias (APÊNDICE B) para leitura e assinatura de uma das vias a ser entregue para constar na pesquisa. Ao término da assinatura, uma das vias foi entregue ao participante e a outra ficou em posse do pesquisador. Na sequência, foi oferecido o questionário para que o participante o preenchesse. Foi solicitado que fosse respondido o questionário logo após recebê-lo, para que não ocorresse o risco de viés, como o preenchimento do questionário em locais que não permitissem o participante vivenciar as rotinas e distratores do centro cirúrgico. A seguir, os dados foram tabulados em planilha do Excel e, após, analisados por meio de estatística descritiva e testes estatísticas. O panorama gerado pelos resultados apresentados é um dos indicativos que direcionou a elaboração do projeto de simulação para atingir os pontos específicos da cultura de segurança que apresentaram maior fragilidade.

Para a análise de dados, utilizou-se o programa SPSS v.25 com as análises representadas pela frequência absoluta e relativa. As variáveis quantitativas foram representadas por média e desvio-padrão. Também foram realizados testes paramétricos para comparar as médias das variáveis sexo/cargo/funções. Quando as variáveis possuíam duas categorias de distribuição era utilizado o teste de Mann-Whitney, e, quando possuía três ou mais categorias, era utilizado o teste de Kruskal-Wallis; O nível de significância adotado foi de 0,05.

**Terceira etapa** - Utilização da técnica *brainwriting*, criada pelo alemão Bernd Rohrbach em 1968, a qual é desenvolvida com seis pessoas com seis rodadas de ideias. São três ideias por pessoa em cada rodada; cada rodada, que tem o apoio e supervisão do moderador/pesquisador. tem a duração de cinco minutos (FERRARI *et al.*, 2019). Como são seis temas, cada participante inicia escrevendo três ideias em cada um dos temas (Por ex. participante 01, 03 ideias no tema 01; participante 02, 03 ideias no tema 02 e assim sucessivamente). Após cinco minutos, cada participante deverá passar as suas ideias, bem como seu tema, para o próximo participante e assim sucessivamente, até que todos os temas passem por todos os participantes e estes participantes possam descrever as ideias em todos os temas. Quando o papel do primeiro tema tiver passado por todos, será o término. Acredita-se que, ao término da tarefa 108 ideias serão descritas pelos participantes.

Os participantes desta etapa foram convidados de aleatória e intencional, haja vista que se pretendia compor o grupo com enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos nos diferentes turnos. Critérios de inclusão: ser profissional da equipe multiprofissional com mais de seis meses de atuação no ambiente cirúrgico. Critério de exclusão: profissionais que não estivessem presentes neste ambiente todas as semanas; e profissionais de outras unidades que estejam substituindo colega de férias ou licença médica.

Após terem sido identificados esses profissionais por meio da chefia do ambiente cirúrgico, foi realizado um contato com eles, conforme liberação da enfermeira assistencial. Em seguida, foi feita a apresentação dos objetivos desta etapa da pesquisa, bem como a forma como seria desenvolvida essa técnica (tempo previsto, local, maneira para coleta das ideias). Os convidados, que aceitaram participar, assinaram o TCLE (I) em duas vias com a pesquisadora, e uma das vias foi entregue ao participante. Após assinatura do TCLE (I), foi agendada uma data e horário para essa atividade, a qual foi realizada na sala de descanso do ambiente cirúrgico.

O moderador desta etapa foi a própria pesquisadora. Foi realizado um encontro na sala de capacitação do centro cirúrgico, e a duração foi de aproximadamente 40 minutos. No dia e horário agendados para realizar a atividade, a pesquisadora explicou aos participantes como seria desenvolvida a técnica. No início da atividade, a pesquisadora entregou um questionário

com questões relacionadas ao perfil sociodemográfico aos participantes (APÊNDICE C). Em seguida, explicou o que é cultura de segurança e o que são tecnologias educacionais. Logo deu-se início à primeira rodada apresentando cada um dos tópicos de cada rodada. Os tópicos de cada rodada foram elaborados, considerando o instrumento HSOPSC. A proposta foi de complementar as informações deste instrumento por meio de ideias vindas da equipe.

**1.º) Primeira rodada-** Tema: Descreva ideias que você acha que interferem na cultura de segurança;

**2.º) Segunda rodada-** Tema: Pontue ideias para melhorar a cultura de segurança;

**3.º) Terceira rodada-** Tema: Descreva ideias para você contribuir na melhoria da cultura de segurança;

**4.º) Quarta rodada-** Tema: Pontue ideias e desafios enfrentados para disseminar a cultura de segurança;

**5.º) Quinta rodada-** Tema: Descreva ideias de quais tecnologias educacionais podem ser usadas para disseminar a cultura de segurança;

**6.º) Sexta rodada-** Tema: Descreva ideias capazes de apoiar a disseminação da cultura de segurança com a equipe cirúrgica.

A análise dos dados ocorreu com simplicidade, onde foram lidos todos os resultados/ideias apresentadas pelos participantes e, em seguida essas foram agrupadas conforme os temas de cada rodada por similaridade de informações. Formando, assim, sugestões para disseminar a cultura de segurança no ambiente cirúrgico.

**Quarta etapa** - Desenvolvimento das guias clínicas com apoio do referencial da *Nursing Association for Clinical Simulation and Learning* com o arquivo *Standards of Best Practice: Simulation*, traduzido para o português, o qual corresponde ao manual de Padrões de Melhores Práticas do INACSL (2016).

Para a criação das guias clínicas, foram usados os onze critérios descritos no referencial teórico, além da técnica *snowball*, para aprimorar essas guias.

### **Critérios para descrição das guias clínicas**

**1.º Critério-** Avaliação das necessidades do local para a criação de uma simulação embasada na temática: para esse critério, foram usados os dados obtidos na revisão de escopo, onde foram indicados o tipo de simulação, modalidade e simuladores usados com maior frequência no ambiente cirúrgico, para disseminar a cultura de segurança. Ainda, foram utilizados os dados obtidos do instrumento HSOPSC, sendo possível avaliar as principais dimensões com maior fragilidade e, assim, elencar as prioridades de serem trabalhadas nas

guias clínicas. Aliado a isso, foram utilizadas as ideias com maior similaridade apontadas por eles na técnica *brainwriting*. Com essas informações, juntamente, a pesquisadora e sua orientadora fizeram uma ampla discussão até selecionarem as dimensões com maior fragilidade a serem trabalhadas e a temática das guias clínicas. Salienta-se que haveria a necessidade do desenvolvimento de outras guias clínicas, todavia, por ser uma dissertação de mestrado, optou-se por construir duas guias clínicas, as quais foram desenvolvidas considerando o modelo proposto (PEREIRA JÚNIOR e GUEDES, 2022) conforme (ANEXO B). Contudo nestas duas guias clínicas foram acrescentados distratores capazes de oportunizar a discussão no *debriefing* das outras duas dimensões consideradas frágeis.

**2. ° Critério-** Construção dos objetivos mensuráveis de cada uma das guias clínicas. Para o desenvolvimento deste critério, a pesquisadora e sua orientadora analisaram as duas dimensões selecionadas, avaliando cuidadosamente as fragilidades em relação à cultura de segurança e possíveis cenas do dia a dia, em que se enquadrariam estas dimensões. Paralelamente a esta discussão, foi avaliado com considerável rigor e cuidado cada uma das ideias apresentadas no *brainwriting*. Assim, foram aprimorados os temas das guias clínicas, seguidos dos objetivos que deveriam ser alcançados em cada cena, bem como as habilidades que seriam desenvolvidas.

**3. ° Critério-** Estruturação da simulação com a modalidade e teorias adequadas para atingir os objetivos: foram definidos os tipos de simulação, simuladores, participantes, materiais e outras demandas para orientar e conduzir a escrita da guia clínica. A pesquisadora avaliou a realidade em estrutura física, equipamentos e materiais, que a instituição fornece, para a execução da cena, considerando ser possível desenvolver as guias clínicas neste ambiente.

**4. °, 5. ° e 6. ° Critério-** Composição do cenário e o caso clínico do paciente de acordo com a temática; aprimoramento e fidelidade à cena; descrição minuciosa dos papéis de cada participante da cena, direcionando-os para os objetivos propostos. Nestas etapas, pesquisadora e orientadora buscaram detalhar o passo a passo do caso clínico descrevendo a doença e/ou situação problema a ser explorada com base na literatura de apoio, tais como livros de práticas de enfermagem e materiais do Ministério da Saúde para a segurança do paciente. Com isto, foi desenhada a composição do cenário e descrição dos papéis, considerando todos os elementos que compõem o mobiliário, os equipamentos, acessórios, materiais, medicamentos necessários para o alcance dos objetivos e execução das habilidades propostas, buscando, ao máximo, trazer fidelidade à cena. Além disso, buscou-se incluir no caso distratores, baseados nas principais ideias apontadas no *brainwriting* como fragilidades na cultura de segurança, que poderão auxiliar os participantes a alcançarem os objetivos de aprendizagem e competências propostas nas guias clínicas. Após a conclusão da descrição das guias clínicas pela pesquisadora, essas foram

enviadas para serem aprimoradas e avaliadas por especialistas na temática da cultura de segurança e em simulação, conforme é descrito a seguir.

**Quinta etapa- Utilização da técnica *snowball*.** Ao término da primeira versão das guias clínicas, essas foram conduzidas para a etapa da validação junto a profissionais com expertise na temática.

Para isso, foi utilizada a técnica *snowball* em razão desta técnica permitir uma amostra aleatória, onde os participantes iniciais de um estudo indicam outros participantes que, por conseguinte, podem indicar outros (BALDIN; MUNHOZ, 2011). Foi considerada uma amostra aleatória intencional de três participantes iniciais. Critérios de inclusão: ter experiência profissional comprovada em centro cirúrgico, segurança do paciente e uso de simulação há mais de cinco anos; possuir publicações nas temáticas: centro cirúrgico, segurança do paciente e uso de simulação. Para fazer parte da amostra, os participantes deveriam contar com dois dos critérios mencionados acima. A busca dos participantes ocorreu por meio do *curriculum lattes* com as seguintes palavras-chaves: Simulação; Cultura Organizacional; Enfermagem Perioperatória; Segurança do paciente; e Tecnologia educacional. Após a identificação dos participantes, foi realizado contato com esses profissionais via e-mail para convite de participação como avaliadores *experts* das guias clínicas. Inicialmente, foi enviado convite para três profissionais começarem as atividades e, após, indicassem outros colegas caso julgassem necessário.

Para aqueles que aceitaram participar desta etapa do estudo, foi enviado o TCLE (II) (APÊNDICE D) via e-mail para que pudessem assinar eletronicamente. Em seguida, um novo e-mail com as guias clínicas, para a realização da leitura e apontar suas recomendações, observações e ajustes que julgassem necessários em documento onde havia um quadro para esta finalidade (APÊNDICE E e F) com os seguintes escores: (1) manter o item; (2) manter com modificações; (3) excluir o item; (4) acrescentar item. Quando o especialista assinalava o escore 03 ou 04 e deveria fazer, na coluna à direita do quadro, a solicitação de mudança/exclusão/acréscimo proposto.

Foi determinado um prazo de 30 dias para essa etapa, entre envio do convite, envio dos documentos e retorno da avaliação. Como a técnica utilizada foi *snowball*, iniciaram os envios para três especialistas, que indicaram outros profissionais e, ao total, nove profissionais retornaram com a avaliação das guias clínicas. Após o retorno das guias clínicas, foram feitas adequações conforme as considerações das especialistas e analisados os dados das avaliações por meio de estatística simples. Os dados foram compilados em planilha no Excel e, em seguida, realizada estatística simples: média, máximo/mínimo e mediana.

**Sexta etapa- Avaliação das guias clínicas pelos participantes do teste-piloto:** Para essa etapa foram desenvolvidos os critérios 7.º; 8.º; 9.º; 10.º; e 11.º, os quais compuseram o teste-piloto das guias clínicas.

**Local:** Hospital Jaraguá, no quinto andar, no setor do centro cirúrgico, especificamente, na sala cirúrgica n.º6. **Guias de simulações:** ambas as guias foram compostas de simulações cênicas de baixa fidelidade, uma guia formada por paciente estandardizado e a outra guia híbrida, interpretada por um ator e um manequim.

**Participantes:** A amostra foi aleatória intencional, haja vista que a simulação aconteceu dentro do centro cirúrgico, no qual em outras salas estavam ocorrendo cirurgias. Os participantes foram selecionados conforme a disponibilidade de tempo para participar da cena. **Critérios de inclusão:** profissionais da equipe multiprofissional atuando na assistência do ambiente cirúrgico há mais de seis meses. **Critério de exclusão:** profissionais da equipe multiprofissional que, embora não pertencessem ao centro cirúrgico, estavam atuando na cobertura de férias e/ou afastamentos; e profissionais que, embora fossem atuantes no setor, encontravam-se afastados por licença médica, férias, dentre outros motivos.

Um dia antes da data previamente estabelecida para a simulação a pesquisadora organizou todo o ambiente de atuação com os materiais e equipamentos necessários para a execução da cena, além de ter identificado os participantes. Foram feitos vários convites à equipe multiprofissional. Todavia, não houve disponibilidade da equipe médica para participar desta atividade. Para aqueles que aceitaram participar da simulação, foi solicitado que assinassem o TCLE (III) (APÊNDICE G) em duas vias, sendo-lhes entregue uma das vias.

Após a assinatura do TCLE, foi combinado dia e horário previamente, na qual todos os participantes pudessem participar, conforme a disponibilidade dos mesmos.

- 6.º **Critério-** Descrição do início da simulação com *pré-briefing* e *briefing*: primeiramente, foi escrito na guia clínica como seriam desenvolvidas estas etapas. O *pré-briefing* foi realizado com os participantes, os quais foram informados verbalmente dos temas das simulações.

No *briefing* foram apresentados: tema da simulação, objetivos de aprendizagem, o tempo previsto para o desenvolvimento, local, equipamentos a serem usados na cena; e papéis da cena, desenvolvidos 10 minutos antes de entrar na atividade.

No dia anterior à realização do teste-piloto os participantes foram informados verbalmente dos temas da simulação.

No dia e local agendado, antes de iniciar a simulação, foi explicado que a temática a ser trabalhada na simulação foi proveniente da coleta de dados do questionário HSOPSC,

desenvolvido naquele centro cirúrgico. Foi esclarecido que a simulação não tinha a intenção de nota e/ou competição, que nesta cena era permitido errar. Foi apresentada a dimensão do questionário HSOPSC a ser trabalhada em cada uma das cenas, o tema proposto, objetivos da aprendizagem e as habilidades a serem desenvolvidas. Também foi contextualizado a respeito do tempo proposto e os papéis da cena. Os participantes (descritos no teste-piloto) receberam uma folha impressa com a descrição do caso e as tarefas a serem desenvolvidas, e, após ao *briefing*, eles tiveram dois minutos para a leitura e definição dos papéis entre eles. Em cada uma das simulações havia um ator, o qual recebeu o caso no dia anterior, sendo *briefado* pela pesquisadora e orientadora no dia simulação.

**8. ° Critério-** Descrição da finalização da simulação com o *debriefing* ou sessão de *feedback* e avaliações das facilitadoras da simulação. Para esta fase, foi descrito na guia clínica o apoio do *checklist* do examinador, na qual apresentavam os principais itens a serem avaliados e o desempenho na execução com duração média de 30 minutos. Ainda, foi criado um fluxograma com o passo a passo da simulação e a descrição de quais atividades cada membro deveria desenvolver na cena. Este estágio foi conduzido pela pesquisadora e sua orientadora logo após o término da simulação na própria sala aonde foi realizada a simulação. Para essa etapa foi usado computador, máquina fotográfica, tripé e data show para apresentação da cena gravada. Os participantes foram acomodados em cadeiras, para que pudessem ficar confortáveis para o momento e, em seguida, foi projetada a gravação da simulação, e, à medida que a cena transcorria, as facilitadoras pausavam a gravação e discutiam os pontos relevantes. Inicialmente, juntamente, a pesquisadora e a orientadora fizeram as seguintes perguntas: Como vocês se sentiram na cena? O que vocês acham que fizeram de muito interessante na cena que vale a pena ser repetido? O que vocês acham que não ficou bom na cena e precisa ser ajustado para ser melhorado na prática?

**9. ° Critério-** Inclusão dos participantes e facilitadores com experiência, além de equipes de suporte. Nesta fase, participaram a pesquisadora, que havia cursado recentemente uma disciplina sobre simulação na Universidade de São Paulo (USP), e sua orientadora, que possui experiência superior a dez anos no desenvolvimento de simulação, além de manuscritos e capítulos de livros publicados na temática. Vale salientar que ambas possuem embasamento técnico e teórico, para realizar análises e apontamentos pertinentes à cena. Ainda, fez parte uma enfermeira de outro setor do hospital que fez o papel de paciente em uma das guias e o papel de enfermeira do centro cirúrgico em outra guia. Nesta etapa, também houve a participação de dois estagiários do CC para auxiliar a montagem e desmontagem das cenas.

**10. ° Critério-** Fornecimento de ferramentas e recursos para que os participantes pudessem alcançar os objetivos da simulação: como ferramenta para alcance dos objetivos foram utilizadas: informações relacionadas à situação de partida da cena, apresentação dos objetivos e habilidades a serem desenvolvidos, além de documentos que apoiavam os participantes na cena como: identificação do leito do paciente; pulseira de identificação; descrição cirúrgica; boletim anestésico; prescrição médica para a SRPA; evolução de enfermagem da SRPA; descrição do caso para o participante; evolução dos sinais vitais da SRPA; e escala de Aldrete e Kroulik.

**11. ° Critério-** Criação de experiências baseadas nos testes-piloto, antes da implementação da simulação. Para esta etapa foram utilizadas duas escalas: Escala de Satisfação e Autoconfiança com a Aprendizagem (ALMEIDA, *et al.*, 2015) e Escala de Satisfação com as Experiências Clínicas Simuladas (ESECS) (BAPTISTA, *et al.*, 2014). Após o término do *debriefing*, os participantes foram convidados a utilizar estas escalas para avaliar a simulação. A Escala de Satisfação e Autoconfiança com a Aprendizagem avalia os domínios de “satisfação” e “autoconfiança” com o uso da técnica da simulação pela escala tipo *Likert* de cinco pontos e avalia 13 itens com os critérios de satisfação e autoconfiança, para os quais, quanto maior a pontuação maiores os níveis de satisfação e autoconfiança (ALMEIDA, *et al.*, 2015).

A ESECS possui 17 afirmações que envolvem a simulação nas dimensões práticas, realísticas e cognitivas. Os participantes puderam avaliar, por meio da escala tipo *Likert* com variação de um a dez, que o valor um corresponde ao menor nível de satisfação, e o valor dez, ao maior nível de satisfação (BAPTISTA, *et al.*, 2014).

Algumas adaptações em relação ao vocabulário foram necessárias, pois esta pesquisa foi realizada com profissionais da saúde formados e não estudantes como as escalas descrevem primariamente.

Os participantes receberam as escalas impressas (ANEXO C e D) para o preenchimento logo após o término do *debriefing*. Depois da entrega das escalas preenchidas para a pesquisadora, os dados foram compilados em uma planilha Excel procedendo-se, em seguida, à análise estatística simples por meio da média, máximo/mínimo e mediana.

#### 5.4 CUIDADOS ÉTICOS

A pesquisa foi desenvolvida conforme as recomendações da Resolução n.º466/2012 e seus complementos do Conselho Nacional de Saúde como preconizado pelo Ministério da

Saúde. A resolução norteia as pesquisas que envolvem seres humanos e respeita os princípios da bioética: autonomia, beneficência, justiça e não maleficência (BRASIL, 2012). O hospital no qual foi desenvolvido o estudo assinou a carta de anuência (ANEXO E) autorizando o estudo.

Os participantes da pesquisa foram convidados voluntariamente e verbalmente e, caso aceitassem participar, recebiam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) para procederem à sua leitura. No decorrer do estudo ou mesmo antes de seu início, o participante poderia desistir de participar sem qualquer ônus e/ou custo e seria retirado do mesmo.

Acredita-se que esta pesquisa não desencadeará danos físicos e emocionais aos participantes. Quanto aos riscos e desconfortos, há possibilidade de que algum desconforto pudesse ser gerado nos momentos de estresse pela possibilidade de se lembrarem de situações vividas no atendimento ao paciente no desenvolvimento das simulações, constrangimento durante o desenvolvimento da simulação e insegurança quando da realização da etapa do *debriefing*.

Caso ocorra qualquer uma das situações mencionadas ou qualquer dano associado ou decorrente da pesquisa à sua integridade física ou mental, diretos ou indiretos, imediatos ou tardios ou, ainda, se houver necessidade de interrupção do estudo, a pesquisadora esteve aberta a sanar as dúvidas existentes e lhes assegurar condições de acompanhamento, tratamento, assistência integral e orientação de maneira gratuita pelo tempo que for necessário, na forma de acompanhamento em serviços de saúde e com os profissionais que forem necessários, mesmo após o término da pesquisa. Ainda, ressalta-se que caso ocorram eventuais danos decorrentes do envolvimento da pesquisa, a pesquisadora se compromete a indenizar os participantes. Caso a pesquisadora identifique quaisquer uma das situações apresentadas acima, ou mesmo o participante, será informado ao Comitê de Ética em Pesquisa, em caráter emergencial, podendo, inclusive, ocorrer a suspensão do estudo.

Quanto aos benefícios, é possível citar vários, dentre esses: a mensuração da cultura de segurança no ambiente cirúrgico, a qual serve de apoio aos gestores da instituição para desenvolverem estratégias no sentido de melhorar a realidade da cultura de segurança no ambiente cirúrgico. Ainda, como benefícios a apresentação de uma tecnologia educacional/simulação validada, a qual pode ser utilizada em outras instituições. Além do conhecimento e experiência vivenciados pelos participantes da simulação.

Os dados coletados através deste estudo foram utilizados apenas para a construção e elaboração de trabalhos científicos, para serem apresentados e publicados em eventos e revistas. Todas as informações publicadas dos participantes, foram descritas de forma a manter a

integridade e anonimato dos mesmos. Caso os participantes desejem solicitar os resultados obtidos, a qualquer momento, até mesmo depois de publicados, poderão fazer contato com a pesquisadora através do endereço descrito no TCLE. Ao final do estudo como produto da pesquisa estão apresentados a comunidade os artigos publicados nos periódicos e para a direção do hospital e equipe do centro cirúrgico.

Salienta-se que durante toda a pesquisa, os dados foram mantidos sob sigilo absoluto, de posse somente da pesquisadora e orientadora. Na divulgação dos dados do estudo, nenhuma informação foi passada a outras pessoas nem a exposição dos nomes dos participantes. Em todos os momentos os resultados foram descritos com codinomes: profissional 1, profissional 2, profissional 3 e assim sucessivamente, garantindo sigilo e privacidade. Garante-se que nenhum outro dado sensível, que possa identificar o participante foi divulgado.

Devido a esta pesquisa envolver seres humanos, considera-se importante reforçar que ela atende a todas as especificações da Resolução 466/2012. Ainda, destaca-se que a confidencialidade das informações é garantida em todos os momentos do desenvolvimento da pesquisa. Contudo, embora todos os cuidados foram tomados durante a construção e desenvolvimento da pesquisa, há possibilidade, mesmo que remota, de quebra de sigilo dos dados, mesmo que de maneira involuntária e não intencional. Os dados obtidos na coleta e simulação clínica estão armazenados em local seguro, fisicamente, aqueles materiais impressos e os dados gerados serão apagados imediatamente depois da sua utilização no *debriefing* com os participantes do teste-piloto.

Ressalta-se que a participação nesta pesquisa foi voluntária e sem ganho financeiro. Conforme a Resolução n. ° 466/2012 nos seus itens II.7, II.21, IV.3.g e IV.3.h, fica garantido o ressarcimento para despesas previstas ou imprevistas, de qualquer natureza que possam vir a acontecer, além da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Os participantes que tiveram custo em deslocamento, para virem ao hospital participar da pesquisa, os valores foram ressarcidos pelas pesquisadoras.

Este estudo faz parte da pesquisa de mestrado, a qual foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP sob o registro CAAE: 57625422.7.0000.0121 (ANEXO F).

## 6 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados na forma de manuscritos e produto, seguindo a Normativa 01/MPENF/2014 que define critérios para a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem - Mestrado Profissional - da UFSC.

Desta forma, os resultados deste estudo foram apresentados na forma de manuscritos, para incentivar as futuras publicações da pesquisa desenvolvida.

### 6.1 MANUSCRITOS

#### 6.1.1 Estratégias educacionais capazes de promover a cultura de segurança do paciente no ambiente cirúrgico

Este artigo foi submetido a Revista Anna Nery assim não será apresentado na íntegra, apenas o resumo. Em anexo encontra-se a comprovação do envio à revista (ANEXO G). Destaca-se que este manuscrito contemplou o primeiro objetivo específico da pesquisa.

### RESUMO

**Objetivo:** Mapear estratégias educacionais capazes de promover a cultura de segurança do paciente no ambiente cirúrgico. **Método:** Revisão de escopo baseada na metodologia proposta pelo Instituto *Joanna Briggs*. As buscas foram realizadas de março a junho de 2022, em seis bases de dados, por dois revisores independentes. Foram incluídos artigos originais, nos idiomas inglês, português e espanhol publicados no espaço temporal entre janeiro 2016 a fevereiro de 2022. **Resultados:** A amostra final foi composta por 16 artigos elegíveis. Em sua maioria os artigos foram publicados em 2018 (4; 25%) e 2021 (3; 18,7%), com origem nos Estados Unidos (5; 31,2%), Holanda (3; 18,7%) e Canadá (2; 12,5%). As estratégias educacionais com maior destaque foram os treinamentos, seguido dos vídeos e simulações. As estratégias educacionais identificadas buscaram promover, apresentar, treinar e aprimorar as habilidades dos profissionais de saúde em relação as práticas assistenciais e com isso contribuir para a promoção da cultura de segurança no ambiente cirúrgico. **Conclusão e implicações para a prática:** O estudo demonstrou que as estratégias educacionais empregadas promovem integração e envolvimento da equipe de saúde. Buscam por meio das capacitações o aprimoramento e apoiam a disseminação da cultura de segurança.

**Descritores:** Cultura Organizacional; Centro Cirúrgico; Enfermagem Perioperatória; Segurança do paciente; Simulação.

## 6.1.2 Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: perspectiva da equipe cirúrgica

### RESUMO

**Objetivos:** Mensurar a cultura de segurança no ambiente cirúrgico e identificar ideias baseadas nas concepções de segurança dos profissionais do ambiente cirúrgico capazes de auxiliar na disseminação da cultura de segurança. **Método:** Estudo quantitativo descritivo realizado com profissionais do centro cirúrgico de um hospital filantrópico da região sul do país. Participantes do estudo: profissionais da equipe de saúde que exerciam suas atividades no setor do centro cirúrgico. Os dados foram coletados entre os meses de maio a setembro de 2022 com a utilização do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* e técnica *brainwriting*. A análise dos dados ocorreu por meio de testes estatísticos e formação de nuvem de palavras. **Resultados:** Participaram do estudo 89 profissionais do centro cirúrgico, dos quais, 46,1% faziam parte da equipe médica; e 44,9%, da equipe de enfermagem. E, ainda, 55,1% do sexo feminino com média de idade de 37,2 anos e tempo de atuação no centro cirúrgico de 93,5 meses. A nota geral para segurança do paciente foi “muito boa” (60,6%). Não foram identificadas dimensões classificadas como fortaleza para a segurança do paciente. As dimensões alusivas foram: ao fortalecimento da cultura de segurança, o apoio da gestão hospitalar, comunicação sobre erros e *feedback* e abertura para comunicação. Fragilidades encontradas: frequência de eventos comunicados, trabalho em equipe, transferências internas e passagem de plantão e resposta não punitiva aos erros. Na nuvem de palavras, as ideias com maior destaque descritas pelos participantes foram relacionadas a pressa em executar as atividades e também no trabalho diário, a falta de comunicação e atitudes ríspidas e impacientes com a equipe, além da necessidade de capacitação e treinamentos e reuniões focadas no tema de segurança do paciente, proporcionando discussões entre o grupo. **Conclusão:** É possível identificar áreas frágeis na cultura de segurança deste centro cirúrgico que precisam de atenção especial, as quais são as dimensões com avaliações menos positivas. Assim, fazem-se necessárias ações capazes de fortalecer o trabalho em equipe, centradas na cultura de segurança e com foco na melhoria da ambiência da unidade cirúrgica.

**Descritores:** Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Enfermagem Perioperatória; Centros Cirúrgicos.

### INTRODUÇÃO

A cultura de segurança é conceituada como um produto de atitudes, percepções, crenças, valores, competências e padrões de comportamento individuais e/ou realizados por um grupo de pessoas (ABREU *et al.*, 2019). Assim, a disposição de entender até que ponto os profissionais da saúde compreendem a respeito da cultura de segurança é uma etapa importante para interpretar a visão organizacional da instituição e, assim, promover ações para melhorar a segurança do paciente (DREWES, DASTING e GISVOLD, 2021; AZYBI, KARWOWSKI e DAVAHLI, 2021).

A compreensão de tais informações apoia as instituições no planejamento de métodos direcionados aos pontos fracos encontrados bem como na formulação de estratégias capazes de mitigar e prevenir erros e eventos adversos na assistência (AZYBI, KARWOWSKI e DAVHLI, 2021; LEMOS *et al.*, 2022).

No ambiente cirúrgico, por ser este um espaço onde são realizadas cirurgias de grande complexidade, além de contar com intensa circulação da equipe multiprofissional está suscetível à ocorrência de maior risco de eventos adversos e incidentes, os quais podem ser leves, graves ou gravíssimos, podendo levar a danos graves à vida do paciente, equipe ou, até mesmo, à morte do paciente (WHO, 2009). Frequentemente, esses eventos adversos no ambiente cirúrgico estão relacionados com: ato anestésico; punção/laceração acidental; corpo estranho deixado durante o procedimento; complicações cirúrgicas; e erros nas demarcações de lateralidade (OLIVEIRA *et al.*, 2019; BATISTA *et al.*, 2019).

Dentro deste contexto, identifica-se diferentes estudos realizados no ambiente cirúrgico no sentido de mensurar a cultura de segurança e promover melhorias neste local de trabalho onde ocorre considerável fluxo de profissionais e pacientes. Esses estudos pontuam que as dimensões: “aprendizado organizacional e melhoria contínua” se revelam como áreas fortes na instituição. Já as dimensões fragilizadas “trabalho em equipe dentro das unidades”, “abertura para a comunicação”, “resposta punitiva aos erros” e “adequação de pessoal” são consideradas como urgentes em relação à necessidade de serem atendidas (BOHOMOL; MELO, 2019; ROCHA *et al.*, 2021). Outro estudo de 2021, realizado no sul do país, em ambiente cirúrgico identificou que a segurança está fragilizada na maior parte das dimensões analisadas, sendo avaliada como “regular” (FAGUNDES *et al.*, 2021).

Estudos internacionais no ambiente cirúrgico apresentam como pontos fortes: o “trabalho em equipe”; “aprendizagem organizacional e melhoria contínua”; e, como pontos fracos: “abertura de comunicação”; “pessoal”; e “frequência de eventos relatados e resposta não punitiva a erros” (ALQUWEZ, *et al.*, 2018; ALI, *et al.*, 2018).

Ante os estudos apresentados, compreende-se que há diferentes cenários quanto à cultura de segurança no ambiente cirúrgico no Brasil, bem como em outros países. Assim, o desenvolvimento de novos estudos que buscam conhecer essa realidade, aliado à avaliação das dimensões e da visão da equipe quanto ao cenário da cultura de segurança no ambiente cirúrgico é fundamental no sentido de subsidiar gestores, equipe e governantes para o planejamento de ações que tenham impacto na disseminação da cultura de segurança neste ambiente de saúde.

Haja vista que, a ação de avaliar as dimensões da cultura de segurança bem como de entender o olhar do profissional que está na prática, sob a sua ótica, aliada às necessidades da

equipe para melhorar este cenário oportunizam a participação, de maneira efetiva, destes profissionais que convivem diariamente no ambiente cirúrgico. Em razão de serem estes, na verdade, que conhecem a realidade, a estrutura e as dificuldades vivenciadas para melhorar a cultura de segurança neste setor. O que contribui para tornar este ambiente mais seguro, harmonioso e acolhedor entre as equipes de trabalho.

Certamente, o conhecimento de tais dados no ambiente cirúrgico de cada instituição favorece a criação de medidas para o fortalecimento e promoção da cultura de segurança e, conseqüentemente, diminuição dos eventos adversos e erros relacionados à assistência em saúde. Nessa perspectiva, o presente estudo foi constituído pela seguinte questão norteadora: “Como é a cultura de segurança na perspectiva da equipe de saúde em um centro cirúrgico?” Como objetivos: mensurar a cultura de segurança no ambiente cirúrgico e identificar ideias baseadas nas concepções dos profissionais do ambiente cirúrgico capazes de auxiliar a disseminação da cultura de segurança.

## **MÉTODO**

### **Desenho, local do estudo e período**

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo, com o objetivo de avaliar a cultura de segurança do paciente com base na visão da equipe de saúde em um centro cirúrgico. Desenvolvido em um hospital filantrópico da região do Vale do Itajaí, no estado de Santa Catarina. O período para coleta de dados foi entre os meses de maio a setembro de 2022.

### **Participantes**

A equipe multiprofissional que atuava no centro cirúrgico na ocasião em que foi desenvolvido este estudo era composta por dois técnicos de radiologia que atuavam exclusivamente na área, cinco enfermeiros do centro cirúrgico, dois estagiários de enfermagem e 45 técnicos de enfermagem que atuavam nas funções de instrumentador cirúrgico e circulante de sala. A equipe médica era composta pelos profissionais que mais atuavam no centro cirúrgico, contemplando 16 anestesistas, além de um número superior a 40 cirurgiões e/ou residentes das especialidades ginecologia/obstetrícia e cirurgia geral.

Os participantes foram profissionais da equipe de saúde que exerciam suas atividades no setor do centro cirúrgico. Sendo 46 profissionais da enfermagem, dois técnicos de radiologia, 14 anestesistas e 27 cirurgiões atuantes no mês, totalizando 89 profissionais. A amostra foi

calculada, considerando um índice de significância de 95%. Assim, a amostra foi composta por 89 participantes.

Como critérios de inclusão para equipe de enfermagem e técnicos de radiologia: profissionais que atuavam há, pelo menos, 30 dias na assistência em ambiente cirúrgico. Critérios de exclusão: profissionais que não pertenciam ao centro cirúrgico ou que estivessem atuando para cobertura de férias e/ou trocas.

Critérios de inclusão para equipe médica: todos os profissionais médicos (anestesiologistas e cirurgiões) que estavam atuando nos últimos 30 dias no centro cirúrgico. Critérios de exclusão: profissionais que estavam de férias, licença médica ou que não compareceram, pelo menos, uma vez por mês na instituição durante o período da coleta de dados.

### **Desenvolvimento da coleta de dados e análises estatísticas**

A coleta de dados foi desenvolvida em duas etapas: **Primeira etapa-** mensuração da cultura de segurança por meio do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSO-PSC) autoaplicável, utilizando-se da versão brasileira do instrumento, validada e adaptada culturalmente (REIS, 2016). **Segunda etapa-** no momento em que se propôs identificar ideias para disseminar a cultura de segurança no ambiente cirúrgico foi utilizada a técnica *brainwriting*, que consiste na troca de ideias por um grupo de participantes por determinado tempo. Cada participante recebe um papel para escrever as suas ideias, podem conter perguntas direcionadas sobre o tema, e, depois de certo tempo, é interrompida a escrita e o papel é trocado com o colega ao lado, assim, cada participante adiciona novas ideias à folha. O objetivo desta técnica é que todos os envolvidos possam contribuir expondo ideias referentes àquele problema ou temática (FERRARI, 2019).

Para a coleta de dados de ambas as etapas, a pesquisadora formalizou com a equipe administrativa da instituição o início da referida coleta de dados. Em seguida, foi feito contato com todos os profissionais já mencionados via chefia da unidade. Neste momento, foram explicados os objetivos da pesquisa e, ainda, como seria a coleta de dados. Para os profissionais que aceitaram participar, foram entregues duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as quais eram assinadas por eles e, em seguida, o pesquisador, entregava uma cópia para os participantes.

**Primeira etapa-** após assinar o TCLE, a pesquisadora fornecia uma cópia do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) e solicitava que o participante procedesse ao seu preenchimento. O tempo médio de preenchimento foi de cerca de 20 minutos.

Depois do término do preenchimento do instrumento, esse era identificado com numeração aleatória. O referido instrumento conta com variáveis sociodemográficas para caracterização da amostra e 42 questões relacionadas à cultura de segurança do paciente, agrupadas em 12 dimensões, sendo elas: Trabalho em equipe dentro das unidades; Expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança; Aprendizado organizacional – melhoria contínua; Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; Percepção geral da segurança do paciente; Retorno da informação e comunicação sobre os erros; Abertura da comunicação; Frequência da notificação de eventos de segurança; Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares; Adequação de pessoal; Mudanças de turno e transições entre unidades/serviços; respostas não punitiva aos erros.

Estas dimensões foram avaliadas individualmente pela escala de *Likert* com atribuições que variam de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Para a análise dos dados, utilizaram-se as recomendações da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) como áreas frágeis para segurança do paciente que correspondem a itens com 50% ou menos de respostas positivas. Sendo o percentual de respostas positivas para possíveis áreas fortes para a cultura de segurança com 75% de respostas positivas (“concordo totalmente” ou “concordo”) ou dimensões escritas, negativamente, com 75% de respostas negativas (“discordo totalmente” ou “discordo”) (SORRA *et al.*, 2016).

Os dados coletados foram tabulados em uma planilha do Microsoft Office Excel por dupla conferência na digitação e correção das inconsistências. As variáveis categóricas foram representadas pela frequência absoluta e relativa. As variáveis quantitativas foram representadas por média e desvio-padrão, pela mediana e intervalo interquartil (mediana [P25; P75]) e amplitude, e foi realizada a verificação das distribuições das 12 dimensões pelo teste de normalidade de Shapiro-Wilk.

Foi realizado o teste paramétrico [t para amostras independentes] para comparar as médias das variáveis sexo e cargos e funções. Quando uma das categorias das variáveis categóricas estudadas teve tamanho (n) menor que 12 sujeitos, as variáveis quantitativas foram comparadas por testes não paramétricos devido à sensibilidade do teste de normalidade. Quando as variáveis possuíam duas categorias, a distribuição das dimensões era comparada pelo teste de Mann-Whitney; quando possuía três ou mais, a comparação era realizada pelo teste de Kruskal-Wallis; esse último, quando significativo, era comparado pelo teste par a par (post-hoc) de Dunn e usado o sistema de letras para apontar as categorias estatisticamente diferentes. O nível de significância adotado foi de 0,05. As análises foram realizadas no SPSS v.25.

**Segunda etapa-** desenvolvimento da técnica *brainwriting*, nesta etapa foi selecionada uma amostra aleatória de seis pessoas da equipe de saúde atuante no centro cirúrgico, haja vista que se pretendia ter neste grupo profissionais que trabalhavam em diferentes turnos de trabalho. Primeiramente, foi-lhes explicado como seria essa atividade. Para condução desta técnica, a autora fez contato com os profissionais, convidando-os a fazerem parte desta etapa, apresentando-lhes os objetivos, como seria a participação deles bem como o local da atividade e o tempo previsto. Depois do aceite, eles assinaram o TCLE em duas vias e, em seguida, a data da atividade foi agendada. Essa atividade foi realizada em um espaço reservado no centro cirúrgico para descanso. No dia e horário agendados, a autora iniciou o encontro, explicando como seria a atividade, onde cada rodada durava cinco minutos, e, nesses cinco minutos cada participante escrevia suas ideias sobre cada tema, até todos os envolvidos tivessem descrito suas ideias em todos os temas. O encontro durou 35 minutos.

As informações para a formação de cada tema das rodadas foram extraídas com base no questionário utilizado na primeira etapa. Assim, os seguintes temas selecionados: **Primeira rodada-** Descreva ideias que você acredita que interferem na cultura de segurança; **Segunda rodada-** Pontue ideias para melhorar a cultura de segurança; **Terceira rodada-** Descreva ideias que pudessem contribuir para a melhoria da cultura de segurança; **Quarta rodada-** Pontue ideias baseadas em desafios enfrentados para disseminar a cultura de segurança; **Quinta rodada-** Descreva ideias acerca de tecnologia educacional que possam ser usadas para disseminar a cultura de segurança; e **Sexta rodada-** Descreva ideias que possam disseminar a cultura de segurança na equipe cirúrgica.

Para análise dos dados, a autora agrupou todas as informações obtidas em cada tema em um quadro, considerando a similaridade, onde mostra cada uma das ideias seguida do número de vezes em que esta ideia surgiu na escrita dos profissionais participantes.

### **Aspectos éticos**

Respeitaram-se todas as normas éticas e legais referentes às pesquisas com seres humanos conforme a resolução n.º466/2012, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer n.º5.425.353, inscrita no CAAE: 57625422.7.0000.0121. O anonimato dos participantes foi mantido em todas as fases do estudo bem como o sigilo das informações coletadas com acesso restrito à equipe de pesquisa.

## RESULTADOS

Os resultados do estudo serão apresentados em duas etapas: primeiramente, os dados obtidos considerando o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), os quais serão apresentados por meio de tabelas. Já na técnica *brainwriting*, será utilizado um quadro.

Na etapa da coleta de dados por meio do HSOPSC participaram do estudo 89 profissionais atuantes na assistência do centro cirúrgico, correspondendo a 41 (46,1%) médicos, 40 (44,9%) técnicos de enfermagem, 4 (4,5%) enfermeiras, seguido de dois (2,2%) estagiários de enfermagem e dois (2,2%) técnicos de radiologia. Verificou-se que 55,1% são do sexo feminino e 44,9%, do sexo masculino.

A tabela 1 apresenta as variáveis sociodemográficas dos participantes, o questionamento de conhecer o *checklist* de cirurgia segura e a nota geral para segurança do paciente no ambiente cirúrgico. Para a realização das análises, optou-se por agrupar as funções dicotômicas como: equipe médica (anestesista e cirurgião) e equipe assistencial (enfermeiras, estagiários de enfermagem, técnico de enfermagem e técnico de radiologia). Conforme dados obtidos na tabela 1, nota-se que o maior número de participantes está relacionado à orientação sexual feminina; quanto à formação profissional, o maior número envolve técnicos de enfermagem e médicos. Já no grau de escolaridade, envolveu o nível médio e graduação. Quanto à função, os circulantes e instrumentadores predominaram. A nota geral para segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital foi considerada muito boa.

Tabela 1 – Caracterização da amostra – Descrição das variáveis categóricas por frequência absoluta e relativa. Florianópolis, Santa Catarina, 2022.

Variáveis	n (%)
<b>Qual é a sua orientação sexual</b>	
Feminino	49 (55,1)
Masculino	40 (44,9)
<b>Formação profissional</b>	
Enfermeiro	4 (4,5)
Estagiário de Enfermagem	2 (2,2)
Médico	41 (46,1)
Técnico de enfermagem	40 (44,9)
Técnico em radiologia	2 (2,2)
<b>Grau de escolaridade</b>	
Doutorado	1 (1,1)

Tabela 1 – Caracterização da amostra – Descrição das variáveis categóricas por frequência absoluta e relativa (continuação).

Variáveis	n (%)
Pós graduação	15 (16,9)
Pós graduação incompleta	1 (1,1)
Superior completo	30 (33,6)
Superior incompleto	5 (5,6)
Técnico completo	37 (41,6)
<b>Cargos e Funções</b>	
Anestesista	14 (15,7)
Enfermagem (técnico + estagiário)	42 (47,2)
Cirurgião	27 (30,3)
Enfermeiro	4 (4,5)
Técnico em radiologia	2 (2,2)
<b>Cargos e Funções (dicotômicas)</b>	
Equipe médica	41 (46,1)
Equipe assistencial contratada	48 (53,9)
<b>Você conhece o <i>checklist</i> de cirurgia segura</b>	
Não	3 (3,4)
Sim	86 (96,6)
<b>Nota geral para segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital</b>	
Excelente	10 (11,3)
Muito boa	54 (60,6)
Regular	24 (27,0)
Ruim	0 (0,0)
Muito ruim	1 (1,1)

Fonte de dados: os autores, 2022.

A tabela 2 apresenta a caracterização da amostra considerando a idade, tempo de atuação na instituição, unidade e horas semanais bem como a indicativa de eventos adversos relatados nos últimos 12 meses. Nota-se que a média de idade mostra adultos jovens (37,29 anos). Já o tempo de atuação na instituição e na unidade de internação foi superior a 93 meses o que representa mais de oito anos de atuação tanto na instituição como no ambiente cirúrgico. No que se refere ao número de eventos adversos notificados, percebe-se que a média é de 0,65 a cada doze meses.

Tabela 2 - Caracterização da amostra – Descrição das variáveis quantitativas por média e desvio-padrão, mediana e intervalo interquartilico e por mínimo e máximo. Florianópolis, Santa Catarina, 2022.

	média (DP)	P50 [P25; P75]	min-máx
<b>Idade</b>	37,29 (11,06)	37 [28; 42]	21 - 69
<b>Tempo de atuação no hospital (meses)</b>	99,76 (99,69)	84 [16; 144]	1 - 460
<b>Tempo de atuação na unidade (meses)</b>	93,57 (99,23)	63 [16; 144]	1 - 460

Tabela 2 - Caracterização da amostra – Descrição das variáveis quantitativas por média e desvio-padrão, mediana e intervalo interquartilístico e por mínimo e máximo (continuação).

	média (DP)	P50 [P25; P75]	min-máx
<b>Quantas horas por semana você trabalha nessa unidade</b>	35,65 (14,58)	40 [30; 44]	4 - 70
<b>Indique o número de eventos relatados nos últimos 12 meses</b>	0,65 (2,33)	0 [0; 0]	0 - 20

Fonte de dados: os autores, 2022.

Na tabela 3, apresenta-se a média entre as dimensões conforme instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). No que se refere às menores médias, nota-se que as dimensões 8, 9, 11 e 12 obtiveram as piores médias, as quais se mantiveram entre 2,82 e 2,97. Já as melhores dimensões pontuadas foram: 3 e 4 (3,73), seguido da dimensão 5 (3,36) e da dimensão 6 (3,39).

Tabela 3 - Média entre as dimensões conforme instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Florianópolis, Santa Catarina, 2022.

Dimensão	média (DP)	P50 [P25; P75]	min-máx
Dim1	3,20 (0,84)	3,50 [2,50; 3,75]	1,25 - 5,00
Dim2	3,14 (1,06)	3,33 [2,33; 4,00]	1,00 - 5,00
<u>Dim3</u>	<u>3,73 (0,67)</u>	3,75 [3,25; 4,00]	2,25 - 5,00
<u>Dim4</u>	<u>3,73 (0,78)</u>	4,00 [3,33; 4,33]	1,33 - 5,00
<u>Dim5</u>	<u>3,36 (0,75)</u>	3,50 [2,75; 4,00]	1,25 - 5,00
<u>Dim6</u>	<u>3,39 (0,76)</u>	3,33 [3,00; 4,00]	1,67 - 5,00
Dim7	3,23 (0,88)	3,33 [2,67; 4,00]	1,33 - 5,00
<b>Dim8</b>	<b>2,83 (0,64)</b>	3,00 [2,33; 3,33]	1,33 - 4,67
<b>Dim9</b>	<b>2,83 (0,61)</b>	2,75 [2,50; 3,25]	1,00 - 4,50
Dim10	3,15 (0,89)	3,33 [2,67; 3,67]	1,33 - 5,00
<b>Dim11</b>	<b>2,97 (0,80)</b>	3,00 [2,50; 3,50]	1,00 - 5,00
<b>Dim12</b>	<b>2,82 (0,83)</b>	2,75 [2,25; 3,50]	1,00 - 5,00

Fonte de dados: os autores, 2022.

**Legenda:** As dimensões da cultura de segurança estão dispostas de D1 a D12, sendo: D1– trabalho em equipe na unidade; D2- expectativas da supervisão para melhoria contínua e promoção da segurança do paciente; D3- Aprendizado organizacional; D4 – Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente; D5– Percepção geral da segurança do paciente; D6 – Comunicação sobre os erros e *feedback*; D7 – Abertura para comunicação; D8– Frequência de eventos comunicados; D9- Trabalho em equipe; D10- Quadro de colaboradores; D11- Transferências internas e passagem de plantão; D12 – Resposta não punitiva aos erros.

A tabela 4 apresenta as frequências negativas, nulas e positivas; nota-se que as dimensões com menor porcentagem positiva, as quais foram consideradas frágeis são: as dimensões 9, 11 e 12. Já as dimensões com melhor valor positivas foram: 4, 6 e 7, embora nenhuma das dimensões tenha sido considerada “área forte para a segurança do paciente”, obtendo 75% ou mais de respostas positivas.

Tabela 4 - Frequências negativas, nulas e positivas conforme o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Florianópolis, Santa Catarina, 2022.

Dimensão	Freq. Negativa (1-2)	Freq. Nula (3)	Freq. Positiva (4-5)
	n (%)	n (%)	n (%)
Dim1	116 (32,6)	67 (18,8)	173 (48,6)
Dim2	89 (17,6)	117 (23,1)	301 (59,4)
Dim3	53 (14,9)	108 (30,3)	195 (54,8)
<b>Dim4</b>	<b>30 (5,3)</b>	<b>159 (27,9)</b>	<b>381 (66,8)</b>
Dim5	81 (22,8)	77 (21,6)	198 (55,6)
<b>Dim6</b>	<b>66 (12,2)</b>	<b>135 (24,9)</b>	<b>341 (62,9)</b>
<b>Dim7</b>	<b>82 (11,0)</b>	<b>185 (24,9)</b>	<b>476 (64,1)</b>
Dim8	109 (11,7)	276 (29,7)	543 (58,5)
Dim9	164 (46,1)	78 (21,9)	114 (32,0)
Dim10	82 (17,9)	147 (32,0)	230 (50,1)
Dim11	127 (35,7)	104 (29,2)	125 (35,1)
Dim12	149 (41,9)	97 (27,2)	110 (30,9)

**Fonte de dados:** os autores, 2022.

**Legenda:** As dimensões da cultura de segurança estão dispostas de D1 a D12, sendo: D1– trabalho em equipe na unidade; D2- expectativas da supervisão para melhoria contínua e promoção da segurança do paciente; D3- Aprendizado organizacional; D4 – Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente; D5– Percepção geral da segurança do paciente; D6 – Comunicação sobre os erros e *feedback*; D7 – Abertura para comunicação; D8– Frequência de eventos comunicados; D9- Trabalho em equipe; D10- Quadro de colaboradores; D11- Transferências internas e passagem de plantão; D12 – Resposta não punitiva aos erros.

As tabelas a seguir apresentam a correlação entre as variáveis, orientação sexual, formação profissional, grau de escolaridade, cargos e funções, cargos e funções (dicotômicas), e se a pessoa conhece o *checklist* de cirurgia segura entre as dimensões com menor valor de respostas positivas (9, 11, 12), com vistas a identificar correlação entre as variáveis mencionadas com as dimensões cujos resultados foram os piores.

Na tabela 5, onde se encontra a avaliação entre as variáveis mencionadas com a dimensão 9, observa-se que na correlação entre a média geral, menor e maior média, também não houve nenhuma correlação entre os achados. Haja vista que o valor de *p* foi superior a 0,2 em todos os resultados.

Tabela 5 - Comparações das médias ou distribuições da dimensão 9 entre as categorias das variáveis estudadas. Florianópolis, Santa Catarina, 2022.

Dim9	média (DP)	P50 [P25; P75]	P
<b>Qual é a sua orientação sexual</b>			
Feminino (n=49)	2,81 (0,48)	2,75 [2,50; 3,25]	0,804*
Masculino (n=40)	2,84 (0,75)	2,88 [2,38; 3,25]	
<b>Formação profissional</b>			
Enfermeiro (n=4)	2,56 (1,03)	2,75 [1,75; 3,38]	0,903**
Estagiário de enfermagem (n=2)	2,75 (0,35)	2,75 [2,50; 3,00]	
Médico (n=41)	2,82 (0,68)	2,75 [2,50; 3,25]	

Tabela 5 - Comparações das médias ou distribuições da dimensão 9 entre as categorias das variáveis estudadas (continuação).

<b>Dim9</b>	<b>média (DP)</b>	<b>P50 [P25; P75]</b>	<b>P</b>
Técnico de enfermagem (n=40)	2,84 (0,50)	2,75 [2,50; 3,00]	
Técnico em radiologia (n=2)	3,25 (0,71)	3,25 [2,75; 3,75]	
<b>Grau de escolaridade</b>			
Técnico completo (n=37)	2,88 (0,54)	2,75 [2,50; 3,25]	0,995**
E. Superior incompleto (n=5)	2,80 (0,27)	3,00 [2,50; 3,00]	
E. Superior (n=30)	2,78 (0,74)	2,75 [2,50; 3,25]	
Pós graduação (n=17)	2,79 (0,61)	2,75 [2,50; 3,00]	
<b>Cargos e Funções</b>			
Anestesiista (n=14)	2,88 (0,71)	3,00 [2,50; 3,25]	0,869**
Enfermagem (técnico + estagiário)	2,84 (0,49)	2,75 [2,50; 3,00]	
Cirurgião (n=27)	2,79 (0,67)	2,75 [2,50; 3,25]	
Enfermeiro (n=4)	2,56 (1,03)	2,75 [1,75; 3,38]	
Tec. em radiologia (n=2)	3,25 (0,71)	3,25 [2,75; 3,75]	
<b>Cargos e Funções (dicotômicas)</b>			
Equipe médica (n=41)	2,82 (0,68)	2,75 [2,50; 3,25]	0,901*
Equipe assistencial contratada (n=48)	2,83 (0,55)	2,75 [2,50; 3,13]	
<b>Você conhece o <i>checklist</i> de cirurgia segura</b>			
Não (n=3)	3,25 (0,66)	3,00 [2,75; 4,00]	0,295***
Sim (n=86)	2,81 (0,61)	2,75 [2,50; 3,25]	

Fonte de dados: os autores, 2022.

Legenda: \*Teste paramétrico – teste t para amostras independentes; \*\*Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis; \*\*\* Teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

Na tabela 6, na qual são mensuradas as variáveis e a dimensão 10, observa-se que não houve nenhuma correlação entre as variáveis mencionadas e a dimensão avaliada. O único momento em que o  $p$  se apresenta com valor menor foi na variável cargos e funções. Ainda assim, não atingiu a correlação estatística que é  $p < 0,0001$ .

Tabela 6 – Comparações das médias ou distribuições da dimensão 10 entre as categorias das variáveis estudadas. Florianópolis, Santa Catarina, 2022.

<b>Dim10</b>	<b>média (DP)</b>	<b>P50 [P25; P75]</b>	<b>P</b>
<b>Qual sua orientação sexual</b>			
Feminino (n=49)	3,12 (0,89)	3,33 [2,67; 3,67]	0,751*
Masculino (n=40)	3,18 (0,90)	3,33 [2,50; 3,83]	
<b>Formação profissional</b>			
Enfermeiro (n=4)	2,83 (1,04)	3,17 [2,17; 3,50]	0,408**
Estagiário de enfermagem (n=2)	2,33 (0,47)	2,33 [2,00; 2,67]	
Médico (n=41)	3,13 (0,77)	3,33 [2,67; 3,67]	
Técnico de enfermagem (n=40)	3,19 (0,98)	3,17 [2,33; 4,00]	
Técnico em radiologia (n=2)	4,17 (1,18)	4,17 [3,33; 5,00]	
<b>Grau de escolaridade</b>			
Técnico completo (n=37)	3,29 (1,04)	3,33 [2,33; 4,00]	0,195**
E. Superior Incompleto (n=5)	2,47 (0,45)	2,67 [2,00; 2,67]	
E. Superior (n=30)	3,17 (0,65)	3,33 [3,00; 3,67]	

Tabela 6 - Comparações das médias ou distribuições da dimensão 10 entre as categorias das variáveis estudadas (continuação).

<b>Dim10</b>	<b>média (DP)</b>	<b>P50 [P25; P75]</b>	<b>P</b>
Pós graduação (n=17)	3,02 (0,95)	3,33 [2,33; 3,67]	
<b>Cargos e Funções</b>			
Anestesista (n=14)	3,57 (0,42)	3,67 [3,33; 4,00]	0,070**
Enfermagem (técnico + estagiário)	3,15 (0,98)	3,00 [2,33; 4,00]	
Cirurgião (n=27)	2,90 (0,81)	3,00 [2,33; 3,33]	
Enfermeira (n=4)	2,83 (1,04)	3,17 [2,17; 3,50]	
Técnico em radiologia (n=2)	4,17 (1,18)	4,17 [3,33; 5,00]	
<b>Cargos e Funções (dicotômicas)</b>			
Equipe médica (n=41)	3,13 (0,77)	3,33 [2,67; 3,67]	0,848*
Equipe assistencial contratada (n=48)	3,17 (0,99)	3,17 [2,33; 3,83]	
<b>Você conhece o <i>checklist</i> de cirurgia segura</b>			
Não (n=3)	2,44 (0,84)	2,33 [1,67; 3,33]	0,171***
Sim (n=86)	3,17 (0,89)	3,33 [2,67; 3,67]	

Fonte de dados: os autores, 2022.

Legenda: \*Teste paramétrico – teste t para amostras independentes; \*\*Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis; \*\*\* Teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

Na tabela 7, onde é avaliada a correlação entre as variáveis mencionadas com a dimensão 11, é possível perceber que, novamente, não houve correlação entre nenhuma das variáveis com a dimensão avaliada. Apesar de o *p* da variável orientação sexual ser igual a 0,037, estatisticamente não há correlação.

Tabela 7 - Comparações das médias ou distribuições da dimensão 11 entre as categorias das variáveis estudadas. Florianópolis, Santa Catarina, 2022.

<b>Dim11</b>	<b>média (DP)</b>	<b>P50 [P25; P75]</b>	<b>P</b>
<b>Qual sua orientação sexual</b>			
Feminino (n=49)	2,81 (0,83)	2,75 [2,25; 3,25]	0,037*
Masculino (n=40)	3,16 (0,73)	3,25 [2,75; 3,88]	
<b>Formação profissional</b>			
Enfermeiro (n=4)	2,69 (1,20)	3,00 [1,88; 3,50]	0,387**
Estagiário de enfermagem (n=2)	2,63 (0,88)	2,63 [2,00; 3,25]	
Médico (n=41)	3,07 (0,76)	3,00 [2,50; 3,50]	
Técnico de enfermagem (n=40)	2,88 (0,82)	2,75 [2,25; 3,38]	
Técnico em radiologia (n=2)	3,63 (0,18)	3,63 [3,50; 3,75]	
<b>Grau de escolaridade</b>			
Técnico completo (n=37)	2,95 (0,85)	3,00 [2,50; 3,50]	0,776**
E. Superior incompleto (n=5)	2,70 (0,65)	2,50 [2,25; 3,25]	
E. Superior (n=30)	3,03 (0,62)	3,00 [2,50; 3,50]	
Pós Graduação (n=17)	2,96 (1,06)	3,00 [2,25; 4,00]	
<b>Cargos e Funções</b>			
Anestesista (n=14)	3,25 (0,88)	3,50 [2,75; 4,00]	0,227**
Enfermagem (técnico + estagiário)	2,86 (0,82)	2,75 [2,25; 3,25]	
Cirurgião (n=27)	2,97 (0,69)	3,00 [2,50; 3,50]	
Enfermeira (n=4)	2,69 (1,20)	3,00 [1,88; 3,50]	

Tabela 7 - Comparações das médias ou distribuições da dimensão 11 entre as categorias das variáveis estudadas (continuação).

<b>Dim11</b>	<b>média (DP)</b>	<b>P50 [P25; P75]</b>	<b>P</b>
Técnico em radiologia (n=2)	3,63 (0,18)	3,63 [3,50; 3,75]	
<b>Cargos e Funções (dicotômicas)</b>			
Equipe médica (n=41)	3,07 (0,76)	3,00 [2,50; 3,50]	0,277*
Equipe assistencial contratada (n=48)	2,88 (0,84)	2,75 [2,25; 3,50]	
<b>Você conhece o <i>checklist</i> de cirurgia segura</b>			
Não (n=3)	2,58 (0,52)	2,75 [2,00; 3,00]	0,362***
Sim (n=86)	2,98 (0,81)	3,00 [2,50; 3,50]	

**Fonte de dados:** os autores, 2022.

**Legenda:** \*Teste paramétrico – teste t para amostras independentes; \*\*Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis; \*\*\* Teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

Na etapa da técnica *brainwriting*, os profissionais eram provenientes da área da enfermagem com idade média de 35 anos, com predomínio do sexo feminino (90 %), grau de escolaridade ensino médio completo em 50% da amostra, e o tempo de atuação ficou, em média, de 54 meses.

No total, surgiram 179 ideias gerais a partir da técnica, tiveram ideias repetidas e várias com temas semelhantes. No Quadro 2, apresenta-se as ideias que surgiram, em relação aos fatores que interferem na cultura de segurança: a pressa foi relatada pela maioria dos participantes, seguido da falta de comunicação e atitudes ríspidas e impacientes com a equipe. Já nas ideias para melhorar a cultura de segurança, as sugestões foram: incentivo aos treinamentos e orientações, seguido da necessidade de melhorar a comunicação entre os profissionais. Na temática: ideias para contribuir na melhoria da cultura de segurança surgiram principalmente trabalhar a calma com a equipe e desenvolver estratégias para melhorar a atenção concentrada da equipe. No que se refere aos desafios enfrentados para disseminar a cultura de segurança tem-se: ainda a pressa, embutida no grupo e também a necessidade que a gestão tenha atenção com o dimensionamento de profissionais, para que tenha um profissional fixo por sala. Quanto as ideias de tecnologias educacionais que podem ser usadas para disseminar a cultura de segurança tem-se as sugestões de elaborar vídeos na temática de cultura de segurança, execução de treinamentos focados nesta temática e com exemplos. Para o último tema a apresentação de ideias para disseminar a cultura de segurança surgiram as reuniões focadas na temática com exemplos, sugestão do cargo de coordenador da equipe médica com o envolvimento do tema e também capacitações frequentes na temática.

Quadro 2- Ideias descritas pelos participantes em cada um dos temas propostos na técnica *brainwriting*. Florianópolis, Santa Catarina, 2022.

TEMAS	PRINCIPAIS IDEIAS	N.º
1º) Fatores que interferem na cultura de segurança:	A pressa é o pior;	15
	Falta de comunicação e atitudes ríspidas e impacientes com a equipe;	13
	Há muita gritaria entre a equipe e conversas paralelas;	09
	Há falta de atenção da equipe;	06
	Há falta de informação para a execução das rotinas;	03
2º) Ideias para melhorar a cultura de segurança:	Seria interessante treinamento e orientação;	15
	Fundamental melhorar a comunicação entre os profissionais e com os pacientes;	09
	Incentivar o trabalho em equipe com atenção e calma;	04
	Possuir dimensionamento adequado para a quantidade de cirurgias;	03
3º) Descreva ideias para você contribuir na melhoria da cultura de segurança:	Trabalhar a calma com a equipe;	13
	Desenvolver estratégias para melhorar a atenção concentrada da equipe;	10
	Criar estratégias para melhorar as conversas com o paciente e a comunicação com a equipe;	09
	Realizar conferências e checagens;	03
4º) Pontue ideias de quais desafios são enfrentados para disseminar a cultura de segurança:	Ainda há muita pressa, precisamos trabalhar isso;	12
	É preciso que a gestão olhe para o dimensionamento inadequado e permita ter um profissional fixo por sala;	06
	É preciso valorizar mais a qualidade do que a quantidade de cirurgias;	04
5º) Descreva as ideias de tecnologias educacionais que podem ser usadas para disseminar a cultura de segurança:	Treinamentos focados nessa temática com exemplos;	10
	Elaborar vídeos com conteúdo a esse respeito;	08
	Talvez provas para avaliar o conhecimento da equipe;	03
6º) Descreva as ideias para disseminar a cultura de segurança junto com a equipe cirúrgica:	Capacitações frequentes seria o caminho;	12
	Seria interessante reuniões com a equipe focadas no tema;	05
	Interessante ter um coordenador da equipe médica envolvido com este tema;	05
	Promover a melhoria da comunicação com os cirurgiões;	02

Fonte de dados: os autores, 2022.

## DISCUSSÃO

O presente estudo demonstra que os participantes são adultos jovens, predominantemente, do sexo feminino, atuantes há mais de oito anos no ambiente cirúrgico da instituição em estudo. Cabe destacar a participação significativa da equipe médica. Corroborando outros estudos realizados que mensuram a cultura de segurança no ambiente cirúrgico, os dados deste

mostram que há similaridade quanto ao perfil dos participantes (KAKEMAM *et al.*, 2022; JABARKHIL *et al.*, 2021; ROCHA *et al.*, 2021) bem como o tempo de atuação da equipe de saúde (AOUICHA *et al.*, 2022).

Em relação à idade dos participantes, observou-se a predominância de adultos jovens. Kakemam *et al.*, (2022) mostra em seu estudo que enfermeiros com maior idade detêm melhor percepção em relação à cultura de segurança do paciente quando comparado a enfermeiros mais jovens, ressaltando que, à medida que o tempo de experiência dos profissionais progride, consequentemente, a percepção geral da cultura de segurança do paciente aumenta. Em face do exposto, outros autores encontraram resultados semelhantes em estudos que estabeleceram relação entre a idade e a percepção da cultura de segurança do paciente (MANSOUR; SHAOUR, 2021; KAKEMAM *et al.*, 2022; ZABIN *et al.*, 2022).

Quanto ao tempo de experiência, prevaleceram profissionais com mais de oito anos atuantes no centro cirúrgico da instituição. Certamente, por se tratar de uma unidade fechada com cuidados e procedimentos específicos, estes profissionais detêm maior domínio de normas e rotinas inerentes ao setor, o que contribui, de certa forma, para a segurança do paciente. Entretanto, estudos desenvolvidos por Bohomol e Melo (2019) e Martins, Matos e Salum (2019) apontam que quanto menor o tempo de experiência dos profissionais, maior é a facilidade de se adaptar de acordo com a cultura organizacional bem como a de segurança, pois uma vez admitidos são apresentados a esses profissionais os princípios norteadores de segurança institucional. Outro estudo desenvolvido na Arábia Saudita, aponta que o tempo de trabalho no hospital compreendido pelo período de um a cinco anos alcançou maior correspondência com o percentual positivo de cultura de segurança do paciente, porém, com o passar do tempo de experiência dos profissionais, observou-se menor percepção, ou seja, quanto mais tempo na unidade menor o quantitativo de respostas positivas (ABREU *et al.*, 2019).

No quesito da nota geral para a segurança do paciente em sua área/unidade de trabalho no hospital, apresentou resultado “muito bom”, além dos resultados encontrados nos estudos nacionais (ABREU *et al.*, 2019; FAGUNDES *et al.*, 2021; NOTARO *et al.*, 2019), o que corrobora os estudos internacionais (JABARKHIL *et al.*, 2021; ALRASHEADI *et al.*, 2022; HATA *et al.*, 2022; KAKEMAM *et al.*, 2022).

Ressalta-se um dado importante apontado por este estudo, relacionado ao fato de 96% dos participantes conhecerem o *checklist* de cirurgia segura. Isso está vinculado à sensibilização e ao compromisso destes profissionais na realização das etapas conforme preconiza a segurança do paciente em ambiente cirúrgico. Entretanto, esses dados não mostram se realmente essa ferramenta é utilizada ou não na prática diária. Vale ressaltar que o foco deste estudo não foi

avaliar o uso do *checklist* de cirurgia segura, mas, sim, fomentar que o *checklist* de cirurgia segura é um instrumento-chave para a segurança do paciente.

Em razão de o *checklist* de cirurgia segura ser um dos itens que compõe a cultura de segurança do paciente, esses dados reforçam que a equipe do ambiente cirúrgico tem noção deste instrumento. Estudos realizados, no Brasil, evidenciaram que há clareza pelos profissionais quanto à importância da ferramenta e de seu objetivo, porém há barreiras na adesão e realização do *checklist* de cirurgia segura pela equipe de saúde (SANTOS *et al.*, 2021; SILVA *et al.*, 2021). Já um estudo sueco identificou que a taxa de realização do *checklist* de cirurgia segura nas suas três etapas foi aplicada a 79% das intervenções cirúrgicas, sendo considerada alta. Porém, ressalta que precisam de melhorias na etapa do *sing out* (FRIDRICH; IMHOF; SCHWAPPACH, 2022). O que vai de acordo com estudo chinês que avaliou 860 procedimentos cirúrgicos e identificou o comprimento do *checklist* de cirurgia segura em 79,8% deles (TAN *et al.*, 2021).

No que diz respeito às dimensões da cultura de segurança do HSOPSC, obtiveram-se índices acima da média. Indicando que a gestão deste hospital se apresenta disponível para as questões de segurança do paciente. Estudo realizado em cinco hospitais Belgas por Azyabi, Karwowski e Davahli (2021) mostra que o apoio da gestão para com a segurança do paciente elevou as expectativas da supervisão no que diz respeito às ações que promovem as práticas seguras. Ainda Kaware *et al.* (2022) ressalta a importância de a gestão hospitalar criar uma via de acesso para apoiar os profissionais de saúde quando do relato de erros e trazer contribuições como maneira de minimizá-los, e, em contrapartida, conhecendo os fatores que induzem ao erro para propor melhorias em relação à segurança do paciente.

No que se refere ao resultado de cada uma das dimensões, na dimensão 6, referente a comunicações sobre os erros e *feedback*, essa obteve uma pontuação mediana, comparada às demais dimensões. Essa dimensão tem como finalidade mensurar a taxa de ocorrência de erros, os quais podem acontecer e serem revistos antes de afetar o paciente como também podem ocorrer e ocasionar agravos graves e até mesmo a morte do paciente, o que traz, também, a importância da notificação. Assim, compreende-se que tal dimensão precisa ser olhada com tato e cuidado pelos gestores em razão de ser fundamental para o trabalho em equipe e segurança do paciente, em especial, para a notificação de eventos adversos. Certificando os achados da pesquisa, Alqattan *et al.*, (2018) e Kaware *et al.*, (2022) em pesquisa realizada em Kuwait, mostram que a maioria dos enfermeiros expressa percepções negativas acerca da frequência de relato de erros, pois muitos desses erros não apresentavam potencial para prejudicar o paciente ou poderiam ser detectados e corrigidos antes de acometer o paciente, e, em vista disso não

relataram ou raramente relatam, reafirmando que inúmeros erros acontecem diariamente nos hospitais como falta de recursos humanos, medo da punição ou, ainda, pela ausência de notificações de eventos adversos.

Estudos internacionais da Árabia Saudita, Escócia e Jordânia apontam que esta dimensão, quando indica uma resposta altamente positiva, estava relacionada à comunicação de erros e ao *feedback*, onde apontam uma relação positiva entre respostas não punitivas a erros médicos e a frequência de notificação de erros médicos, conseqüentemente, reduzindo os eventos adversos em relação à segurança e queixas dos pacientes (ALSWAT *et al.*, 2017; AZYABI; KARWOWSKI; DAVAHLI, 2021).

Neste estudo, a dimensão 7, a qual aborda a abertura para comunicação, obteve um índice abaixo da média com relação às demais dimensões, remetendo, muitas vezes, ao medo ou à culpa de os profissionais realizarem a notificação, pois temem a exposição, impedindo que estes erros sejam corrigidos para que não ocorram novamente. Ree e Wiig (2019), em um estudo realizado na Palestina, considerou que a abertura para comunicação é um preditor relevante das percepções sobre a cultura de segurança do paciente. Tais dados indicam assim, a necessidade do fortalecimento de estratégias que tenham impacto na comunicação efetiva entre a equipe. Despertando nos serviços de educação continuada a necessidade de ações rápidas e efetivas para melhorar esta realidade em relação à equipe, haja vista que a melhoria da comunicação tem impacto direto na segurança do paciente.

Na dimensão 8, referente à notificação de eventos adversos, observaram-se taxas reduzidas, o que leva a refletir sobre quais os motivos que inibem os profissionais de realizarem as notificações dos erros relacionados à segurança do paciente. Ainda, compreende-se a necessidade de a instituição fortalecer a busca e o rastreamento de tais eventos não somente como ação punitiva, mas para fortalecer a segurança e a qualidade dos serviços prestados. Para Fagundes *et al.*, (2021), a ausência de notificações não significa que os eventos adversos não aconteçam, mas sim que a cultura de segurança não está totalmente implantada nas unidades, uma vez que a segurança do paciente sugere que incidentes precisam ser comunicados, o que possibilita que seja feita sua análise, além de proporcionar que medidas preventivas e educativas sejam aderidas pelas instituições. Neste sentido, esse estudo mostra a importância do fortalecimento da cultura de segurança bem como o rastreamento de possíveis eventos adversos.

Acerca das menores médias das dimensões, o estudo mostra que os piores resultados, considerando esta média, envolvem dimensões em que há fragilidades na notificação de eventos adversos, o que pode gerar uma notificação destes eventos em razão de não acreditarem na melhoria e/ou mudança que esse registro pode gerar no ambiente cirúrgico. Vale ressaltar que

tal situação pode desencadear eventos adversos graves, problemas judiciais, criminais, éticos e morais para a instituição e para os profissionais que são considerados como a terceira vítima em caso de eventos adversos.

A dimensão 9, referente ao trabalho em equipe entre as unidades, aponta um revés que comumente acomete as equipes intersetoriais, em razão de apresentarem resistência quando há necessidade de interação ou remanejamento provisório entre unidades. Essa dimensão está abaixo da média observada entre as demais dimensões, o que reforça a possibilidade de uma comunicação ineficiente, trabalho em equipe efetivo e cooperação entre profissionais das demais unidades que interagem com o ambiente cirúrgico, potencializando, assim, o risco de eventos adversos.

Estudos realizados mostram resultados diferentes para esta dimensão, onde os escores foram positivos, revelando que o profissional enfermeiro é o principal agente facilitador com habilidades e potencialidades para a promoção desses valores (WU; BUSCH, 2019; LACERENZA *et al.*, 2018; LOPEZ *et al.*, 2020). Já estudos nacionais e internacionais alegam que deve haver um clima de trabalho sensato, mantendo as relações interpessoais e multiprofissionais. Ainda, esses estudos reforçam ser imprescindível o incentivo promovido pela administração hospitalar para promover um trabalho em equipe efetivo (BOHOMOL; MELO, 2019; TRAN *et al.*, 2021; TELES; KAYA, 2019; KAKEMAM *et al.*, 2021; TLILI *et al.*, 2021).

Em relação à dimensão 11, a qual está relacionada a transferências e passagem de plantão, obteve-se um índice abaixo do esperado neste estudo. Considerando ser esta uma atividade de extrema relevância no cuidado em saúde, e compreendendo que a segurança do paciente está diretamente relacionada à continuidade da assistência em saúde, tal realidade poderá impactar diretamente em erros e eventos adversos, envolvendo a manutenção da vida do paciente. Estudo desenvolvido por Kaware *et al.*, (2022) mostra que as falhas relacionadas a transferências e à passagem de plantão são os principais fatores envolvendo erros na continuidade do cuidado.

Com relação aos dados obtidos por meio da técnica *brainwriting*, foi possível identificar que os fatores atribuídos por eles para melhorar a cultura de segurança envolvem, principalmente, pressa e a falta de comunicação. Fatores esses que reforçaram a fragilidade nos escores da dimensão comunicação, trabalho em equipe e relação intersetores. Tais informações destacam a vulnerabilidade, em especial, do respeito entre a equipe. Esses resultados enfatizam o quão necessário e urgente é para essa instituição um olhar da gestão direcionado ao cuidado da equipe, respeito, empatia, humanização, cooperação e, acima de tudo, compaixão, pois so-

mente assim será possível desencadear um trabalho mais respeitoso e, conseqüentemente, adquirir respeito em relação ao tempo de cada profissional neste ambiente, minimizando a pressa, as conversas paralelas e a falta de atenção da equipe.

Considerando tal realidade encontrada no estudo, percebe-se o quão importante é a gestão dos serviços de saúde e do ambiente cirúrgico compreenderem o que é a cultura de segurança, sensibilizando os profissionais para a cultura de segurança e não para a punição da notificação dos eventos adversos. Neste cenário, seria interessante que a instituição oportunizasse um serviço de apoio focado na cultura de segurança que pudesse receber esse profissional assim que ele entrasse na instituição desmistificando os eventos adversos e os erros não punitivos. Para a equipe que já atua neste ambiente, a sugestão seria a de organizar encontros entre a equipe multiprofissional e direção onde se pudesse falar abertamente sobre erros, possíveis erros, danos ao paciente, terceira vítima, implicações ética e civil de maneira simples, tranquila, onde todos pudessem opinar e falar sobre o tema.

Estudos apontam a importância de usar outras estratégias para melhorar o trabalho em equipe em unidades cirúrgicas, tais como, dinâmicas e treinamentos que encorajam o desenvolvimento de atitudes e competências para o cuidado seguro, entre todos os profissionais da equipe do setor (WU, BUSCH, 2019; LACERENZA *et al.*, 2018; LOPEZ *et al.*, 2020).

O trabalho em centro cirúrgico requer um alto grau de exigência dos profissionais por se tratar de uma unidade fechada e com distintas complexidades. Dezordi *et al.*, (2020) pontua que a falta de atenção centrada no paciente, dificuldade de trabalho em equipe e a falta de comunicação são, muitas vezes, ocasionadas pela rigidez da hierarquia, sendo as principais causas de comprometimento da cultura de segurança em ambiente cirúrgico.

No que se refere às recomendações para a disseminação da cultura de segurança, os participantes pontuaram a importância dos treinamentos, palestras, vídeos, dentre outras. Em face destes dados, nota-se que a própria equipe mostra as possibilidades e ou estratégias que possam ter impacto na melhoria da cultura de segurança neste ambiente. Tais achados revelam aos gestores ações simples, embora efetivas, as quais são capazes de melhorar e aprofundar a segurança do paciente neste ambiente de saúde. Vale destacar que as tecnologias educacionais como treinamentos, palestras, troca de experiências e a utilização de inovações via internet proporcionam a instrumentalização da equipe na realização do cuidado de qualidade (SOUZA; SERRANO, 2020).

## CONCLUSÃO

Ante o exposto, como contribuição para a prática, este estudo possibilitou identificar as dimensões que apresentaram fragilidades, permitindo, assim, fortalecer o trabalho em equipe, centrado na cultura de segurança com foco na melhoria da ambiência da unidade cirúrgica, beneficiando a equipe assistencial na prestação do cuidado seguro e humanizado ao paciente.

Por mais que a maior parte de os profissionais classifique a segurança do paciente como muito boa, não foi observada nenhuma dimensão classificada como fortaleza para a segurança do paciente. Foram consideradas dimensões alusivas ao fortalecimento da cultura de segurança o apoio da gestão hospitalar, comunicação sobre erros e *feedback* e abertura para comunicação. As principais fragilidades encontradas se relacionam à frequência de eventos comunicados, trabalho em equipe, transferências internas e passagem de plantão, e resposta não punitiva aos erros.

A análise da cultura de segurança permitiu identificar as dimensões avaliadas que podem se tornar áreas de força e das áreas críticas, além de estabelecer ações para promoção e melhoria do cuidado prestado. Destaca-se a importância da abordagem não punitiva, visto que é primordial o registro dos eventos adversos e resposta não punitiva aos erros para a real análise dos ocorridos na instituição e, efetivamente, permitir o desenvolvimento de planos de ação direcionados nesta temática.

Este estudo contribui para o ensino na área e instiga o desenvolvimento de novas pesquisas que resultem em diferentes intervenções para os profissionais atuantes no centro cirúrgico.

## REFERÊNCIAS

ABREU, Ingrid Moura de. *et al.*, Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 40, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/zxZjZd3vY84xr8FvRj7htr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 24 out. 2021.

ALI, Hayfaa et al. Baseline assessment of patient safety culture in public hospitals in Kuwait. **BMC health services research**, v. 18, n. 1, p. 1-12, 2018. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-2960-x> Acesso em: 05 jan. 2023.

ALQATTAN, Hamad; CLELAND, Jennifer; MORRISON, Zoe. An evaluation of patient safety culture in a secondary care setting in Kuwait. **Journal of Taibah University Medical**

**Sciences**, v. 13, n. 3, p. 272-280, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1658361218300192>. Acesso em: 22 jan. 2023.

ALQUWEZ, Nahed et al. Nurses' perceptions of patient safety culture in three hospitals in Saudi Arabia. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 50, n. 4, p. 422-431, 2018. Disponível em: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jnu.12394> Acesso em: 05 jan. 2023.

ALRASHEADI, Bader A. *et al.*, Nurses' Perception of Safety Culture in Medical– Surgical Units in Hospitals in Saudi Arabia. **Medicina**, v. 58, n. 7, p. 897, 2022. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1648-9144/58/7/897> Acesso em: 20 jan. 2023.

ALSWAT, Khalid et al. Improving patient safety culture in Saudi Arabia (2012–2015): trending, improvement and benchmarking. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, p. 1-14, 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-017-2461-3> Acesso em: 22 jan. 2023.

AOUICHA, Wiem. *et al.*, Patient safety culture as perceived by operating room professionals: a mixed-methods study. **BMC Health Services Research**. v. 22, 2022. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-08175-z>. Acesso em: 02 jan. 2023.

AZYABI, Abdulmajeed; KARWOWSKI, Waldemar; DAVAHLI, Mohammad Reza. Assessing Patient Safety Culture in Hospital Settings. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 5, p. 2466, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33802265/>. Acesso em: 05 jan. 2023.

BATISTA, Josemar et al. Prevalência e evitabilidade de eventos adversos cirúrgicos em hospital de ensino do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/XpgShVwtVqC78bymt63Scwc/abstract/?lang=en> Acesso em: 05 jan. 2023.

BOHOMOL, Elena; MELO, E. F. Patient safety culture in surgicenters: perception of nursing team. **Rev. Sobecc [Internet]**, p. 132-138, 2019. Disponível em: [https://www.academia.edu/download/71464281/pdf\\_1.pdf](https://www.academia.edu/download/71464281/pdf_1.pdf) Acesso em: 22 jan. 2023.

DEZORDI, Cátia Cristiane Matte et al. Clima de segurança no centro cirúrgico: atitudes dos profissionais de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/65577> Acesso em: 5 jan. 2023.

DREWES, Christina; FASTING, Sigurd; GISVOLD, Sven Erik. Kultur for bedre pasientsikkerhet. **Tidsskrift for Den norske legeforening**, 2021. Disponível em: <https://tidsskriftet.no/en/2021/11/perspectives/culture-better-patient-safety#literature>. Acesso em: 05 jan. 2023.

FAGUNDES, Thaís Ender et al. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico na perspectiva da equipe de enfermagem. **J. nurs. health**, v. 11, p. e2111219510, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19510>. Acesso em: 22 jan. 2023.

FERRARI, Bernardo *et al.*, Design Socialmente Consciente de Jogos: relato de uma oficina prática para o entendimento do problema e prospecção de ideia. Design Socialmente Consciente de Jogos. **IHC 2019 - Workshop sobre Interação e Pesquisa de Usuários no Desenvolvimento de Jogos (WIPlay)**, Outubro 21–25, 2019, Vitória, Brasil. In Anais Estendidos do XVIII Simpósio Brasileiro sobre Fatores Humanos em Sistemas Computacionais. Disponível em: <https://sol.sbc.org.br/index.php/wiplay/article/view/7835/7710>. Acesso em: 22 jan. 2023.

FRIDRICH, Annemarie; IMHOF, Anita; SCHWAPPACH, David LB. Compliance with the surgical safety *checklist* in Switzerland: an observational multicenter study based on self-reported data. **Patient safety in surgery**, v. 16, n. 1, p. 1-7, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35614454/>. Acesso em: 05 jan. 2023.

HATA, Takeo, *et al.*, Factors affecting patient safety culture in a university hospital under the universal health insurance system: A cross-sectional study from Japan. **Medicine (Baltimore)**, v. 11, n. 101, 2022. doi: 10.1097/MD.00000000000031603. PMID: 36397420; PMCID: PMC9666093. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36397420/>. Acesso em: 01 jan. 2023.

JABARKHIL, Abdul Qahir *et al.*, Assessment of Patient Safety Culture Among Doctors, Nurses, and Midwives in a Public Hospital in Afghanistan. **Risk Manag Healthc Policy**. doi: 10.2147/RMHP.S292193. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33776498/>. Acesso em: 05 jan. 2022.

KAKEMAM, Edris et al. Patient safety culture in Iranian teaching hospitals: baseline assessment, opportunities for improvement and benchmarking. **BMC Health Services Research**, v. 22, n. 1, p. 1-10, 2022. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-07774-0> Acesso em: 22 jan. 2023.

KAWARE, Musa Sani et al. Patient Safety Culture and Its Associated Factors: A Situational Analysis among Nurses in Katsina Public Hospitals, Northwest Nigeria. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 6, p. 3305, 2022. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/6/3305> Acesso em: 22 jan. 2023.

LACERENZA, Christina N. et al. Team development interventions: Evidence-based approaches for improving teamwork. **American psychologist**, v. 73, n. 4, p. 517, 2018. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2018-23205-017> Acesso em: 22 jan. 2023.

LEMOS, Grazielle de Carvalho et al. Cultura de segurança do paciente em três instituições hospitalares: perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 36, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/43393> Acesso em: 20 dez. 2022.

LOPEZ, Evelyn da Costa Martins Silva et al. Cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de hospitais de ensino. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1444> Acesso em: 20 dez. 2022.

MANSOUR, H.; SHAROOR, L. Abu. Results of survey on perception of patient safety culture among emergency nurses in Jordan: Influence of burnout, job satisfaction, turnover intention, and workload. **Journal of Healthcare Quality Research**, v. 36, n. 6, p. 370-377, 2021.

Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603647921000506> Acesso em: 22 jan. 2023.

MARTINS, Marisa da Silva; MATOS, Eliane; SALUM, Nádia Chiodelli. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade de emergência adulto. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2016-0069> Acesso em: 22 jan. 2023.

NOTARO, Karine Antunes Marques et al. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/SKsvP6m9rBs9KgcPqSDQNQD/abstract/?lang=en> Acesso em: 22 jan. 2023.

OLIVEIRA, Juliane Rocha de et al. Avaliação dos eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico no ambiente hospitalar: uma revisão na literatura. **Nursing (São Paulo)**, v. 22, n. 258, p. 3273-3278, 2019. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/415> Acesso em: 05 jan. 2023.

REE, Eline; WIIG, Siri. Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services. **BMC health services research**, v. 19, n. 1, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4456-8> Acesso em: 22 jan. 2023.

REIS, Cláudia Tartaglia et al. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. **Cadernos de saúde pública**, v. 32, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7BJWGP9wWHk7gzjLFfM8Wyv/abstract/?lang=en> Acesso em: 5 jan. 2022.

ROCHA, Ruth Cardoso et al. Patient safety culture in surgical centers: nursing perspectives. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/3ncDTqSkVSnyGjGHLqkF58P/abstract/?lang=en> Acesso em: 05 jan. 2023.

SANTOS, Andressa dos et al. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, p. e16810413896-e16810413896, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13896>. Acesso em: 05 jan. 2023.

SILVA, Carina Cavalheiro da. Factors that influence the adherence to the surgical safety checklist. **REV. SOBECC**, São Paulo. v.26, n. 4, p. 212-219, 2021. Acesso em: 05 jan. 2023.

SORRA, Joann et al. AHRQ Hospital survey on patient safety culture: User's guide. **Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality**, 2016. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2023.

SOUZA, Karolayne Vieira de; SERRANO, Solange Queiroga. Saberes dos enfermeiros sobre prevenção de infecção do sítio cirúrgico. **Revista SOBECC**, v. 25, n. 1, p. 11-16, 2020. Dis-

ponível em: <https://scholar.archive.org/work/xpqq2alohnhtdh6t3vvc2nbjga/access/wayback/https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/download/547/pdf> Acesso em: 22 jan. 2023.

TAN, Jie et al. Attitudes and compliance with the WHO surgical safety *checklist*: a survey among surgeons and operating room staff in 138 hospitals in China. **Patient Safety in Surgery**, v. 15, n. 1, p. 1-12, 2021. doi: 10.1186/s13037-020-00276-0. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13037-020-00276-0> Acesso em: 05 jan. 2023.

TELEŞ, Mesut; KAYA, Sıdıka. Staff perceptions of patient safety culture in general surgery departments in Turkey. **African health sciences**, v. 19, n. 2, p. 2208-2218, 2019. Disponível em: <https://avesis.hacettepe.edu.tr/yayin/55445a10-d0cb-42a6-8ef8-c6cb250897c5/staff-perceptions-of-patient-safety-culture-in-general-surgery-departments-in-turkey> Acesso em: 22 jan. 2023.

TLILI, Mohamed Ayoub et al. A baseline assessment of patient safety culture and its associated factors from the perspective of critical care nurses: Results from 10 hospitals. **Australian Critical Care**, v. 34, n. 4, p. 363-369, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1036731420303040> Acesso em: 22 jan. 2023.

TRAN, Lien Huong et al. Assessment of Patient Safety Culture in Public General Hospital in Capital City of Vietnam. **Health Services Insights**, v. 14, p. 11786329211036313, 2021. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/11786329211036313> Acesso em: 22 jan. 2023.

World Health Organization. **WHO Guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives: the second global patient safety challenge** [Internet]. Geneva: WRO; 2009. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552\\_eng.pdf;jsessionid=72CC6373244DEA74629F67F2933B9D72?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf;jsessionid=72CC6373244DEA74629F67F2933B9D72?sequence=1). Acesso em: 22 jan. 2022.

WU, Albert W.; BUSCH, Isolde M. Patient safety: a new basic science for professional education. **GMS journal for medical education**, v. 36, n. 2, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6446473/> Acesso em: 22 jan. 2023

ZABIN, Loai M.; ZAITOUN, Rasha S. Abu; ABDULLAH, Abdullah A. Patient safety culture in Palestine: university hospital nurses' perspectives. **BMC nursing**, v. 21, n. 1, p. 1-10, 2022. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-022-00987-y> Acesso em: 20 jan. 2023.

### 6.1.3 Guias clínicas para promoção da cultura de segurança no ambiente cirúrgico

#### RESUMO

**Objetivo:** Desenvolver e validar guias clínicas de simulação com a equipe do ambiente cirúrgico, capazes de apoiar e disseminar a cultura de segurança com base nas necessidades destes profissionais. **Método:** Estudo metodológico com o desenvolvimento de guias clínicas baseadas no referencial teórico de *Nursing Association for Clinical Simulation and Learning*, utilizado técnica *snowball* com expertises na temática e realização de pré-teste com avaliação através de duas escalas (Escala de Satisfação e Autoconfiança com a Aprendizagem e Escala de Satisfação com as Experiências Clínicas Simuladas). O local do estudo foi o centro cirúrgico de um hospital de médio porte do sul do país. Os participantes foram a equipe multiprofissional atuante deste local. A análise dos dados ocorreu por meio de testes estatísticos de estatística simples. **Resultados:** Foram construídas duas guias clínicas com os seguintes temas: Gestão de conflitos e trabalho em equipe para a segurança do paciente na transferência do paciente da sala operatória para a sala de recuperação pós-anestésica e; Assistência da equipe de saúde na transferência do cuidado na sala de recuperação pós-anestésica. Para cada guia, foram construídos objetivos e habilidades direcionadas às necessidades levantadas na primeira etapa conforme referencial teórico. Quanto aos resultados do *snowball*, participaram nove profissionais, dos quais, oito enfermeiras (88,9%) e um médico (11,1%). Na validação da encomenda, a média foi de 1,35, a mediana em 1 e o desvio-padrão 0,25. Já na validação da guia completa a média foi 1,34, mediana em 1 e desvio-padrão 0,29. No pré-teste, participaram 19 profissionais, a média de idade foi de 30,1 anos, 18 do sexo feminino (94,7%), tempo médio de atuação na instituição hospitalar de 59 meses, e, no centro cirúrgico, a média de atuação foi de 54 meses. Na Escala de Satisfação, a média geral foi de 8,5 e a questão com maior média avaliada foi a satisfação com a discussão pós-cenário (*debriefing*) com 9,5. Na Escala de Autoconfiança a média geral foi de 4,1 e as questões “método de ensino utilizado e confiança em desenvolver habilidades e obtendo conhecimentos necessários a partir desta simulação para executar os procedimentos necessários em um ambiente cirúrgico” obtiveram média de 4,5. **Conclusão:** As guias clínicas foram desenvolvidas, considerando as necessidades da equipe, previamente identificadas através do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* e *brainwriting*, destacando-se que a temática e objetivos foram planejados considerando as dimensões mais frágeis da cultura de segurança, sendo assim, direcionando as guias clínicas com mais assertividade para que possam ser capazes de promover a disseminação da cultura de segurança nesta instituição e também em outras instituições.

**Descritores:** Treinamento por simulação; Educação em Saúde; Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Centros Cirúrgicos; Profissionais da saúde.

#### INTRODUÇÃO

No atual cenário das instituições de ensino e saúde, novas tecnologias têm sido inseridas, em especial, após o advento da pandemia da COVID-19. Em face desta nova realidade, as tecnologias educacionais foram aprimoradas e ajustadas, considerando a realidade de cada ins-

tituição. Neste sentido, ferramentas tecnológicas surgem como facilitadoras no processo de ensino e aprendizagem, bem como no aprimoramento das competências dos profissionais que atuam na prática em saúde (GOMES, PIMENTEL, 2021).

As tecnologias educacionais estão voltadas para promover troca de informações, saberes, conhecimentos, aprimorar a comunicação, além de favorecer a interação e inovação (SOUZA; MOREIRA; BORGES, 2020; AMANTE *et al.*, 2021; KNIHS *et al.*, 2021). Diante deste contexto, encontram-se as simulações realísticas, estudos de caso, sala de aula invertida, *brainstormings* ou o Ensino Baseado em Problemas (PBL), Aprendizagem Baseada em Equipes ou a Problematização e Aprendizagem Baseada em Projetos (COSTA *et al.*, 2020; SANTOS; BONATO; SILVA, 2020; CONDRON, 2018).

No cenário destas tecnologias educacionais, as simulações realísticas, são capazes oportunizar à equipe a imersão em cenários construídos próximos à realidade e a compreensão de fatos e detalhes incompreendidos e despercebidos no dia a dia da prática profissional (KALDHEINM *et al.*, 2019; ERLINGER; BARTLETT; PEREZ, 2019; PEREIRA JÚNIOR e GUEDES, 2022; JOWSEY *et al.*, 2019).

A simulação realística vem sendo utilizada para treinar as equipes em capacidades técnicas e não técnicas, criando oportunidades de aprimorar o trabalho multidisciplinar, técnico e operacional em prol da segurança do paciente, tanto no ensino quanto, na prática, profissional (BAZILIO *et al.*, 2020). A melhora na comunicação e empatia pelos profissionais de enfermagem foi identificada no estudo randomizado de Li *et al.*, (2019), aonde foi percebido que os escores de capacidade de comunicação, empatia e autoeficiência aumentaram significativamente após o uso da simulação.

No ambiente cirúrgico, diferentes estudos utilizaram esta tecnologia educacional para aprimorar a técnica cirúrgica (NIA *et al.*, 2020; PEDRADA *et al.*, 2021). Há outros estudos que mostram o uso de simulações no cuidado pré-operatório, manipulação e cuidados com drenos, protocolos de cirurgia segura e identificação do paciente (TOMAZ *et al.*, 2019; PAULETTI *et al.*, 2018; GARCIA *et al.*, 2019; RIBEIRO, 2019).

Analisando a efetividade desta tecnologia educacional, este estudo traz a proposta do uso de simulações para disseminar a cultura de segurança no ambiente cirúrgico. A justificativa do uso desta tecnologia para disseminar a cultura de segurança está pautada na apresentação de dados advindos de estudos que apresentando que a simulação no ambiente cirúrgico, vem sendo utilizada para melhoria na comunicação, raciocínio clínico, progresso na iniciativa e decisões relacionadas as práticas do trabalho, autoconfiança e aprimoramento das técnicas cirúrgicas, uma vez que estimula os participantes à adesão dos protocolos institucionais, trabalhados nas

simulações (RIBEIRO *et al.*, 2018; ALVES *et al.*, 2019; CORRÊA *et al.*, 2021; KNIHS *et al.*, 2021).

Considerando que a melhoria da cultura de segurança surge como apoio para guiar gestores e gerentes de saúde a olhar, visualizar e interpretar como está a relação entre as equipes e líderes, além de pontuar o andamento da comunicação entre colegas de trabalho e as crenças dos profissionais quanto à segurança. Aliado ao aprimoramento da segurança do paciente (DOMBRÁDI *et al.*, 2021; LORENZINI; OELKE; MARCK, 2021). Concomitantemente, a cultura de segurança deve promover a transparência e envolvimento das equipes que atuam na assistência, proporcionando melhorias na atenção ao paciente (AOUICHA, 2021; MACGILLIVRAY, 2020).

Compreende-se que o uso de tal tecnologia educacional no ambiente cirúrgico poderá propiciar à equipe de saúde o crescimento, aprimoramento e envolvimento desta no contexto da cultura de segurança do paciente. Ainda que tal tecnologia, contribuirá para promover reflexões acerca dos temas voltados à cultura de segurança a fim de propiciar que cada participante possa ajustar seus possíveis erros, propondo uma prática mais segura para todos os envolvidos.

Considerando a efetividade desta tecnologia educacional, o presente estudo traz como questão norteadora: quais informações devem compor as guias clínicas para disseminação da cultura de segurança no ambiente cirúrgico? Como objetivo: Desenvolver e validar guias clínicas de simulação junto a equipe do ambiente cirúrgico, capazes de apoiar e disseminar a cultura de segurança a partir das necessidades destes profissionais.

Certamente, por meio das simulações, os profissionais da equipe cirúrgica terão a oportunidade de participar de cenários criados, onde eles poderão avaliar seu desempenho, desfechos, organização e atuação ante a realidade da cultura de segurança.

## **MÉTODO**

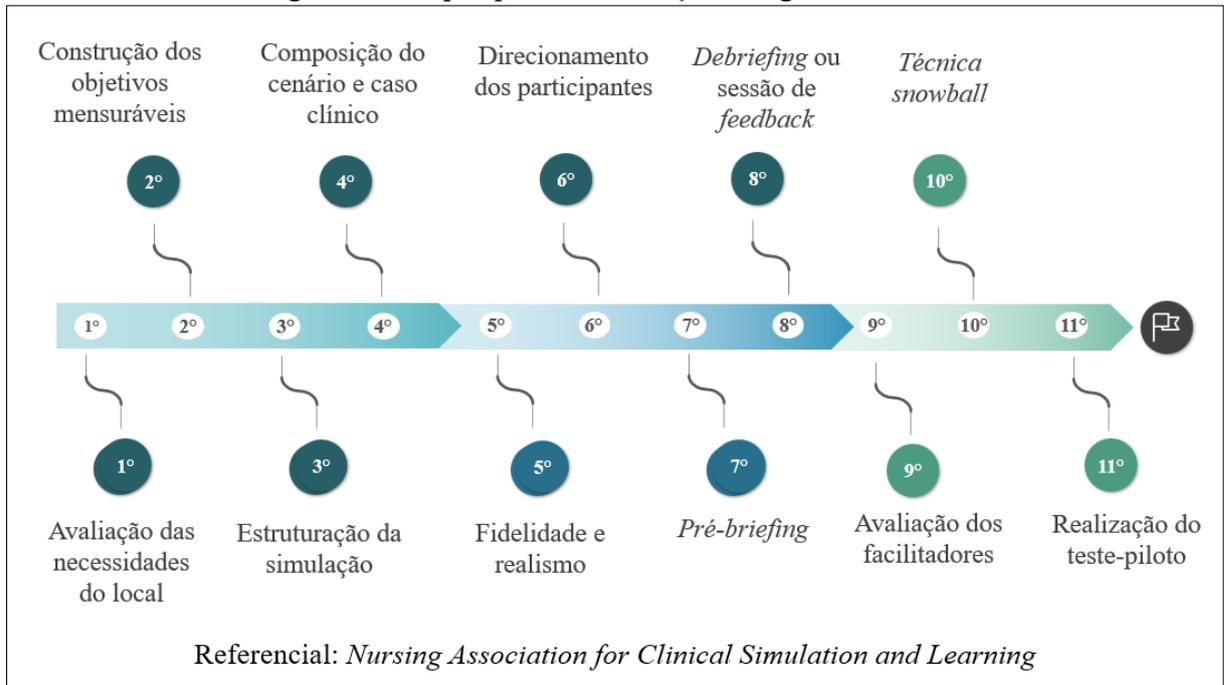
### **Desenho, local do estudo e período**

Estudo metodológico com o objetivo de desenvolver e validar guias clínicas de simulação com a equipe do ambiente cirúrgico, capazes de apoiar e disseminar a cultura de segurança com base nas necessidades destes profissionais. Estudo realizado em um hospital filantrópico da região do Vale do Itajaí, no estado de Santa Catarina, na região sul do país, com atendimento médio de 550 cirurgias no mês. O período para coleta de dados foi entre os meses de dezembro de 2022 a fevereiro de 2023.

### Desenvolvimento das etapas metodológicas conforme referencial

Utilizado o referencial teórico da *Nursing Association for Clinical Simulation and Learning* com o arquivo *Standards of Best Practice: Simulation*, traduzido para o português, cujos termos ficaram como: Padrões de Melhores Práticas do INACSL (2016) para desenvolver as guias clínicas, representado na Figura 4.

Figura 4 – Etapas para a construção das guias clínicas.



Fonte de dados: autores, Florianópolis, 2023.

**1.º Critério** – Avaliação das necessidades do centro cirúrgico- nesse critério foram utilizados: revisão de escopo para mapear a tecnologia mais utilizada para disseminar a cultura de segurança no centro cirúrgico; questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSO-PSC) para mensurar a cultura de segurança e a técnica do *brainwriting* discutindo temas para aprimorar as questões do questionário HSOPSC. Os participantes foram profissionais da equipe multiprofissional do centro cirúrgico. Critérios de inclusão: profissionais atuando no mínimo por 30 dias no centro cirúrgico. Critério de exclusão: profissionais que não pertencem ao centro cirúrgico, mas podem estar atuando para cobertura de férias e/ou afastamentos e profissionais atuantes no setor que estejam de licença médica, afastamento ou férias. Para coleta de dados foi feito contato com a chefia, após autorização para iniciar a coleta de dados por esta profissional, a pesquisadora conversou com cada membro da equipe multiprofissional do ambiente cirúrgico apresentando o tema e o objetivo da pesquisa. Em caso de aceite do convite, o participante era convidado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e entregue uma

cópia do TCLE ao participante. O cálculo da amostra foi obtido por meio de estatística simples, considerando um índice de significância de 95%. Já a técnica do *brainwriting* utilizou uma amostra intencional aleatória. A coleta desses dados ocorreu entre os meses de abril a setembro de 2022. As análises dos dados foram realizadas por testes estatísticos (frequência absoluta, relativa, média, desvio-padrão, mediana, intervalo interquartilico, amplitude com teste de normalidade de Shapiro-Wilk e testes paramétricos). Quanto à técnica do *brainwriting*, a análise dos dados ocorreu por similaridade. As ideias que mais surgiram foram organizadas em um quadro e demonstradas por uma figura representando a nuvem de palavras, das informações obtidas por meio do programa *Word Cloud*, gratuito, disponível na internet.

**2. ° Critério** - Construção dos objetivos mensuráveis de cada uma das guias clínicas. As pesquisadoras analisaram criteriosamente os resultados obtidos no primeiro critério. Em seguida, identificaram as maiores fragilidades. Logo, foram definidos as prioridades e os temas para a composição das guias clínicas. Após a definição dos temas, os objetivos para atender às necessidades apresentadas pelos profissionais foram formados.

**3. ° Critério** - Para a modalidade/estrutura da simulação, considerou-se a estrutura do ambiente cirúrgico para desenvolver a simulação, além dos materiais/simuladores e peças disponíveis para a simulação ocorrer com tranquilidade e, ainda, ser realizada, considerando a estrutura da instituição.

Neste caso, houve a preocupação de a pesquisadora em avaliar a disponibilidade de materiais no ambiente cirúrgico do hospital onde está sendo desenvolvida a pesquisa, bem como a liberação destes pela administração do ambiente cirúrgico.

**4. °; 5. ° e 6. ° Critérios** - Composição do cenário e o caso clínico do paciente conforme a temática; aprimoramento e fidelidade à cena; descrição minuciosa dos papéis de cada participante da cena, direcionando-os para os objetivos propostos. Estes critérios foram agrupados, haja vista que envolvem a escrita da guia clínica. Para essa etapa, foram considerados: as fragilidades identificadas nos dados, considerando os temas propostos e os objetivos. Ainda, foi utilizado embasamento da literatura científica relacionado à temática. A composição do cenário com os participantes, papéis e falas foram refletidas no alcance dos objetivos da guia clínica e na fidelidade da cena. Essa etapa foi escrita pela pesquisadora com apoio da orientadora usando o modelo de guia clínica proposto por Pereira Júnior e Guedes (2022), a qual descreve a encomenda como primeira etapa que apresenta os objetivos de aprendizagem e as habilidades a serem desenvolvidas e a situação de partida. E na estação completa descreve o passo a passo completo da simulação.

Ao término da escrita da primeira versão das guias, essas foram enviadas para validação por profissionais com experiência na temática. Foi utilizada a técnica *snowball*, sendo considerada uma amostra aleatória intencional com três participantes iniciais, os quais poderiam indicar outros participantes. Critérios de inclusão: ter vivência prática comprovada em centro cirúrgico, segurança do paciente e uso de simulação há mais de cinco anos; apresentar trabalhos publicados nas temáticas: centro cirúrgico, segurança do paciente e uso de simulação. Para compor a amostra, dois dos critérios, no mínimo, deveriam estar presentes. A busca dos profissionais ocorreu por meio do *curriculum lattes*, com as palavras-chave: simulação; cultura organizacional; enfermagem perioperatória; segurança do paciente; tecnologia educacional. O contato com esses foi realizado via e-mail. Aqueles que aceitaram participar desta etapa do estudo, receberam no e-mail um TCLE para assinar, com uma guia clínica para validação e um quadro para que pontuassem os seguintes escores: 1- manter o item; 2- manter com modificações; 3- excluir o item; 4- acrescentar o item. Quando assinalado o escore 02, 03 ou 04, deveriam escrever no quadro ao lado do item avaliado, a mudança/exclusão/acréscimo proposto. Foi estipulado o prazo de trinta dias para que estes profissionais fizessem essa avaliação. Após o retorno dos arquivos com as sugestões, essas foram ajustadas nas guias clínicas, gerando a segunda versão. Concomitante a isto, os dados dos escores foram tabulados em uma planilha do Excel para realização de estatística simples: média, máximo/mínimo e mediana.

Os critérios 7.º, 8.º, 9.º, 10.º; e 11.º foram realizados sequencialmente por meio da aplicação do teste-piloto. O local para o desenvolvimento destas etapas foi o centro cirúrgico, sala n.º 6. Em relação aos participantes, a amostra foi aleatória intencional, haja vista que se tinha a intenção de identificar profissionais de todos os turnos, bem como da equipe multiprofissional. Os critérios de inclusão e exclusão foram os mesmos descritos no critério 1. Vale ressaltar que não houve disponibilidade de a equipe médica em participar desta atividade. Os profissionais que aceitaram participar da simulação receberam o TCLE em duas vias, sendo uma entregue ao participante e outra para a pesquisadora. Após assinar o TCLE, foi agendada uma data e horário onde todos os participantes pudessem participar conforme disponibilidade deles.

**7.º Critério - Pré-briefing** foi realizado com os participantes, na qual foram informados verbalmente dos temas das simulações. O *briefing* foi desenvolvido dez minutos antes da atividade, sendo informado: os objetivos da cena, habilidades a serem desenvolvidas, tempo previsto, equipamentos a serem utilizados e concessão da filmagem da cena. Após foi entregue o caso apresentado, sendo que eles tiveram cinco minutos para discussão dos papéis e da cena

antes do início da mesma. Cada uma das simulações possuía um ator, que foi orientado previamente, um dia antes da cena, por orientação verbal da orientadora e pesquisadora.

Ao final da cena, ocorreu *debriefing* (**critério 8.º**) na própria sala aonde foi realizado o teste-piloto, a pesquisadora e a orientadora conversaram com os participantes a respeito dos itens avaliados na cena e seus desempenhos, com apoio do *checklist* do examinador. Os participantes foram acomodados sentados, para que pudessem estar confortáveis à medida que a gravação fosse projetada e discutida. As perguntas iniciais envolveram: Como vocês se sentiram na cena? O que vocês acham que fizeram de muito interessante na cena que vale a pena ser repetido? O que vocês acham que não ficou bom na cena e precisa ser ajustado para ser melhorado na prática? Esta etapa durou em média 30 minutos.

As facilitadoras na simulação (**critério 9.º**), foram a pesquisadora com formação em simulação e a orientadora com experiência de mais de 10 anos em simulação. Para o **10.º critério**, houve o fornecimento de todos os documentos e materiais de apoio para que os participantes pudessem alcançar os objetivos, descritos nos anexos das guias clínicas.

Para a realização do **critério 11.º**: avaliação da simulação, foi entregue aos participantes após o término do *debriefing* duas escalas impressas para preenchimento: Escala de Satisfação e Autoconfiança com a Aprendizagem (ALMEIDA *et al.*, 2015) e Escala de Satisfação com as Experiências Clínicas Simuladas (ESECS) (BAPTISTA *et al.*, 2014), as quais foram usadas como suporte para esta atividade. Os dados coletados foram compilados em uma planilha do Excel e analisados por estatística simples (média, mínimo/máximo e mediana).

### Aspectos éticos

Respeitaram-se todas as normas éticas e legais referentes às pesquisas com seres humanos conforme resolução n.º 466/2012, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer n.º 5.425.353, inscrita no CAAE: 57625422.7.0000.0121. O anonimato dos participantes foi mantido em todas as fases do estudo, bem como o segredo das informações coletadas com acesso limitado à equipe de pesquisa.

## RESULTADOS

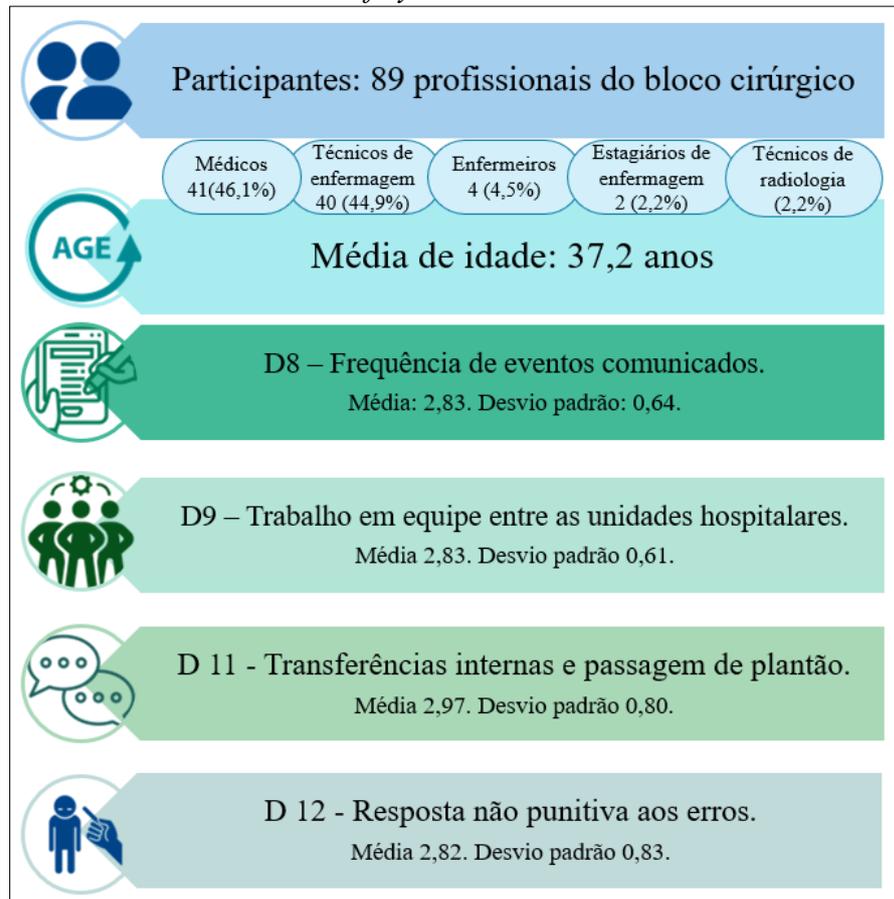
Os resultados serão apresentados segundo cada uma das etapas exibidas no método conforme referencial teórico. Tais dados serão apresentados no formato de gráficos, quadros e figuras.

Critério 1– Avaliação das necessidades do centro cirúrgico obtido em dois momentos.

Os dados obtidos na revisão de escopo mostram que a simulação em ambientes controlados de alta fidelidade foram as que mais surgiram como estratégia educacional capaz apoiar a disseminação da cultura de segurança.

No que se refere aos dados obtidos do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), a Figura 05 representa uma síntese dos resultados. Onde é possível observar que a média de idade dos participantes foi de adultos jovens, tendo participação significativa da equipe médica. No que se refere às dimensões, as que obtiveram menores média foram: Dimensão 8 – Frequência de eventos comunicados, formado pelos itens (“quando ocorre um erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?”, “quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ela é relatada?”, “quando ocorre erro, engano ou falha, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ela é relatada?”). Dimensão 9 – Trabalho em equipe entre as unidades formado pelos itens (“as unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si”, “há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto”, “muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital” e “as unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes”). Dimensão 11 – Transferências internas e passagem de plantão, tem-se as questões: (“o processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra”, “é comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno”, “com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital” e “neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes”). Dimensão 12 – Resposta não punitiva aos erros, com as questões: (“o quadro de pessoal considera que suas falhas podem ser usadas contra ele”, “quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema” e “o quadro de pessoal se preocupa que suas falhas sejam registradas em sua ficha funcional”).

Figura 5- Principais resultados obtidos na aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*.



Fonte de dados: os autores, Florianópolis, 2023.

Quanto aos dados obtidos na técnica do *brainwriting*, a Figura 6 mostra as principais palavras que estiveram presentes nos seis temas apontados pelos participantes. Nota-se que as palavras com maior destaque foram: equipe, falta, atenção, pressa, paciente, funcionários, comunicação, vídeos, reuniões, treinamentos e palestras. A interpretação destas palavras no contexto apresentado pelos participantes envolve a pressa sentida pela equipe atuante no setor, em desenvolver suas atividades diárias. A falta de comunicação e atitudes ríspidas e impacientes com a equipe, além das necessidades de treinamentos contínuos e reuniões com a equipe para a discussão da segurança do paciente.



Quadro 3 – Apresentação sintetizada das guias clínicas. Florianópolis, Santa Catarina, 2023.

Guia clínica	Tema	Modalidade tipo de simulação	Local	Objetivo	Habilidades
CUIA CLÍNICA 1	Trabalho em equipe na organização e transferência da paciente da sala cirúrgica para a SRPA.	Simulação cênica de baixa fidelidade	Sala cirúrgica	Desenvolver uma simulação clínica capaz de treinar as habilidades para o trabalho em equipe na organização e transferência da paciente da sala cirúrgica para a Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capaz de desenvolver o trabalho em equipe para a transferência da paciente da sala cirúrgica para a SRPA;</li> <li>• Capaz de pôr em prática o respeito, empatia, harmonia e humanização entre a equipe na transferência da paciente da sala operatório para a SRPA;</li> <li>• Capaz de organizar a conferência dos materiais e instrumentais, no término da cirurgia;</li> <li>• Capaz de organizar a sala cirúrgica antes a transferência do paciente;</li> <li>• Capaz de organizar todos os dispositivos e documentos burocráticos para a transferência da paciente;</li> <li>• Capaz de atender as necessidades de saúde da paciente durante a organização da transferência;</li> <li>• Capaz de lidar com situações adversas na organização da sala cirúrgica e processo de contagem cirúrgica.</li> </ul>
CUIA CLÍNICA 2	Assistência da equipe de saúde na passagem de plantão na SRPA.	Cênica de baixa complexidade.	Sala de Recuperação Pós Anestésica.	Desenvolver uma simulação clínica para passagem de plantão entre a equipe de enfermagem da Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capaz de comunicar-se adequadamente no momento da passagem de plantão, considerando respeito, empatia e humanização com os colegas que recebem o plantão;</li> <li>• Capaz de desenvolver a comunicação na passagem de plantão de maneira segura, clara, simples e efetiva, considerando a situação clínica do paciente;</li> <li>• Capaz de falar das alterações clínicas que podem ter ocorrido com o paciente durante o seu turno de trabalho;</li> <li>• Capaz de falar sobre os cuidados de enfermagem prestados durante o seu turno de trabalho e pendências inerentes a continuidade do cuidado.</li> </ul>

Fonte de dados: os autores, 2023.

Resultados: Critério 4 - Composição do cenário e o caso clínico do paciente conforme a temática; Critério 5 - Aprimoramento e fidelidade à cena e Critério 6 - Descrição minuciosa dos papéis de cada participante da cena direcionando-os aos objetivos propostos. Esses critérios foram agrupados considerando que se referem à escrita do passo a passo da guia clínica. Considerando a extensão das informações destes critérios, serão apresentados alguns dados por meio do quadro 4 onde estão apresentados o caso clínico, procedimentos, participantes e algumas descrições das atividades do ator.

As informações na íntegra estão no (APÊNDICE I). Vale salientar que estes dados se referem a versão primeira etapa das guias clínicas. Para a escrita desses critérios, foi considerado o tema de cada guia clínica, as habilidades definidas, os itens de cada uma das dimensões, bem como as palavras que mais surgiram no *brainwriting*.

Quadro 4 - Apresentação do caso clínico, procedimentos, participantes e descrição minuciosa das atividades do ator 1 (síntese das informações da primeira versão das guias clínicas). Florianópolis, Santa Catarina, 2023.

<b>Guia clínica</b>	<b>Caso clínico</b>	<b>Procedimentos</b>	<b>Participantes</b>	<b>Descrição minuciosa das atividades do ator</b>
<b>GUIA CLÍNICA 1</b>	Paciente Júlia Silva, sexo feminino, 35 anos, está na sala cirúrgica n.º 06, realizou cesariana de gemelares (recém-nascido 1: sexo feminino e recém-nascido 2: sexo masculino), procedimento ocorreu sem intercorrências. Seu acompanhante e os recém-nascidos se encontram na SRPA. A paciente se encontra na sala cirúrgica, lúcida, orientada e comunicativa, aguarda a finalização do curativo para ser encaminhada à SRPA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conferência de todos os materiais para organização e liberação da paciente para a SRPA;</li> <li>• Organização da sala cirúrgica;</li> <li>• Realizar comunicação clara e efetiva entre a equipe durante a organização da transferência da paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manequim de baixa fidelidade para representar a paciente;</li> <li>• Equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico (CC) representará os técnicos e enfermeiros da cena;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Você será a enfermeira do CC/atriz. Lembre-se a cena inicia com a finalização do procedimento da cesária, ou seja, no momento em que a cena inicia, a paciente está bem e com o curativo feito. Só falta retirar os campos e iniciar a organização do ambiente cirúrgico e a transferência para a SRPA;</li> <li>• Você vai entrar na cena dois minutos após a equipe iniciar o atendimento. Já estarão dentro da sala uma médica residente, uma instrumentadora cirúrgica e uma circulante de sala;</li> <li>• Em seguida, entra a técnica de enfermagem que foi chamada para auxiliar a limpeza e organização da sala. Você abre novamente a porta e entra na sala de cirurgia, começa a guardar os medicamentos (porém, causa mais transtorno do que prestação de auxílio) e fica falando em voz alta: “bora pessoal, vamos lá, precisamos liberar a sala!! precisamos liberar a sala!”.</li> </ul>

Quadro 4 - Apresentação do caso clínico, procedimentos, participantes e descrição minuciosa das atividades do ator 1 (síntese das informações da primeira versão das guias clínicas) (continuação).

Guia clínica	Caso clínico	Procedimentos	Participantes	Descrição minuciosa das atividades do ator
<b>GUIA CLÍNICA 2</b>	<p>Paciente Júlio, sexo masculino, 56 anos, admitido na SRPA após procedimento de colocação de prótese em quadril direito. Apresenta-se lúcido, orientado e consciente, respirando em ar ambiente, pressão arterial 120x80mmHg, Sat: 98%, FC: 100bpm. Possui acesso venoso em membro superior esquerdo, puncionado com cateter intravenoso n.º 18 no dia de hoje (12/11/2023), curativo compressivo em quadril direito, com micropore medindo aproximadamente 15 centímetros e dreno de sucção na incisão cirúrgica.</p> <p>O paciente faz uso de meia compressiva e máquina antitrombo. Neste momento, se apresenta ansioso para ir ao quarto de internação e relata dor no quadril esquerdo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organizar todos os dados para a passagem de plantão;</li> <li>Medicar o paciente;</li> <li>Cobrir o paciente;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paciente será interpretado por um ator;</li> <li>Enfermeiras do Centro Cirúrgico (CC) e técnicos de enfermagem, representarão os profissionais da equipe de enfermagem da SRPA;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Você se encontra deitado no leito da SRPA, você estará usando, somente, uma camisola e estará coberto com um lençol. Quando a cena iniciar, um técnico de enfermagem irá entrar na sala. No primeiro momento você responde somente o que ele perguntar;</li> <li>Após falar isso, você faz a expressão de quem está com dor e com muito frio. Mas, não diga mais nenhuma palavra;</li> <li>Ator: fica ouvindo com atenção a passagem do plantão entre a equipe.</li> <li>Quando falarem o local da cirurgia, estará escrito na evolução que a cirurgia foi do lado ESQUERDO. Ao ouvir isso você fala imediatamente, <u>gente eu fui operado do lado direito. Mas, estou com muita dor no esquerdo. Será que fizeram a cirurgia errada?</u>.</li> </ul>

Fonte de dados: os autores, 2023.

No que se refere aos dados obtidos na validação das guias, por meio da técnica *snowball*, nove profissionais participaram, dos quais, oito eram enfermeiros (88,9%) e um médico (11,1%). Três deles com pós-doutorado (33,3%), três com doutorado (33,3%), dois com mestrado (22,2%) e um com especialização (11,1%). Relacionado à área de atuação, seis atuavam como professores no ambiente cirúrgico utilizando simulação (66,6%) e três atuavam na assistência em ambiente cirúrgico (33,3%). Seis deles possuem publicações na temática da pesquisa. O tempo de experiência destes profissionais teve em média 26,5 anos de atuação.

Quanto aos resultados da validação das guias clínicas por esses profissionais, a tabela 8 mostra que na avaliação dos itens da encomenda, a maioria deles assinalou o escore 01 (manter o item) e o escore 02 (manter com modificações) nos itens avaliados. No item: Procedimentos (se houver), o profissional 02 assinalou o escore 04 (acrescentar item), sugerindo acrescentar novas informações. A média dos escores entre todos os itens avaliados por todos os *experts* foi de 1,35, a mediana em 1 e o desvio-padrão em 0,25.

No que se refere à avaliação da estação completa, nota-se que, praticamente, todos os profissionais assinalaram os escores 01 (manter o item) e o escore 02 (manter com modificações). Apenas o profissional 05 pontuou o escore 03 (excluir o item) para o item: orientações para a atriz. Já o profissional 09, pontuou o escore 03 (excluir o item) para a instrução para o cenário-descrição do cenário e assinalou escore 04 (acrescentar item) para recurso para o participante. Quanto à média da estação completa, esta foi de 1,34, mediana em 1 e desvio-padrão 0,29.

Tabela 8- Apresentação dos itens validados nas guias clínicas e os escores pontuados pelos expertises. Florianópolis, Santa Catarina, 2023.

<b>Itens avaliados/encomenda</b>	<b>P. 1</b>	<b>P. 2</b>	<b>P. 3</b>	<b>P. 4</b>	<b>P. 5</b>	<b>P. 6</b>	<b>P. 7</b>	<b>P. 8</b>	<b>P. 9</b>
1. Tema/Conteúdo a ser abordado	02	01	02	01	02	01	02	02	01
2. Objetivos de aprendizagem	02	01	01	01	03	02	01	01	02
2.1 Habilidades a serem desenvolvidas pelos profissionais da equipe envolvidos	01	02	02	01	02	01	02	02	02
3. Tipo de simulação	01	02	01	01	01	01	01	01	01
4. Paciente	01	01	02	01	01	01	01	02	01
5. Caso clínico	01	02	01	01	02	01	02	01	01
6. Doença/Situação-problema a ser explorada.	01	01	01	01	02	01	02	01	01
7. Procedimentos (se houverem)	01	04	01	01	02	02	01	01	01
8. Distratores	02	01	02	01	02	01	01	02	01

Tabela 8- Apresentação dos itens validados nas guias clínicas e os escores pontuados pelos expertises (continuação).

Itens avaliados/encomenda	P. 1	P. 2	P. 3	P. 4	P. 5	P. 6	P. 7	P. 8	P. 9
9. Cenário de prática - Local/referência de local em que será realizado o atendimento/procedimento	01	01	01	01	01	01	01	01	01
10. Problemas de comunicação com pacientes e familiares	02	02	01	01	03	02	01	01	02
11. Conflitos éticos e jurídicos	01	03	01	01	01	01	01	01	01
12. Nível estimado de dificuldade (fácil, médio ou difícil)	01	01	01	01	01	01	01	01	03
13. Informações complementares - inserir outras informações utilizadas na construção da estação.	02	01	01	01	01	01	01	01	02
Média	1,4	1,6	1,3	1,0	1,7	1,2	1,3	1,3	1,4
Mediana	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Desvio-padrão	0,50	0,93	0,47	0,00	0,73	0,43	0,47	0,47	0,65
Avaliação da estação completa	P. 1	P. 2	P. 3	P. 4	P. 5	P. 6	P. 7	P. 8	P. 9
1. Instrução para o participante-cenário de atuação	02	02	02	01	02	01	01	02	02
2. Instrução para o cenário-descrição do cenário	01	02	02	01	02	01	01	02	03
3. Recurso para o participante	01	01	01	01	02	01	01	02	04
4. Orientações para a atriz	01	02	01	01	03	01	02	01	01
5. Orientações e informações ao examinador/avaliador	01	01	01	01	02	01	01	01	01
6. Informações para o (a) examinador	01	01	01	01	02	01	01	01	01
7. Fluxograma da estação	01	02	01	01	01	02	01	01	01
8. Checklist do (a) examinador (a)	01	01	01	01	01	01	01	01	01
9. Anexos	01	01	01	01	02	02	02	01	01
Média	1,11	1,44	1,22	1,00	1,89	1,22	1,22	1,33	1,67
Mediana	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Desvio-padrão	0,33	0,53	0,44	0,00	0,60	0,44	0,44	0,50	1,12

Fonte de dados: os autores, 2023.

Legenda: Escores: Manter o item (assinale 01); Manter com modificações (assinale 02); Excluir o item (assinale 03) e Acrescentar item (assinale 04).

A Tabela 9, apresenta os resultados gerais obtidos por cada item quanto a média, mediana e desvio-padrão dos itens avaliados. Os itens: cenário de prática - local/referência de local em que será realizado o atendimento/procedimento; nível estimado de dificuldade (fácil, médio ou difícil) e *checklist* do (a) examinador (a) apresentaram o menor valor médio (1,0). Para a avaliação da mediana, a maioria dos itens avaliados apresentou mediana 1,0 que no escore representa manter o item. E no quesito desvio-padrão os itens: cenário de prática -local/referência

de local em que será realizado o atendimento/procedimento; nível estimado de dificuldade (fácil, médio ou difícil) e *checklist* do (a) examinador (a) apresentaram desvio padrão de zero. Os maiores desvios padrão foram de 0,96 no item: procedimentos (se houverem) e 0,96 no item: recurso para o participante.

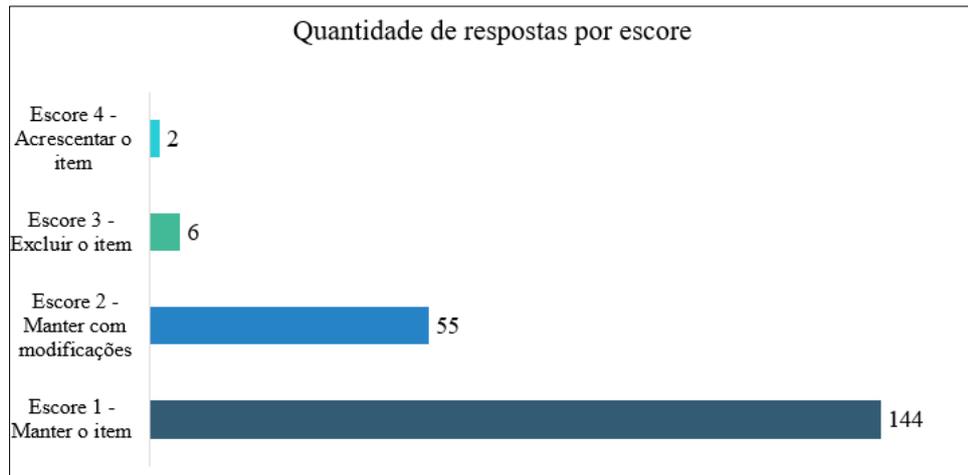
Tabela 9- Média, mediana e desvio-padrão para cada item avaliado pelos *experts*. Florianópolis, Santa Catarina, 2023.

Itens avaliados	Média	Mediana	Desvio padrão
1. Tema/Conteúdo a ser abordado	1,55	2,0	0,50
2. Objetivos de aprendizagem	1,56	1,0	0,68
2.1 Habilidades a serem desenvolvidas pelos profissionais da equipe envolvidos	1,66	2,0	0,47
3. Tipo de simulação	1,11	1,0	0,31
4. Paciente	1,22	1,0	0,42
5. Caso clínico	1,33	1,0	0,47
6. Doença/Situação-problema a ser explorada.	1,22	1,0	0,42
7. Procedimentos (se houverem)	1,55	1,0	0,96
8. Distratores	1,44	1,0	0,50
9. Cenário de prática - Local/referência de local em que será realizado o atendimento/procedimento	1,0	1,0	0,00
10. Problemas de comunicação com pacientes e familiares	1,66	2,0	0,67
11. Conflitos éticos e jurídicos	1,22	1,0	0,63
12. Nível estimado de dificuldade (fácil, médio ou difícil)	1,22	1,0	0,63
13. Informações complementares - inserir outras informações utilizadas na construção da estação.	1,22	1,0	0,42
Avaliação da estação completa			
1. Instrução para o participante-cenário de atuação	1,66	2,0	0,47
2. Instrução para o cenário-descrição do cenário	1,67	2,0	0,67
3. Recurso para o participante	1,55	1,0	0,96
4. Orientações para a atriz	1,44	1,0	0,68
5. Orientações e informações ao examinador/avaliador	1,11	1,0	0,31
6. Informações para o (a) examinador (a)	1,11	1,0	0,31
7. Fluxograma da estação	1,22	1,0	0,42
8. <i>Checklist</i> do (a) examinador (a)	1,00	1,0	0,00
9. Anexos	1,33	1,0	0,47

Fonte de dados: os autores, 2023.

A Figura 7 apresenta um gráfico onde é mostrada a quantidade de escores pontuados pelos especialistas. O item mais pontuado foi o escore 1 (manter o item) selecionado 144 vezes, representando 69,6%; seguido do escore 2 (manter com modificações) selecionado 55 vezes (26,6%); acompanhado do escore 3 (excluir o item) selecionado em 6 vezes (2,9%) e o escore 4 (acrescentar o item) selecionado duas vezes (0,9%).

Figura 7- Gráfico representativo da quantidade de respostas pontuadas pelos especialistas por escore.



Fonte de dados: os autores, 2023.

Quanto aos resultados dos ajustes realizados nas guias clínicas, para maior clarificação dos leitores, será apresentado dois quadros, onde será mostrado alguns exemplos dos ajustes feitos conforme sugestão dos especialistas na validação. O quadro salienta, apenas, uma síntese das guias clínicas, haja vista que as guias são extensas, as guias com todas as alterações pontuadas pelos expertises estão na íntegra (APÊNDICE H). Na primeira coluna do quadro estão os itens com a descrição da primeira versão e na segunda coluna a apresentação do item após ajustes dos profissionais. O quadro 5 apresenta os ajustes da guia clínica n.º 1 e o quadro 6 os ajustes da guia clínica n.º 2.

Quadro 5- Apresentação dos itens da guia clínica n.º1: primeira versão, e após os ajustes dos *experts* na validação, formando a versão final. Florianópolis, Santa Catarina, 2023.

GUIA CLÍNICA 1	
Item - TEMA/CONTEÚDO A SER ABORDADO	
Primeira versão:	Com os ajustes dos <i>experts</i> :
Trabalho em equipe na organização e transferência da paciente da sala cirúrgica para a SRPA.	Gestão de conflitos e trabalho em equipe para a segurança do paciente na transferência do paciente da sala operatória para a sala de recuperação pós anestésica.

<b>Item - HABILIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE ENVOLVIDOS</b>	
<b>Primeira versão:</b>	<b>Com os ajustes dos <i>experts</i>:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capaz de desenvolver o trabalho em equipe para a transferência da paciente da sala cirúrgica para a SRPA;</li> <li>• Capaz de pôr em prática o respeito, empatia, harmonia e humanização entre a equipe na transferência da paciente da sala operatório para a SRPA;</li> <li>• Capaz de organizar a conferência dos materiais e instrumentais, no término da cirurgia;</li> <li>• Capaz de organizar a sala cirúrgica antes a transferência do paciente;</li> <li>• Capaz de organizar todos os dispositivos e documentos burocráticos para a transferência da paciente;</li> <li>• Capaz de atender as necessidades de saúde da paciente durante a organização da transferência;</li> <li>• Capaz de lidar com situações adversas na organização da sala cirúrgica e processo de contagem cirúrgica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capaz de desenvolver o trabalho em equipe para a transferência do paciente da sala cirúrgica para a sala de recuperação pós anestésica;</li> <li>• Capaz de pôr em prática o respeito, empatia, harmonia e humanização entre a equipe;</li> <li>• Capaz de organizar e conferir os materiais e objetos intracavitários antes do fechamento do paciente na sala operatória;</li> <li>• Capaz de organizar a sala cirúrgica antes a transferência do paciente;</li> <li>• Organizar todos os dispositivos e documentos burocráticos para a transferência do paciente;</li> <li>• Atender as necessidades de saúde do paciente durante a organização da transferência;</li> <li>• Reconhecer situações adversas na organização da sala cirúrgica e processo de contagem cirúrgica.</li> </ul>
<b>Item - PROCEDIMENTOS (se houver)</b>	
<b>Primeira versão:</b>	<b>Com os ajustes dos <i>experts</i>:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conferência de todos os materiais para organização e liberação da paciente para a SRPA;</li> <li>• Organização da sala cirúrgica;</li> <li>• Realizar comunicação clara e efetiva entre a equipe durante a organização da transferência da paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organização dos documentos burocráticos para a transferência do paciente;</li> <li>• Preenchimento da lista de verificação de segurança cirúrgica do paciente (antes de sair da sala);</li> <li>• Realização de comunicação clara e efetiva entre a equipe durante a organização da transferência do paciente;</li> <li>• Realização do curativo na incisão cirúrgica;</li> <li>• Atendimento das necessidades de saúde do paciente e realizar o curativo cirúrgico;</li> <li>• Lidar com situações estressoras na sala de cirurgia.</li> </ul>

Quadro 5- Apresentação dos itens da guia clínica n.º1: primeira versão, e após os ajustes dos *experts* na validação, formando a versão final. (continuação).

<b>GUIA CLÍNICA 1</b>	
<b>Item - Informações complementares - inserir outras informações utilizadas na construção da estação:</b>	
<b>Primeira versão:</b>	<b>Com os ajustes dos <i>experts</i>:</b>
<p>Nesse cenário, teremos a médica residente da obstetrícia que ficou para finalizar o curativo e auxiliar na transferência. Ainda, há uma instrumentadora cirúrgica, uma circulante de sala, mais uma técnica de enfermagem que é chamada para agilizar a organização da sala, em razão de logo haver outro procedimento nesta mesma sala. Ainda, haverá uma enfermeira que será a atriz, a qual tem o papel de trabalhar com os problemas de comunicação e com os distratores.</p>	<p>Nesse cenário, teremos a médica residente da obstetrícia que ficou para finalizar o curativo e auxiliar na transferência. Ainda, há um instrumentador cirúrgico, uma circulante de sala, mais uma técnica de enfermagem chamada para agilizar a organização da sala, em razão de logo haver outro procedimento nesta mesma sala. Ainda, haverá uma enfermeira que será a atriz, a qual tem o papel de trabalhar com os problemas de comunicação e com os distratores.</p> <p>O cenário será aplicado para profissionais da saúde atuantes no centro cirúrgico.</p>

Fonte de dados: os autores, 2023.

Quadro 6- Apresentação dos itens da guia clínica n.º2: primeira versão, e após os ajustes dos *experts* na validação, formando a versão final. Florianópolis, Santa Catarina, 2023.

<b>GUIA CLÍNICA 2</b>	
<b>Item – CASO CLÍNICO</b>	
<b>Primeira versão:</b>	<b>Com os ajustes dos <i>experts</i>:</b>
<p>Paciente Júlio, sexo masculino, 56 anos, admitido na SRPA após procedimento de prótese em quadril direito. Apresenta-se lúcido, orientado e consciente, respirando em ar ambiente, pressão arterial 120x80mmHg, Sat: 98%, FC: 100bpm.</p> <p>Possui acesso venoso em membro superior esquerdo, puncionado com cateter intravenoso n. 18 no dia de hoje (12/11/2023), curativo compressivo em quadril direito, com micropore medindo aproximadamente 15 centímetros e dreno de suctor na incisão cirúrgica. O paciente faz uso de meia compressiva e máquina antitrombo. Neste momento, apresenta-se ansioso para ir ao quarto de internação e relata dor no quadril esquerdo.</p>	<p>Paciente Júlio, sexo masculino, 56 anos, admitido na SRPA após procedimento de artoplastia de quadril direito, submetido a anestesia raquidiana. Apresenta-se lúcido, orientado e consciente, respirando em ar ambiente, pressão arterial 120x80mmHg, Sat: 98%, FC: 100bpm. Possui acesso venoso em membro superior esquerdo, puncionado com cateter intravenoso n. 18 no dia de hoje (12/11/2023), com infusão em curso de (60 gotas/min), coxim abductor entre as pernas, curativo compressivo em quadril direito, com micropore, medindo aproximadamente 15 centímetros. O paciente faz uso de meia compressiva e sistema de compressão antitrombose (Phlebo Press). Neste momento, apresenta-se ansioso para ir ao quarto de internação e relata dor no quadril esquerdo.</p>

Fonte de dados: os autores, 2023.

Quadro 6- Apresentação dos itens da guia clínica n.º2: primeira versão, e após os ajustes dos *experts* na validação, formando a versão final. (continuação).

<b>Item – PROCEDIMENTOS (se houverem)</b>	
<b>Primeira versão:</b>	<b>Com os ajustes dos <i>experts</i>:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizar todos os dados para a passagem de plantão;</li> <li>• Mediar o paciente;</li> <li>• Cobrir o paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizar todos os dados para a passagem de plantão;</li> <li>• Mediar o paciente;</li> <li>• Cobrir o paciente com cobertor;</li> <li>• Aplicar escala de dor;</li> <li>• Exame físico para identificação da dor;</li> <li>• Verificar a prescrição médica;</li> <li>• Confirmar a alergia antes da administração de medicamentos.</li> </ul>

Fonte de dados: os autores, 2023.

Quanto aos critérios 7.º, 8.º, 9.º, 10.º e 11.º, esses foram inclusos na etapa do pré-teste, sendo realizados no desenvolvimento da estação simulada junto à equipe multiprofissional do ambiente cirúrgico. Participaram 19 profissionais nesta etapa. A média de idade foi de 30,1 anos, sexo feminino 94,7% (n=18), tempo médio de atuação na instituição hospitalar de 59 meses e no centro cirúrgico a média de atuação foi de 54 meses. Em relação à escolaridade 42,1% (n=8), ensino médio completo, 42,1% (n=8) ensino superior completo, 10,5% (n=2) ensino superior incompleto e 5,3% (n=1) com especialização. No quesito categoria profissional foram: 68,4% (n=13) técnicos de enfermagem, 21% (n=4) enfermeiras, 5,3% (n=1) estagiário de enfermagem e 5,3% (n=1) auxiliar administrativo.

Quanto aos resultados da ESECS apresentados na tabela 10, onde os escores variam entre 01, a 10, na qual o menor valor representava a menor satisfação e o maior valor, a melhor satisfação. Entre todas as questões avaliadas, a média geral de pontuação foi de 8,3. A questão com a menor média foi a satisfação global com a simulação que apresentou resultado de 7,2. Em relação à questão com a média mais elevada, foi a satisfação com a discussão pós-cenário (*debriefing*) com 9,5.

Tabela 10- Resultados da Escala de Satisfação com as Experiências Simuladas (ESECS). Florianópolis, Santa Catarina, 2023.

<b>ESCALA DE SATISFAÇÃO COM AS EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS SIMULADAS (ESECS)</b>		
<b>Questão avaliada</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
1.º Satisfação global com a simulação	7,2	2,5
2.º Atinge o objetivo da simulação	8,6	2,3
3.º Dinamismo da simulação	8,1	1,9
4.º Participação ativa no cenário desenvolvido	8,5	1,8
5.º Interação com os colegas	8,2	1,5

Tabela 10- Resultados da Escala de Satisfação com as Experiências Simuladas (ESECS)  
(continuação)

<b>ESCALA DE SATISFAÇÃO COM AS EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS SIMULADAS (ESECS)</b>		
<b>Questão avaliada</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
6.º Interação com a enfermeira orientadora	8,2	2,2
7.º Satisfação com o grau de dificuldade do cenário	7,9	2,1
8.º Satisfação com a discussão pós-cenário ( <i>debriefing</i> )	9,5	0,7
9.º Ligação dos cenários à teoria	8,7	1,9
10.º Realismo do cenário desenvolvido	8,3	1,8
11.º Credibilidade durante o cenário	8,3	1,4
12.º Qualidade do material utilizado	9,1	0,8
13.º Qualidade dos equipamentos	9,2	0,8

Fonte de dados: os autores, 2023.

Quanto aos dados da Escala de Autoconfiança com a Aprendizagem, respondida através da escala de *Likert* de 1 a 5, a tabela 11 mostra que, dentre as 13 questões avaliadas, duas questões obtiveram a melhor média, sendo as questões: os métodos de ensino utilizados nesta simulação foram úteis e eficazes (média: 4,5) e estou confiante de que estou desenvolvendo habilidades e obtendo os conhecimentos necessários a partir desta simulação para executar os procedimentos necessários em um ambiente cirúrgico (média: 4,5).

A questão com a média mais baixa foi: é responsabilidade da enfermeira dizer-me o que eu preciso aprender na temática desenvolvida na simulação (média: 3,3). A média geral da escala foi de 4,1.

Tabela 11- Resultados da Escala de Autoconfiança com a Aprendizagem. Florianópolis, Santa Catarina, 2023.

<b>ESCALA DE AUTOCONFIANÇA COM A APRENDIZAGEM</b>		
<b>Questão avaliada</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
1.º Os métodos de ensino utilizados nesta simulação foram úteis e eficazes.	4,5	0,5
2.º A simulação forneceu-se uma variedade de materiais didáticos e atividades para promover a minha aprendizagem do currículo médico cirúrgico.	4,3	0,5
3.º Eu gostei do modo como a enfermeira ensinou através da simulação.	3,8	1,4
4.º Os materiais didáticos utilizados nesta simulação foram motivadores e ajudaram-me a aprender.	4,3	0,6
5.º A forma como a enfermeira ensinou através da simulação foi adequada para a forma como eu aprendo.	4,0	1,2
6.º Estou confiante de que domino o conteúdo da atividade de simulação que a enfermeira me apresentou.	3,7	0,7
7.º Estou confiante que esta simulação incluiu conteúdo necessário para o domínio do atendimento em centro cirúrgico.	4,3	0,7

Tabela 11- Resultados da Escala de Autoconfiança com a Aprendizagem (continuação).

ESCALA DE AUTOCONFIANÇA COM A APRENDIZAGEM		
Questão avaliada	Média	Desvio padrão
8.º Estou confiante de que estou desenvolvendo habilidades e obtendo os conhecimentos necessários a partir desta simulação para executar os procedimentos necessários em um ambiente cirúrgico.	4,5	0,5
9.º A enfermeira utilizou recursos úteis para ensinar simulação.	3,9	1,3
10.º É minha responsabilidade como profissional, aprender o que eu preciso saber através da atividade de simulação.	4,5	0,6
11.º Eu sei como obter ajuda quando eu não entender os conceitos abordados na simulação.	4,1	0,7
12.º Eu sei como usar atividades de simulação para aprender habilidades.	3,8	0,9
13.º É de responsabilidade da enfermeira mostrar que preciso aprender acerca da temática desenvolvida na simulação.	3,3	0,9

Fonte de dados: os autores, 2023.

## DISCUSSÃO

O referido estudo contou com a participação da equipe multiprofissional em todas as etapas do desenvolvimento das guias clínicas. Com relação à idade média dos participantes desta equipe, foram adultos jovens, com participação importante de médicos e técnicos de enfermagem, praticamente, na mesma proporção. Chama a atenção nesse estudo a proporção de profissionais médicos. No que se refere à participação destes profissionais na avaliação da cultura de segurança, outros estudos apontam como sendo estratégico e fundamental, haja vista que estão diretamente envolvidos no cenário dos procedimentos no ambiente cirúrgico. Ainda, destaca-se que os participantes são jovens, conforme identificado em outros estudos como a melhor faixa de idade para percepção e compreensão da cultura de segurança do paciente (KAKEMAM *et al.*, 2022; ZABIN *et al.*, 2022).

A participação destes profissionais para identificação das necessidades e das prioridades quanto à cultura de segurança foi fundamental tanto no uso do questionário como na técnica *brainwriting*. Haja vista que os dados revelaram as dimensões mais frágeis por meio dos itens avaliados, agrupado as palavras que mais surgiram no *brainwriting*. Esses dados mostram o quanto, ainda, o poder, a hierarquização, a pressão, a intolerância e o medo impedem a projeção da segurança nos ambientes de saúde. Tais dados se complementam e mostraram com detalhe e riqueza de informações acerca das fragilidades e/ou maior demanda da equipe quanto à cultura de segurança. Outros estudos mostram a similaridade de dados com este estudo, ao revelar como fatores desencadeadores para uma baixa cultura de segurança a rigidez hierárquica, a elevada

demanda de atribuições, a pressão em executar tarefas implicando eventos adversos e erros (DEZORDI *et al.*, 2020; HOFFMANN; GLANZNER, 2019).

Todavia, destaca-se que tais achados foram fundamentais para a construção das guias clínicas em razão de possibilitarem as pesquisadoras aproximarem-se da realidade vivida por essa equipe, na prática. E assim, desenvolver a escrita e o passo a passo da guia focada nas reais carências deles. Permitindo que tanto objetivos como habilidades desencadeassem reflexões e possíveis mudanças desta prática. Tornando-a mais segura, efetiva e, principalmente, trazendo a compreensão de que a cultura de segurança pode ser aprofundada com pequenas mudanças de atitudes e comportamentos dos envolvidos no ambiente de trabalho. Minimizando o medo e a insegurança da punição.

Nesta perspectiva, identificou-se que a construção das guias clínicas vai ao encontro das orientações de estudos que já desenvolveram guias clínicas. Onde os autores pontuam a importância do planejamento sistemático, para estruturar as práticas simuladas, com finalidade de apoiar na condução e avaliação das atividades planejadas (DOMINGUES; NOGUEIRA; MIÚRA, 2020).

Logo, percebe-se que o planejamento e construção de guias clínicas norteiam a simulação em sua execução, apontadas como estratégias fundamentais para as boas práticas. Nesse estudo, cada uma das etapas propostas no referencial teórico foi seguido, o que demanda clínicas estruturadas com tato e cuidado, em cada fase da escrita. Haja vista que tais instrumentos irão proporcionar o aprimoramento das competências da equipe multiprofissional do cenário cirúrgico. Ambiente este complexo que necessita de capacitações frequentes embasadas em cenários que se aproximam da prática do dia a dia. As guias clínicas são categorizadas em: Guias de Manejo, as quais auxiliam a montagem e manutenção dos simuladores e dos cenários, sendo acessíveis à logística do laboratório. Autores apontam que as guias clínicas precisam articular conhecimento e realçar o cenário com precisão no sentido de oportunizar aprendizagem (FABRI *et al.*, 2017; INACSL, 2016; INACSL, 2017; SCHUELTER *et al.*, 2021).

Outros autores apontam que as guias clínicas precisam preconizar cenários que repliquem a prática, ou seja, a realidade com a maior veracidade possível, desta forma, possibilita ao indivíduo vivenciar momentos de aprendizagem que estimulam o raciocínio crítico, tomada de decisão e solução de problemas. Salienta-se a necessidade de definir os objetivos de ensino/aprendizagem aos quais se propõem, possibilitando que o processo de construção de cenários de práticas simuladas ocorra conforme os conteúdos trabalhados previamente (NEVES; PAZIN-FILHO, 2018; ERLINGER; BARTLETT; PEREZ, 2019; RODRIGUES *et al.*, 2021; KALDHEINM *et al.*, 2019). Assim, compreende-se que as guias clínicas desenvolvidas neste

estudo atenderam a todos os requisitos pontuados pelo referencial teórico e literatura, considerando os detalhes das descrições, objetivos, habilidades, caso clínico, fala dos atores, distratores, bem como o *checklist* para conduzir o *debriefing*.

Vale destacar que cada uma das etapas das guias clínicas relaciona os dados apresentados pela equipe ao primeiro critério do referencial teórico. Tais afirmações reforçam os resultados obtidos por meio da técnica *snowball*. Onde o escore 01, manter o item, foi o que predominou, mesmo diante de profissionais experientes com envolvimento importante na temática, tanto em ambiente cirúrgico, quanto em simulação e cultura de segurança. Todavia, cabe ressaltar, que a participação destes profissionais aprimorou e validou a tecnologia educacional desenvolvida. Assim, aperfeiçou os itens, bem como validou as informações, sob o olhar crítico de profissionais com expertise na temática. Permitindo refinar e clarificar o conteúdo, e serem utilizadas por outras equipes multiprofissionais nos ambientes cirúrgicos.

Tonando o espaço cirúrgico mais respeitoso, humano, harmonioso no sentido de proporcionar entre as pessoas uma relação acolhedora sem que haja desconfiança, insegurança e medo de revelar erros e/ou possíveis erros. Onde todos os envolvidos nesta prática possam apoiar-se em melhorar as relações de trabalho, promovendo mudanças contínuas no sentido de aprimorar e disseminar a cultura de segurança.

A participação dos especialistas na temática, apoiam a fala de alguns autores, onde reiteram a importância destas ferramentas aproximarem ao máximo da realidade no sentido de proporcionar aos participantes cenários, próximos da realidade. Incentivando os participantes a possibilidade de aprimorar competência de maneira a não temer erros (FABRI *et al.*, 2017; INACSL, 2016; INACSL, 2017; SCHUELTER *et al.*, 2021). Neste sentido, compreende-se que a participação destes profissionais validando as guias clínicas, proporcionou uma aproximação ainda maior da possibilidade de que a ferramenta possa disseminar a cultura de segurança.

No que se refere à satisfação dos participantes no pré-teste o *debriefing*, conforme dados, foi apresentada como a atividade com maior satisfação entre os participantes. Nesse estudo, o *debriefing* se mostrou bastante efetivo pela leveza com que foram conduzidas as reflexões entre equipe e pesquisadores. Autores apontam que o *debriefing* é considerada uma das etapas mais significativas na simulação, momento onde ocorre a conexão e reflexão das competências e objetivos almejados com as ações executadas (ALMEIDA *et al.*, 2016; NYSTRÖM *et al.*, 2016; INACSL, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2018). É nessa parte que é oportunizada a criação de novos conhecimentos tanto teóricos quanto práticos, assim como conceber um momento de autorreflexão e autoaprendizagem, baseados em inúmeros métodos para o seu desenvolvimento

e relacionados ao objetivo da simulação em questão (ALMEIDA *et al.*, 2016; NYSTRÖM *et al.*, 2016; INACSL, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2018; SCHUELTER *et al.*, 2021).

Quanto à autoconfiança com a aprendizagem, os métodos de ensino utilizados nesta simulação foram úteis e eficazes, foi o mais bem pontuado vindo de encontro com a satisfação do *debriefing*. Assim, compreende-se que os participantes reconhecem a simulação como uma estratégia que é capaz de promover melhorias nas competências relacionadas a cultura segurança, na prática. Outros estudos que usaram a escala de autoconfiança obtiveram um aumento de 2,35 pontos para 3,34 pontos após as práticas de simulações, concluindo que esta abordagem é uma boa estratégia para a promoção de confiança durante uma emergência (CARVALHO *et al.*, 2017).

Corroborado pelo estudo de Barbosa *et al.*, (2019) o qual observou um aumento no valor médio dos domínios da escala de autoconfiança após práticas de simulações para ressuscitação cardiopulmonar com acadêmicos de enfermagem. Nesse sentido, a autoconfiança é uma atitude relacionada às experiências replicadas pelos indivíduos, que, no que lhe concerne, quando se obtém níveis elevados de autoconfiança, apresentam maior probabilidade de executar intervenções bem-sucedidas (TEIXEIRA *et al.*, 2015; BARBOSA *et al.*, 2019).

## CONCLUSÃO

Esse estudo desenvolveu duas guias clínicas conforme referencial teórico adotado, tendo como temas: Gestão de conflitos e trabalho em equipe para a segurança do paciente na transferência do paciente da sala operatória para a sala de recuperação pós anestésicos e; Assistência da equipe de saúde na transferência do cuidado na sala de recuperação pós-anestésica.

As guias foram desenvolvidas com o objetivo de promover respeito, empatia, harmonia e humanização, passagem de plantão assertiva e segura, identificação dos riscos relacionados a segurança do paciente e gerência dos conflitos. Todas as etapas da construção das guias clínicas estão embasadas na demanda apresentada pelos participantes, no caminho metodológico desenvolvido por este estudo. Justamente para aproximar ao máximo o cenário simulado da realidade vivenciada no dia a dia, e com isto oportunizar reflexões internas dos participantes com a simulação.

Estas guias clínicas foram validadas por especialistas na área com anos de prática nas temáticas de centro cirúrgico, simulação clínica e segurança do paciente, o que proporcionou maior aprimoramento da tecnologia educacional desenvolvida e possibilitou adaptações para futuras aplicações das guias clínicas, em diferentes realidades.

Por fim, os resultados do pré-teste reforçam os achados acima, que apresentam índices de satisfação dos participantes da simulação e permite que reconheçam a simulação como uma estratégia capaz de apoiar e disseminar a cultura de segurança no centro cirúrgico.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Rodrigues Guimarães dos Santos *et al.*, Validação para a língua portuguesa da escala Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1007-13, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/7fyQp4sk7xrVLC8WxrbLLqy/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.
- ALVES, Naiana Pacífico *et al.*, Simulação realística e seus atributos para a formação do enfermeiro. **Revista Enfermagem Ufpe on line**, Recife, v. 13, n. 5, p. 1420-1428, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1024530>. Acesso em: 10 março. 2021.
- AMANTE, Lúcia Nazareth *et al.*, Problem Based Learning aplicado ao ensino de enfermagem pelo ambiente virtual de aprendizagem: estudo qualitativo. **Enfermagem Brasil**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 53-67, 2021. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/4456>. Acesso em: 04 jun. 2021.
- AOUICHA, Wiem *et al.*, Patient safety culture as perceived by operating room professionals: a mixed-methods study. **BMC Health Services Research**. v. 22, n. 799, 2022. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08175-z>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-08175-z>. Acesso em: 13 set. 2022.
- BAPTISTA, Rui Carlos Negrão *et al.*, Satisfação dos estudantes com as experiências clínicas simuladas: validação de escala de avaliação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 22, n. 5, p. 709-15, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/3NPqY6ZGGfPRhSd6dLXF49m/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 de nov. de 2021.
- BARBOSA, Genesis Souza *et al.*, Eficácia da simulação na autoconfiança de estudantes de enfermagem para ressuscitação cardiopulmonar extra-hospitalar: um estudo quase experimental. **Scientia Medica**, v. 29, n. 1, 2019. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003013419> Acesso em: 2 mar. 2023.
- BAZILIO, J., de Aquino Pereira, J., Cristiane, M., Figueira, S., & Silva, E. M. In situ simulation as a strategy to enhance the welcoming practice in Primary Health Care. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 12, 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i12.8185>. Acesso em: 15 dez. 2021.

CONDON, T. The Collaboration Between OR Nursing, Central Processing, and a Community College. **ASORN INSIGHT Fall 2018**. Disponível em: <https://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=8b4c80e4-f9d8-4f9e-b96f-811777b4cb9e%40sessionmgr4007>. Acesso 27 nov. 2021.

CORRÊA, Ana Paula Almeida *et al.*, Simulação clínica: educação para equipe de Enfermagem no cuidado aos pacientes com sonda nasoentérica. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s. l.], v. 35, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/41998>. Acesso em: 06 mar. 2022.

COSTA, Franciely Vanessa *et al.*, Use of innovative strategies in the teaching of hematology: an experience in medical education. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 5, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3181/5353>. Acesso em: 27 nov. 2021.

DEZORDI, Cátia Cristiane Matte *et al.*, Clima de segurança no centro cirúrgico: atitudes dos profissionais de saúde. **Cogitare enfermagem**, [s. l.], v. 25, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/65577/pdf>. Acesso em: 24 out. 2021.

DOMBRÁDI, Viktor., *et al.*, Broadening the concept of patient safety culture through value-based healthcare. **Journal of Health Organization and Management**. 2021. doi:10.1108/JHOM-07-2020-0287. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33645172/>. Acesso em: 10 out. 2022.

DOMINGUES, Tânia Arena Moreira; NOGUEIRA, Lilia de Souza. MIÚRA, Carala Roberta Monteiro. Construção do cenário simulado. In: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Manual de simulação clínica para profissionais de enfermagem**. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, 2020. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/Manual-de-Simula%C3%A7%C3%A3o-C1%C3%ADnica-para-Profissionais-de-Enfermagem.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2023.

ERLINGER, Lisa Rose; BARTLETT, Andrew; PEREZ, Amelia. High-Fidelity Mannequin Simulation versus Virtual Simulation for Recognition of Critical Events by Student Registered Nurse Anesthetists. **Aana Journal**, v. 87, n. 2, p. 105-109, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31587722/>. Acesso em: 16 dez. 2021.

FABRI, Renata Paula *et al.*, Development of a theoretical-practical script for clinical simulation. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/BQr7hRjtgCwF3c9BsDR7Wtq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 mar. 2023.

GARCIA, Cledir Tania Franca. *et al.*, Uso de metodologias ativas como prática para educação continuada em enfermagem em uma organização hospitalar. 6º congresso internacional em saúde. **CISAúde**. 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/Leticia/Downloads/11297-Texto%20do%20artigo-42394-1-10-20190528.pdf>. Acesso: 13 jan. 2022.

GOMES, Alex Sandro; PIMENTEL, Edson Pinheiro. Ambientes Virtuais de Aprendizagem para uma Educação mediada por tecnologias digitais. In: PIMENTEL, Mariano; SAMPAIO,

Fábio F.; SANTOS, Edméa (Org.). **Informática na Educação: ambientes de aprendizagem, objetos de aprendizagem e empreendedorismo**. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Computação, v. 5, 2021. Disponível em: <https://ieducacao.ceie-br.org/ava/>. Acesso em: 2 mar. 2023.

HOFFMANN, Deisi Angélica; GLANZNER, Cecilia Helena. Factors Interfering with the Nursing Worker's Health in the Surgical Center. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 35, n. 4, p. 3-24, 2019. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=96984>. Acesso em: 22 jan. 2023.

INACSL. Healthcare Simulation Standards of Best Practice™. Standards of Best Practice: Simulation. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 12, 2016. Disponível em: <https://member.inacsl.org/files/SOBP%20Translation/SOBPEnglishCombo.pdf>. Acesso 24 jan. 2022.

INACSL. INTERNATIONAL NURSING ASSOCIATION FOR CLINICAL SIMULATION AND LEARNING. SimulationSM: Operations. **Clin Simulat Nurs**. INACSL, 2017. Acesso em: 2 mar. 2023.

JOWSEY, Tanisha. *et al.*, Towards a safer culture: implementing multidisciplinary simulation based team training in New Zealand operating theatres - a framework analysis. **BMJ Open**. 2019. doi:10.1136/bmjopen-2018-027122. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/10/e027122.full.pdf>. Acesso em: 13 set. 2022.

KAKEMAM, Edris *et al.*, Patient safety culture in Iranian teaching hospitals: baseline assessment, opportunities for improvement and benchmarking. **BMC Health Services Research**, v. 22, n. 1, p. 1-10, 2022. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-07774-0> Acesso em: 22 jan. 2023.

KALDHEIM, Hege Kristin Aslaksen *et al.*, Use of simulation-based learning among perioperative nurses and students: a scoping review. **Nurse Education Today**, [s. l.], v. 73, p. 31-37, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30476823/>. Acesso em: 16 dez. 2021.

KNIHS, Neide da Silva *et al.*, Planning and development of empathic educational pedagogical practice in the process of death and dying: A pilot test. **Journal of Nursing Education and Practice**, [s. l.], v. 11, p. 63, 2021. Disponível em: <https://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/20388>. Acesso em: 20 nov. 2021.

LI, Ju *et al.*, Effects of Simulation-Based Deliberate Practice on Nursing Students' Communication, Empathy, and Self-Efficacy. **Journal of Nursing Education**. Disponível em: <https://journals-healio-com.ez46.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.3928/01484834-20191120-02>. Acesso em: 04 fev. 2023.

LORENZINI, Elisiane; OELKE, Nelly D.; MARCK, Patricia. Safety culture in healthcare: mixed method study. **J Health Organ Manag**. 2021. doi: 10.1108/JHOM-04-2020-0110. Disponível em: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih.ez46.periodicos.capes.gov.br/34255441/>. Acesso em: 12 set. 2022.

MACGILLIVRAY, Thomas E. Advancing the Culture of Patient Safety and Quality Improvement. **Methodist Debakey Cardiovasc Journal**, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 192-198, 2020. DOI: 10.14797/mdcj-16-3-192. Disponível em: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih.ez46.periodicos.ca-pes.gov.br/33133354/>. Acesso em: 10 set. 2021.

NEVES, Fábio Fernandes; PAZIN FILHO, Antônio. Construindo cenários de simulação: pérolas e armadilhas. **Scientia Medica**, v. 28, n. 1, p. 11, 2018. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6268085>. Acesso em: 2 mar. 2023.

NIA, Peyman Sardari. *et al.*, The EACTS simulation-based training course for endoscopic mitral valve repair: an air-pilot training concept in action. **Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery**, v. 30, n 05, p. 1-8, 22 Jan. 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/icvts/ivz323>. Disponível em: <https://academic.oup.com/icvts/article-abstract/30/5/691/5714188?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 10 abr. 2021.

NYSTRÖM, Sofia *et al.*, Debriefing practices in interprofessional simulation with students: a sociomaterial perspective. **BMC medical education**, v. 16, n. 1, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0666-5> Acesso em: 2 mar. 2023.

OLIVEIRA, Saionara Nunes de *et al.*, Da teoria à prática, operacionalizando a simulação clínica no ensino de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1791- 1798, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/FWHYc86T6S7sRXWwhRK-VNZR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 mar. 2023.

PAULETTI, Marzeli. *et al.*, **Atuação do enfermeiro nos times-out da cirurgia segura**. Anuário Pesquisa E Extensão Unoesc São Miguel Do Oeste. Editora Unoesc. 2018. Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/19315>. Acesso em 12 jan. 2022.

PEDRADA, Lilia Dias Santana de Almeida. *et al.*, Uso da simulação realística na segurança da equipe cirúrgica frente ao coronavírus: relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/Leticia/Downloads/19017-Article-234563-1-10-20210816.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2022.

PEREIRA JÚNIOR, Gerson; GUEDES Vilar Hermila. **Simulação Clínica: ensino e avaliação nas diferentes áreas da Medicina e Enfermagem**. [livro eletrônico] (cirurgia geral, clínica médica, emergência, ginecologia e obstetrícia, pediatria, saúde coletiva, saúde da família e comunidade e saúde mental) / Gerson Alves Pereira Júnior, Hermila Tavares Vilar Guedes, (organizadores). -- Brasília: Associação Brasileira de Educação Médica, 2022. Disponível em: [https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2022/09/livro-completo\\_digital-1.pdf](https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2022/09/livro-completo_digital-1.pdf). Acesso em: 13 dez. 2022.

RIBEIRO, Elaine. Utilização de metodologia ativa no ensino da assistência de enfermagem em pacientes com drenos torácicos, cerebral e abdominais: relato de caso. **CCFEU**. 2019. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/eventos/index.php/ccfenf/article/view/1501>. Acesso em: 12 jan. 2022.

RIBEIRO, Vanessa dos Santos *et al.*, Clinical simulation and training for Advanced Nursing Practices: an integrative review. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 31, n. 6, p. 659-66,

2018. Disponível em: <https://acta-ape.org/en/article/clinical-simulation-and-training-for-advanced-nursing-practices-an-integrative-review/>. Acesso em: 12 nov. 2022.

RODRIGUES, Samuel Barroso *et al.*, Simulação realística na capacitação de profissionais de enfermagem em sala de vacinação. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 3, 2021. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13314>. Acesso em: 02 mar. 2023.

SANTOS, Sheila Mara Pereira dos.; BONATO, Melissa; SILVA, Eusiane Furtado Mota *Checklist* de cirurgia segura: Conhecimento da equipe cirúrgica. *Enferm. Foco*, v.11, n. 4, 214-220, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1146781>. Acesso 27 nov. 2021.

SCHUELTER, Patrícia Ilha *et al.*, Gestão em simulação clínica: uma proposta de boas práticas e otimização dos processos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/RRPx8LJnsNZcqWphjKVVRdt/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 2 mar. 2023.

SOUZA, Ana Célia Caetano de; MOREIRA, Thereza maria Magalhães; BORGES, José Wicto Pereira. Development of an appearance validity instrument for educational technology in health. *Rev Bras Enferm.* v. 73, 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0559>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/j4nNFSCVRjLFkT-fXYBkLWgk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 13 set. 2022.

TEIXEIRA, Carla Regina de Souza *et al.*, Evaluation of nursing students about learning with clinical simulation. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, p. 311-319, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26222176/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

TOMAZ, Thais Lozovoi. *et al.*, A simulação realística como estratégia de ensino-aprendizagem da equipe de enfermagem em um centro cirúrgico ambulatorial. *QualiHosp.* v. 1, 2019. Disponível em: <https://proceedings.science/qualihosp-2019/papers/a-simulacao-realistica-como-estrategia-de-ensino-aprendizagem-da-equipe-de-enfermagem-em-um-centro-cirurgico-ambulatoria>. Acesso em: 12 jan. 2022.

ZABIN, Loai M.; ZAITOUN, Rasha S. Abu; ABDULLAH, Abdullah A. Patient safety culture in Palestine: university hospital nurses' perspectives. *BMC nursing.*, v. 21, n. 1, p. 1-10, 2022. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-022-00987-y> Acesso em: 20 jan. 2023.

### 6.1.4 Produto Final da Dissertação

**Título:** Conjunto de guias clínica de simulação capazes de apoiar a disseminação da cultura de segurança no ambiente cirúrgico.

Letícia Marie Sakai  
Neide da Silva Knih

#### RESUMO

**Objetivo:** Desenvolver e avaliar guias clínicas de simulação com a equipe do ambiente cirúrgico, capazes de apoiar e disseminar a cultura de segurança com base nas necessidades destes profissionais. **Método:** Estudo metodológico desenvolvido através de seis etapas: 1º Revisão de escopo, conforme o referencial de *Joanna Briggs*; 2º Estudo quantitativo descritivo utilizando o questionário: *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*; 3º *Brainwriting*; 4º Desenvolvimento das guias clínicas por meio do referencial *Nursing Association for Clinical Simulation and Learning*; 5º Avaliação das guias clínicas e complemento, pela técnica *snowball* dos expertises na temática e 6º Avaliação das guias através da Escala de Satisfação com as Experiências Clínicas Simuladas e Escala de Autoconfiança com a Aprendizagem, aplicadas no pré-teste. A pesquisa foi realizada em um hospital filantrópico da região sul do país. Participaram profissionais da equipe multiprofissional atuantes no centro cirúrgico. O desenvolvimento da pesquisa ocorreu entre março de 2022 até fevereiro 2023. A análise dos dados ocorreu por meio de testes estatísticos, similaridade de informações e formação de nuvem de palavras. **Resultados:** Participaram 89 profissionais da equipe multiprofissional. Foram desenvolvidas duas guias clínicas a partir das necessidades apontadas pelos profissionais no transcorrer do desenvolvimento do estudo. As guias clínicas abordam os seguintes temas: Gestão de conflitos e trabalho em equipe para a segurança do paciente na transferência do paciente da sala operatória para a sala de recuperação pós anestésicos e; Assistência da equipe de saúde na transferência do cuidado na sala de recuperação pós-anestésica. **Considerações finais:** As guias clínicas foram construídas com base nas fragilidades identificadas pelos profissionais atuantes no centro cirúrgico. Assim, compreende-se que o referido produto representado pelas guias têm potencialidade de disseminar a cultura de segurança e promover discussão da temática da equipe multiprofissional do ambiente cirúrgico.

**Descritores:** Simulação; Cultura Organizacional; Enfermagem Perioperatória; Segurança do Paciente; Tecnologia Educacional.

#### INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, assuntos relacionados a cultura de segurança ganharam mais amplitude, discussão e visibilidade. Sabe-se que a cultura de segurança é composta de atitudes, valores, competências e percepções individuais e coletivas, nas quais determinam os padrões de comportamento de um grupo, que influencia diretamente na segurança de cada instituição (IBES, 2017; GUTIERRES *et al.*, 2020).

Vale salientar que a promoção desta cultura de segurança é complexa e desafiadora nos ambientes de saúde. Haja vista que envolve, diretamente, o trabalho em equipe e o fortalecimento desta equipe quanto a comunicação efetiva, respeito, empatia, cultura não punitiva, cuidado centrado no paciente, dentro outras ações (DOMBRÁDI *et al.*, 2021; GUTIERRES *et al.*, 2020; PATIENT SAFETY MOVEMENT, 2020).

No centro cirúrgico, a cultura de segurança perpassa pela participação da equipe multiprofissional, em razão de ser um espaço hospitalar onde circulam diferentes profissionais envolvidos em diferentes procedimentos cirúrgicos, sendo esses diferentes complexidades e gravidades (CRUZ *et al.*, 2021; FERNANDES *et al.*, 2021). Assim, o centro cirúrgico, possui fatores que interferem negativamente para a adesão da disseminação da cultura de segurança neste espaço, em especial pela: alta demanda de serviço, baixo envolvimento dos profissionais em prol das ações de segurança do paciente, baixa quantidade de profissionais, notificação e punição em casos de eventos adversos, pouca adesão gerencial, direção, quantidade insuficiente de treinamentos de educação continuada, sobrecarga de estresse mental, imprevisibilidade das situações, relacionamento interpessoal dificultoso e problemas na comunicação (CRUZ *et al.*, 2021; FERNANDES *et al.*, 2021; GUTIERRES *et al.*, 2020; SANCHIS *et al.*, 2020).

Diante deste cenário, está o profissional enfermeiro como gestor deste espaço integrado pela equipe multiprofissional. Assim, ele precisa desenvolver e aprimorar competências para gestão, assistência, educação em saúde, educação continuada, raciocínio clínico e tomada de decisão rápida e efetiva, assegurando uma assistência de enfermagem com qualidade e segurança (GUTIERRES *et al.*, 2020; GEMELLI *et al.*, 2021). Neste sentido, este profissional necessita buscar estratégias capazes de apoiar e subsidiar a gestão e supervisão deste espaço de trabalho, com especial foco para a cultura de segurança. Considerando que a cultura de segurança direciona a assistência em saúde focada na segurança do paciente.

Frente a esta realidade, ímpar, vivenciada pelo enfermeiro enquanto gestor da sistematização da assistência no ambiente cirúrgico, surgem as metodologias ativas como apoiadoras da educação continuada junto a equipe multiprofissional. Nestas metodologias, a simulação clínica é uma tecnologia educacional promissora, capaz de multiplicar a prática clínica e favorecer o aprendizado dos profissionais da saúde. Agregando, assim, conhecimentos e habilidades não técnicas, como as cognitivas, sociais e pessoais para o profissional, em especial no foco da segurança do paciente (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2020; BOOSTEL *et al.*, 2021; CORRÊA, *et al.*, 2021; PEREIRA JÚNIOR e GUEDES, 2022; SANTIAGO *et al.*, 2020; WESTBROOK *et al.*, 2020).

Para que essa tecnologia educacional possa alcançar os objetivos propostos, é necessário o planejamento e construção detalhada da guia clínica, a qual embasa o desenvolvimento da simulação na prática. Tais guias clínicas devem ser construídas com a participação dos profissionais da prática no sentido de atender a demanda e as necessidades do dia a dia, em especial da cultura de segurança (COREN SP, 2020; PEREIRA JÚNIOR e GUEDES, 2022; PEDRADA *et al.*, 2021; SILVA, *et al.*, 2022). Em razão de serem esses profissionais que podem apresentar as reais necessidades da prática para melhorar a cultura de segurança no ambiente cirúrgico.

Vale salientar que a construção da guia clínica, também, precisa seguir rigor metodológico tanto na descrição da guia como no desenvolvimento desta junto a equipe. Para a realização da simulação na prática, o *briefing* (momento em que antecede a cena para explicação das orientações aos participantes), cenário simulado (momento em que ocorre a simulação propriamente dita) e o *debriefing* (momento de análise da cena, com reflexão crítica mediada pelo facilitador) são espaços importantes, os quais propõem espaço seguro para a discussão, reflexão e oportunidade de aprendizado (COREN SP, 2020; PEREIRA JÚNIOR e GUEDES, 2022;). Autores apontam que por meio da simulação é possível desenvolver o pensamento crítico, confiança, competências clínicas e habilidade para a tomada de decisão nos profissionais da saúde atuantes no centro cirúrgico (BAZILIO *et al.*, 2020; BOOSTEL *et al.*, 2021; SCHAAP *et al.*, 2021; SILVA, *et al.*, 2022).

Assim, considerando a complexidade do ambiente cirúrgico e a efetividade da simulação clínica, acredita-se que esse produto será capaz de promover a cultura de segurança no centro cirúrgico, com o impacto de promover discussões no ambiente a respeito do que considera-se como fator importante para a cultura de segurança, e oportunidades de repensar a prática individual dos profissionais, no sentido de olhar internamente e encontrar os principais pontos de melhoria para a cultura de segurança do paciente.

Como benefício coletivo gerado por uma prática em grupo, com discussões da temática entre os envolvidos, discussões a respeito das práticas diárias que promovem ou enfraquecem a segurança do paciente e com isto a movimentação do grupo para reflexões e descontentamento naquilo que vai contra as boas práticas de segurança do paciente.

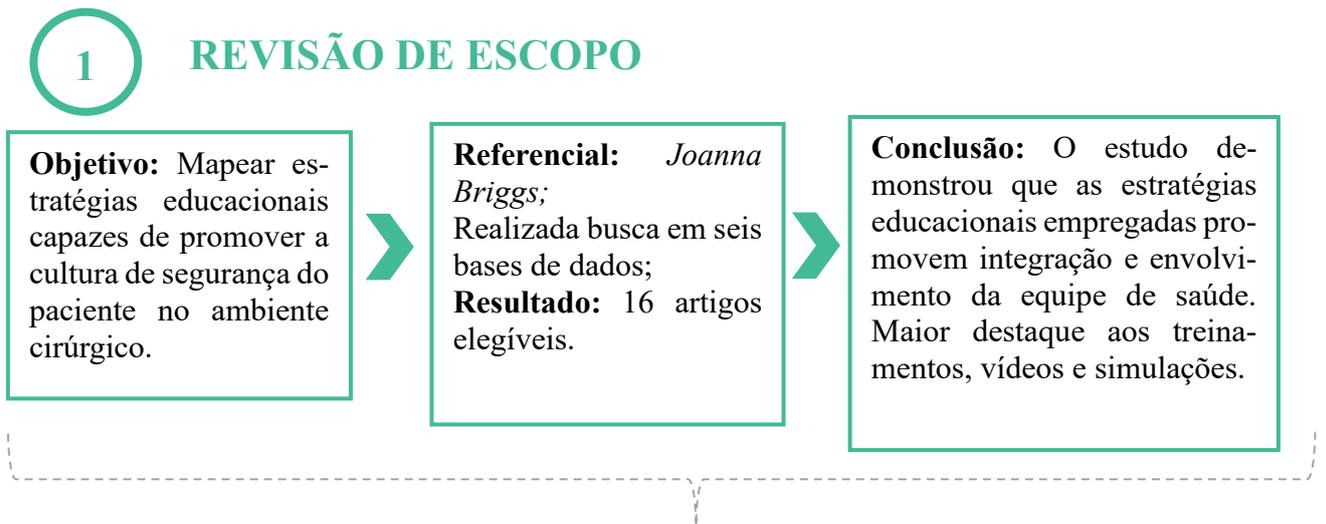
## **OBJETIVO**

- Desenvolver e validar guias clínicas de simulação com a equipe do ambiente cirúrgico, capazes de apoiar e disseminar a cultura de segurança com base nas necessidades destes profissionais.

## MÉTODO

Este produto, foi elaborado a partir de uma pesquisa metodológica desenvolvida em seis etapas conforme o Fluxograma 1. Para a escrita das guias clínicas utilizou-se o referencial da *Nursing Association for Clinical Simulation and Learning* que apresenta as melhores práticas de simulação clínica (INACSL, 2016). Como modelo para a construção das guias clínicas utilizou-se o referencial proposto por Pereira Júnior e Guedes (2022), no qual é primeiramente descrito a encomenda, que apresenta os objetivos de aprendizagem, as habilidades que serão desenvolvidas e a situação de partida e na sequência a estação simulada na íntegra, que descreve passo a passo a simulação. Para a etapa de avaliação da simulação, utilizou-se do pré-teste com os profissionais do centro cirúrgico que avaliaram por meio da Escala de Satisfação e Autoconfiança com a Aprendizagem e, Escala de Satisfação com as Experiências Clínicas Simuladas.

Fluxograma 1 – Percurso metodológico da dissertação.



## 2

## ESTUDO QUANTITATIVO DESCRITIVO

**Objetivo:** Mensurar a cultura de segurança por meio do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC).

**Método:** Estudo quantitativo descritivo; **Resultado:** 89 profissionais do centro cirúrgico; Nota geral para segurança do paciente “muito boa”; Fragilidades nas dimensões: D8, D9, D11 e D12.

**Conclusão:** Identificada áreas problemáticas na cultura de segurança e necessário intervenções para fortalecer o trabalho em equipe, com melhoria na ambiência do bloco cirúrgico.

## 3

## BRAINWRITING

**Objetivo:** Identificar ideias junto aos profissionais do ambiente cirúrgico capazes de auxiliar na disseminação da cultura de segurança.

**Método:** técnica *brainwriting*; Seis rodadas de perguntas na temática: cultura de segurança. **Resultado:** 6 profissionais da enfermagem e surgiram 179 ideias.

**Conclusão:** Identificada as ideias com destaque estão relacionadas a comunicação, falta de atenção, pressa entre os profissionais e necessidades de treinamentos com diferentes metodologias.

## 4

## GUIAS CLÍNICAS

**Objetivo:** Construir guias clínicas de simulação considerando a necessidade apontada pela equipe de saúde do ambiente cirúrgico.

**Referencial:** *Nursing Association for Clinical Simulation and Learning*. **Resultado:** Duas guias clínicas nas temáticas: trabalho em equipe entre as unidades hospitalares e transferências internas e passagem de plantão.

**Conclusão:** As guias clínicas podem ser capazes de promover e apoiar a cultura de segurança, pois oportunizam a prática de procedimentos e técnicas de enfermagem, inerentes ao cotidiano do bloco cirúrgico.

## 5 SNOWBALL

**Objetivo:** Validar as guias clínicas previamente construídas através de expertises na temática.

**Método:** Técnica *snowball*; Amostra aleatória intencional de três participantes;  
**Resultado:** 9 expertises validaram as guias clínicas através do quadro avaliativo.

**Conclusão:** A maioria deles assinalaram o escore 1 (manter o item) para os itens da guia clínica. As alterações dos expertises foram discutidas entre a pesquisadora e orientadora, e após, implementada nas guias clínicas.

## 6 AVALIAÇÃO DAS GUIAS CLÍNICAS

**Objetivo:** Avaliar a guia clínica através de simulações pré-teste com os profissionais do bloco cirúrgico.

**Método:** Simulação pré-teste, realizada com base nas duas guias clínicas criadas. **Resultado:** 19 profissionais. Escala de Satisfação com as Experiências Clínicas Simuladas em média geral 8,3 e Escala de Autoconfiança com a Aprendizagem média geral de 4,1.

**Conclusão:** As simulações tiveram médias favoráveis aos métodos utilizados, sendo úteis e eficazes para desenvolver a confiança dos conhecimentos necessários no ambiente cirúrgico.

## RESULTADOS

Foram elaboradas duas guias clínicas considerando as fragilidades identificadas junto aos participantes conforme o percurso metodológico apresentado acima. A primeira guia clínica denominada: Gestão de conflitos e trabalho em equipe para a segurança do paciente na transferência do paciente da sala operatória para a sala de recuperação pós anestésica. E a segunda guia clínica: Assistência da equipe de saúde na transferência do cuidado na sala de recuperação pós-anestésica. A seguir a apresentação das guias clínicas na íntegra, após as considerações e ajustes de todas as etapas descritas no percurso metodológico.

**Primeira guia clínica:****Informações relacionadas a encomenda 01****ÁREA: Cirúrgica****1. TEMA/CONTEÚDO A SER ABORDADO:**

**Tema:** Gestão de conflitos e trabalho em equipe para a segurança do paciente na transferência do paciente da sala operatória para a sala de recuperação pós anestésica.

**2. OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM:**

Desenvolver uma simulação clínica capaz de treinar habilidades na gestão de conflitos e trabalho em equipe com foco na cultura de segurança na transferência do paciente da sala cirúrgica para a sala de recuperação pós-anestésica.

**2.1 HABILIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE:**

- Capaz de desenvolver o trabalho em equipe para a transferência do paciente da sala cirúrgica para a sala de recuperação pós-anestésica;
- Capaz de pôr em prática o respeito, empatia, harmonia e humanização entre a equipe;
- Aptidão para organizar e conferir os materiais e objetos intracavitários antes do fechamento do paciente na sala operatória;
- Organizar a sala cirúrgica antes da transferência do paciente;
- Qualificado para organizar todos os dispositivos e documentos burocráticos para a transferência do paciente;
- Capaz de atender as necessidades de saúde do paciente durante a organização da transferência;
- Apto para reconhecer situações adversas na organização da sala cirúrgica e processo de contagem cirúrgica;
- Preparado para identificar situações que envolvem a segurança do paciente conforme as atividades desenvolvidas;
- Capaz de perceber a necessidade de agregar estratégias para disseminar a cultura de segurança junto a equipe nas atividades realizadas.

**3. TIPO DE SIMULAÇÃO (cênica, híbrida, baixa/média e alta complexidade):**

Simulação híbrida de baixa fidelidade.

**4. PACIENTE (sexo e faixa etária do paciente):**

Paciente do sexo feminino 35 anos.

**5. CASO CLÍNICO:**

Paciente XXXXXXXX, sexo feminino, 35 anos, está na sala cirúrgica n.º 06, após realizar cesariana de gemelares (recém-nascido 1: sexo feminino e recém-nascido 2: sexo masculino), o procedimento transcorreu sem intercorrências. Seu acompanhante e os recém nascidos encontram-se na sala de recuperação pós anestésica. A paciente encontra-se lúcida e orientada aguardando a finalização do curativo para ser encaminhada à sala de recuperação pós anestésica.

**6. DOENÇA/SITUAÇÃO-PROBLEMA A SER EXPLORADA:**

Cirurgia de cesárea

**7. PROCEDIMENTOS (se houverem):**

- Contagem e conferência dos instrumentais e materiais utilizados no procedimento cirúrgico;
- Organização dos documentos burocráticos para a transferência do paciente;
- Preenchimento da lista de verificação de segurança cirúrgica do paciente (antes de sair da sala);
- Realização de comunicação clara e efetiva entre a equipe durante a organização da transferência do paciente;
- Realização do curativo na incisão cirúrgica;
- Atendimento das necessidades de saúde da paciente;
- Lidar com situações estressoras na sala de cirurgia.

**8. DISTRATORES:**

- Falta de uma pinça e uma compressa percebida no momento de organização a sala;
- Som ligado na sala atrapalhando a conversa da equipe;
- A enfermeira está com pressa e estressada para liberar a sala.

**9. CENÁRIO DE PRÁTICA - Local/referência de local em que será realizado o atendimento/procedimento:**

- Centro Cirúrgico, sala cirúrgica n.º 6.

**10. PROBLEMAS DE COMUNICAÇÃO:**

- A enfermeira chega estressada e agitada tentando agilizar a transferência do paciente, pois há mais cirurgias que precisam acontecer nesta sala cirúrgica.

**11. CONFLITOS ÉTICOS E JURÍDICOS:**

Não se aplica.

**12. Situação interprofissional envolvida (competências comuns e colaborativas):**

- Comunicação interprofissional;
- Atenção concentrada;
- Resolução de conflito;
- Trabalho em equipe;
- Tomada de decisão rápida.

**13. Nível estimado de dificuldade (fácil, médio ou difícil):**

- Médio.

**14. Informações complementares - inserir outras informações utilizadas na construção da estação:**

Neste cenário tem-se a participação de quatro pessoas, divididas entre os papéis: 1 médica residente em obstetrícia + 1 instrumentador cirúrgica + 2 circulantes de sala. Ao iniciar a cena, todos os participantes entrarão no mesmo momento. Além destes, a cena é composta por uma atriz que interpreta o papel de enfermeira do centro cirúrgico. O cenário foi aplicado para profissionais da saúde atuantes no centro cirúrgico.

## Descrição da estação simulada completa 01

### ÁREA: CIRÚRGICA

**TEMA:** Gestão de conflitos e trabalho em equipe na transferência do paciente da sala operatória para a sala de recuperação pós-anestésica.

### 1- INSTRUÇÃO PARA O PARTICIPANTE

#### CENÁRIO DE ATUAÇÃO

13:20 – Vocês serão chamados pela enfermeira para organizar a transferência da paciente da sala cirúrgica n.º 06 (1 médica residente + 3 técnicos de enfermagem). Infelizmente a equipe anterior, teve que sair às pressas devido a uma emergência (circular de cordão em outra sala). Vocês são responsáveis para a continuidade/organização da transferência da paciente XXXXXXX, sexo feminino, 35 anos, submetida a uma cesárea de gemelares. A cirurgia já finalizou e neste momento será necessário a organização do processo de transferência da sala cirúrgica para a sala de recuperação. A paciente no momento encontra-se lúcida, orientada, sinais vitais estáveis, posicionada na mesa cirúrgica, ainda com os campos dispostos e com a necessidade de realizar o curativo na incisão cirúrgica. Os recém nascidos e o acompanhante não estão mais na sala de cirurgia, já foram encaminhados para a sala de recuperação pós anestésica.

**Nos próximos 10 minutos, deverão ser realizado as seguintes tarefas:**

- 1 – A equipe deverá ser capaz de organizar a transferência da paciente para a sala de recuperação pós anestésica;
- 3 – A equipe deverá atender as necessidades de saúde da paciente/realizar o curativo na incisão cirúrgica;
- 2 – O instrumentador deverá contar seus instrumentais e materiais na mesa cirúrgica e identificar a falta de uma pinça e uma gaze;
- 4 – A equipe deverá tomar decisão de quais ações vão realizar frente a situação passada pelo instrumentador;
- 5 – A equipe ainda deverá certificar-se de que todos os materiais foram conferidos;
- 6 – A equipe deverá lidar com o conflito gerado pela falta do material e com a pressa da enfermeira para liberar a paciente da sala cirúrgica para a sala de recuperação pós anestésica;
- 7 – A equipe deverá usar o *checklist* de cirurgia segura na última etapa para a transferência da paciente.

### 2- INSTRUÇÃO PARA O CENÁRIO

#### DESCRIÇÃO DO CENÁRIO

Paciente do sexo feminino, pós operatório de cesariana de gemelares. No momento a manequim encontra-se na sala cirúrgica, deitada em decúbito dorsal, ainda no intraoperatório, aguardando finalizar os curativos para ser encaminhada a sala de recuperação pós anestésica. Os campos estéreis ainda estão dispostos sobre a paciente e a barreira de proteção também está montada. A mesa de instrumentais está com os instrumentos cirúrgicos, gazes e compressas bagunçadas, representando o final de uma cirurgia. Nesta mesa estará o rolo de micropore, supostamente

estéril, para a realização do curativo. No membro superior esquerdo da manequim estará a pulseira de identificação e a pulseira mamãe e bebê. Neste mesmo membro terá o acesso venoso periférico n.º 18, instalado no antebraço.

- Sala cirúrgica, paciente encontra-se na mesa cirúrgica em finalização do ato cirúrgico.
- Manequim de baixa fidelidade para representar a paciente;
- Técnicos de enfermagem e residente da ginecologia e obstetria representados pela equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico (CC);

**Mobiliário:** mesa cirúrgica (01), mesa de apoio (01), aparelho de anestesia (01), foco cirúrgico (02), mesa de inox (02), suporte de soro (02), cadeira (01).

**Equipamentos:** monitor multiparâmetros (01), cabo para monitorização cardíaca (01) cabo para oxímetro adulto (01), cabo para pressão não invasiva (01), computador (01).

**Materiais:** boneco (01), caixa de instrumentais cirúrgicos para cesariana (01), campos cirúrgicos (05), hamper (01), lixeiros (02), pacote de compressas que contenha 05 unidades, lençóis (02), prendedores de campo cirúrgico (02), camisola (01), toucas (06), roupas privativas (06), máscaras descartáveis (06), propés (12), maleta de medicamentos (01), maleta de materiais (01), caixa para instrumentais sujos (01), equipo macro gotas (01), polifix (01), rolo de micropore (01), soro Ringer Lactato 500ml (01), prancheta (01), pinça kelly (01), pacote de gazes que contenha 10 unidades (01), tintura de bejioin (01).

**Documentações de apoio:** prescrição médica para o setor de internação (01), prescrição médica para a sala de recuperação pós anestésica (01), boletim anestésico (01), carteirinha da gestante (01), ficha de internação (01), *checklist* de cirurgia segura (01), mapa cirúrgico.

**Adereço:** pulseira de identificação para o paciente (01), pulseira de identificação mãe e bebê (02).

### 3- RECURSOS PARA OS PARTICIPANTES

- Roupas privativas do centro cirúrgico;
- Toucas;
- Propés;
- Máscaras descartáveis;
- Prescrição médica para o setor de internação;
- Prescrição médica para a sala de recuperação pós anestésica;
- Boletim anestésico;
- Carteirinha da gestante;
- Ficha de internação.

### RECURSOS PARA O MEMBRO SIMULADO DA EQUIPE

- Roupas privativas do centro cirúrgico;
- Toucas;
- Propés;
- Máscara descartável.

### **Checklist de montagem**

#### Montagem da sala cirúrgica n.º 6:

- 01 aparelho de anestesia;
- 01 cadeira;
- 01 mesa cirúrgica;
- 01 mesa de apoio;
- 02 suportes de soro;
- 02 focos cirúrgicos;
- 02 mesas de inox;
- 01 monitor multiparâmetros;
- 01 cabo para monitorização cardíaca;
- 01 cabo para oxímetro adulto;
- 01 cabo para pressão não invasiva;
- 01 celular;
- 01 computador;
- 01 caixa de instrumentais cirúrgicos para cesariana;
- 05 campos cirúrgicos;
- 01 hamper;
- 02 lixeiros;
- 01 pacote de compressas que contenha 05 unidades;
- 02 lençóis;
- 02 prendedores de campo cirúrgico;
- 01 camisola;
- 06 toucas;
- 06 máscaras descartáveis;
- 06 roupas privativas;
- 01 maleta de medicamentos;
- 01 maleta de materiais;
- 01 caixa para instrumentais sujos;
- 01 pinça kelly;
- 01 pacote de gazes com 10 unidades;
- 01 equipo macro gotas;
- 01 polifix;
- 01 rolo de micropore;
- 01 soro Ringer Lactato 500ml;
- 01 tintura de bejjoin;
- 01 pulseira de identificação para o paciente;
- 02 pulseiras de identificação mãe e bebê;
- 01 prancheta;
- 01 prescrição médica para o setor de internação;
- 01 prescrição médica para a sala de recuperação pós anestésica;
- 01 boletim anestésico;
- 01 carteirinha da gestante;
- 01 ficha de internação;
- 01 *checklist* de cirurgia segura;
- 01 mapa cirúrgico.

### **Preparo**

Posicionar o aparelho de anestesia e a cadeira do anestesista nos fundos da suposta sala cirúrgica. Em cima do aparelho de anestesia deverá ser instalado o monitor multiparâmetros com os cabos (oxímetro, pressão não invasiva e cardíaca).

Na mesa de apoio deverá ser colocado o computador com música em volume médio a alto. As documentações de apoio ficarão próximas a este computador.

Ainda nesta mesa deve-se colocar a maleta de medicamentos e de materiais.

Na sequência deverá ser posicionada a mesa cirúrgica alinhada ao aparelho de anestesia (na qual a parte superior da mesa, fica próxima ao aparelho de anestesia, simulando que a cabeça da paciente ficará perto do suposto anestesista). Os focos cirúrgicos ficarão direcionados para a mesa cirúrgica, localizada na parte medial, lembrar de deixá-los ligados na cena. Os suportes de soro ficarão na parte superior dos braços para a montagem da barreira e a manequim deitada em decúbito dorsal.

As mesas de inox ficarão na parte inferior da mesa cirúrgica, com campos cirúrgicos e os instrumentais dispostos como na instrumentação para cesariana. Os campos cirúrgicos cobrirão a manequim, deixando exposto apenas a parte inferior do abdômen, local onde supostamente foi realizado a cesariana. Alguns instrumentais poderão ficar dispostos na parte inferior da paciente, próximo a mesa de instrumentais. A mesa de instrumentais estará posicionada próximo a mesa cirúrgica. Os instrumentais estarão bagunçados, representando o final de uma cirurgia. Nesta mesa teremos as gazes utilizadas (suja com tintura de bejoi, representando o sangue) e gazes novas que não foram utilizadas. O rolo de micropore, supostamente estéril, deverá estar em cima da mesa de instrumentais para a realização do curativo. No braço esquerdo da paciente em seu pulso deverá estar a pulseira de identificação e a pulseira mamãe e bebê. Neste mesmo braço deverá estar instalado no antebraço da paciente o suposto acesso venoso (polifix, equipo e Ringer Lactato), cobertos por micropore e identificação do acesso que conterá as seguintes informações: (20/01/2023), técnica LLLL, cateter venoso periférico n.º 18.

O hamper estará posicionado próximo a porta e nele deverá ser colocado uma pinça Kelly com uma gaze no fundo do mesmo, depois será coberto com outros campos supostamente utilizados na cirurgia. A porta da sala deverá estar fechada para o início da cena.

#### **4- ORIENTAÇÕES PARA O MEMBRO SIMULADO DA EQUIPE**

- Você será a enfermeira do CC/atriz. Lembre-se a cena inicia com a finalização do procedimento de cesariana, ou seja, no momento em que a cena inicia, a paciente está bem e com o curativo pendente a ser realizado. Falta retirar os campos estéreis e iniciar a organização do ambiente cirúrgico para a transferência para a sala de recuperação pós-anestésica.
- Você estará com uma prancheta e o mapa cirúrgico nela. Você estará ansiosa, estressada e agitada tentando agilizar tudo. Suas falas serão rápidas e objetivas, pois você quer que eles iniciem outra cirurgia nesta mesma sala.
- Você vai entrar na cena dois minutos após a equipe iniciar o atendimento. Já estarão dentro da sala uma médica residente, um instrumentador cirúrgico e dois circulantes de sala. Você vai abrir a porta com força, interpretará uma voz agressiva e falará para a equipe: -Pessoal, temos que agilizar esta sala, preciso liberar para a próxima cirurgia!! Fecha a porta.
- Você abre novamente a porta e entra na sala de cirurgia, começa a guardar os medicamentos (mais atrapalha do que ajuda) e fica falando em voz alta: -bora pessoal, vamos lá, precisamos liberar a sala!! precisamos liberar a sala!!
- Em seguida você começa a ajudar a organizar os instrumentais e fala: - instrumentador, está tudo certo com estas pinças? -Cadê a pinça Kelly? -Foi conferido? -Como foi fechado a

paciente se não foram conferidos os instrumentais? Enquanto fala, movimentará os campos cirúrgicos, retirando o que foi jogado no hamper. Você os deixará agirem.

- Caso lhe perguntem algo, você poderá respondê-los, mas sempre com tom de agressividade. Se a equipe demorar para se pronunciar, você fala: -Vamos lá pessoal, cadê a pinça? Cadê?
- Caso o instrumentador não identifique e sinalize a falta da pinça e da gaze, você pode se aproximar da mesa de instrumentais, contar visualmente os itens e identificar a falta. E você falará: -Cadê a pinça, cadê a pinça, e a gaze, como assim falta uma gaze?!!! Enquanto fala, movimentará os campos cirúrgicos retirando as coisas, bagunça as pinças e aguarda a equipe responder.
- A pinça e a gaze estarão juntas caixa dentro do hamper, que estará com outros campos jogados dentro dele. Caso algum deles encontre a pinça e a gaze, a cena será finalizada. Caso não achem durante os nove minutos da cena, você poderá pegar a pinça e a gaze do hamper e no décimo minuto a cena será finalizada.

## 5- ORIENTAÇÕES E INFORMAÇÕES AO EXAMINADOR/AVALIADOR

### Categoria do caso

A cena deve acontecer conforme a realidade vivenciada na instituição. Trata-se da finalização de uma cesariana na sala cirúrgica com organização para a transferência do paciente para a sala de recuperação pós anestésica.

### Cenário de atendimento

- Sala de cirurgia n.º 6.

### Recursos

- Impresso 1 – Descrição do caso para os participantes;
- Impresso 2 – Prescrição médica para o setor de internação;
- Impresso 3 – Prescrição médica para a sala de recuperação pós anestésica;
- Impresso 4 – Boletim anestésico;
- Impresso 5 – Carteirinha da gestante;
- Impresso 6 – Ficha de internação;
- Impresso 7 – *Checklist* de cirurgia segura;
- Impresso 8 – Mapa cirúrgico;
- Impresso 9 – Pulseira de identificação da paciente;
- Impresso 10 – Pulseira de identificação mãe e bebê;

### Finalidade do caso e breve descrição

A cena consiste no término de uma cesariana e organização dos documentos e cuidados assistenciais para a transferência da paciente entre a sala cirúrgica para a sala de recuperação pós-anestésica. Para a cena acontecer a equipe deve trabalhar com uma situação adversa encontrada no final do atendimento. Devem desenvolver o raciocínio rápido e o trabalho em equipe.

## 6 - INFORMAÇÕES PARA O (A) EXAMINADOR (A)

Os participantes deverão ser capazes de:

1. Realizar a organização dos documentos e materiais para a transferência da paciente;
2. Atender as necessidades da paciente durante a organização da transferência;
3. Tomar decisões frente as situações estressoras da cena;
4. Lidar com situação estressora de comportamento e atitudes dos profissionais envolvidos na cena;
5. Capaz de trabalhar em equipe para encontrar o melhor desfecho na cena considerando a não identificação dos materiais já mencionados;
6. Compreender a necessidade de estratégias para disseminar a cultura de segurança em cada uma das etapas da simulação.

### **Informações sobre o caso e condutas a serem tomadas**

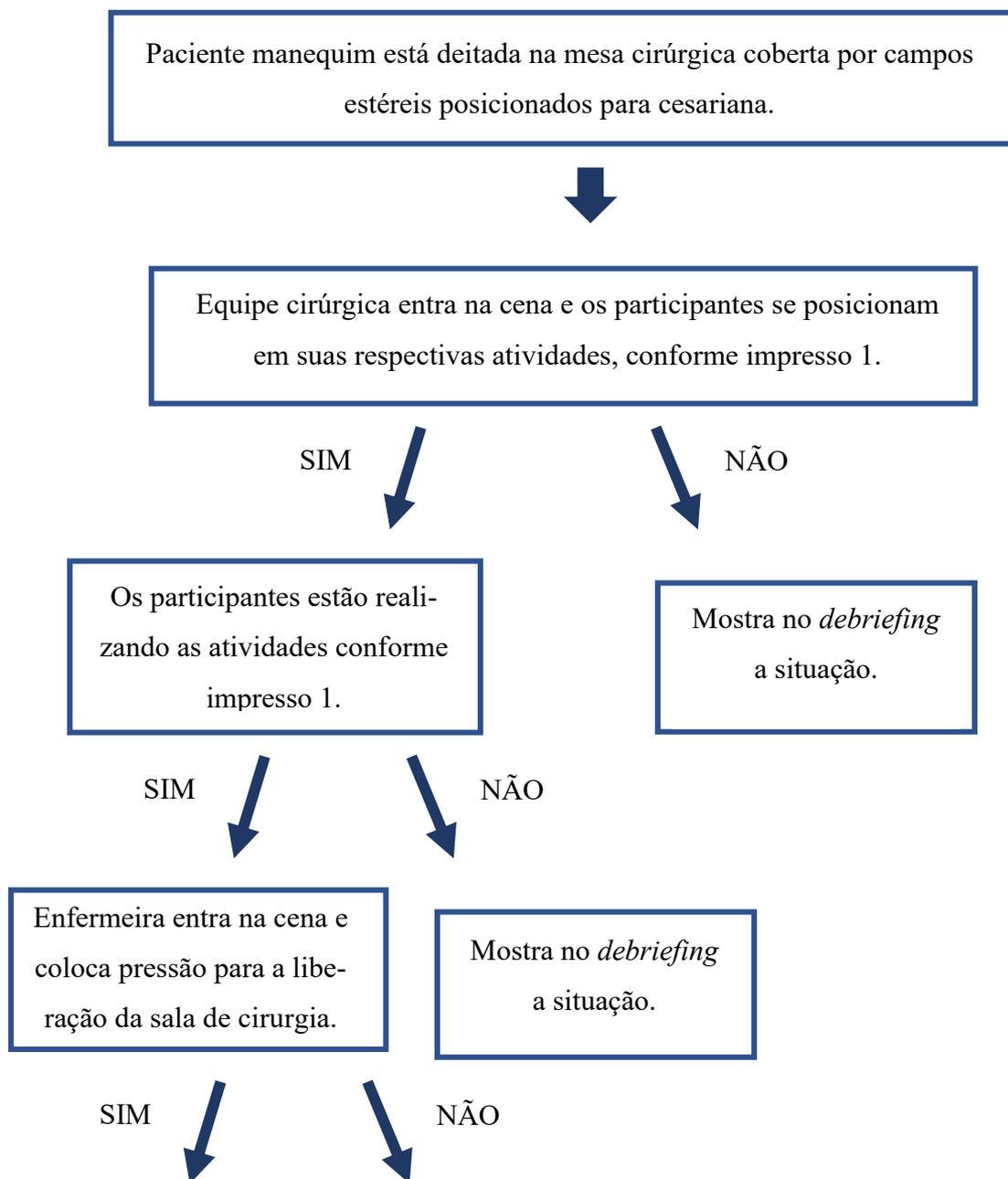
O manequim estará deitado na mesa cirúrgica coberto pelos campos cirúrgicos. Os participantes da cena deverão realizar as atividades, sendo elas: organização dos documentos e medicamentos que não serão utilizados de volta na maleta. O instrumentador deverá realizar o curativo cirúrgico com o auxílio da residente e após, realizará a contagem dos instrumentais e materiais. A enfermeira entrará na cena para apressar a equipe para finalizar o atendimento e liberar a sala, pois precisam atender mais cirurgias. Durante este momento o instrumentador sinalizará que está faltando uma pinça e uma gaze, com isso a equipe precisa tomar condutas em equipe, para a resolução do problema. Caso o instrumentador não perceba a falta da gaze e pinça, a enfermeira sinalizará verbalmente para a equipe.

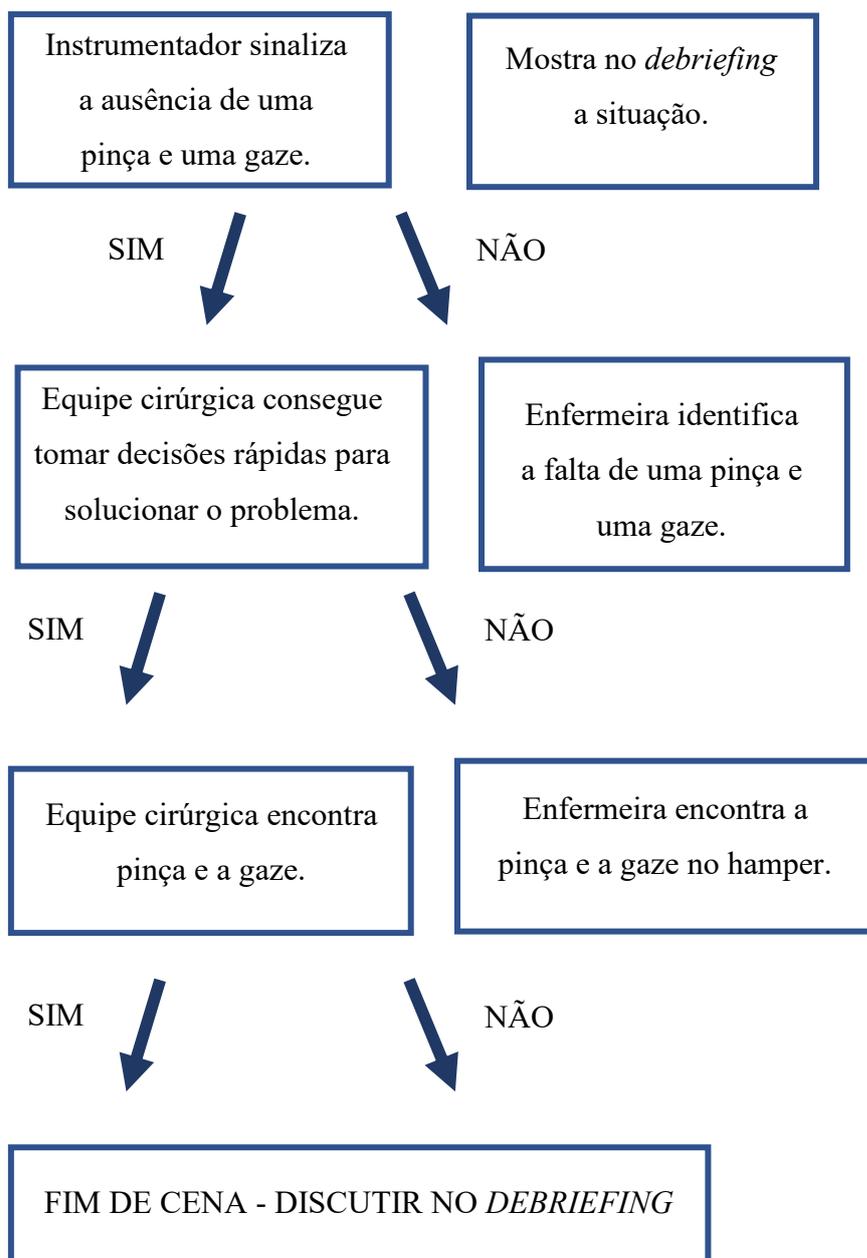
### Momento de entrega dos impressos

No *briefing* será lido o caso clínico, apontando a situação de partida. Em seguida será aguardando três minutos para que eles possam ler novamente o caso e definir o personagem de cada um dos profissionais. Os demais anexos estarão disponíveis no balcão da sala cirúrgica. Os facilitadores deverão explicar aos participantes que o tempo de simulação será de 10 minutos e que podem conversar e interagir com o manequim, porém ele não responderá.

### 7- FLUXOGRAMA DA ESTAÇÃO

O local da simulação já estará todo montado conforme orientações do *checklist* de montagem e preparo. Entregar aos participantes o impresso 1 antes de entrarem na cena.





## 8- CHECKLIST DO (A) EXAMINADOR (A)

Participante:

Examinador:

Nº	Itens de desempenho avaliados	Desempenho observado			
		Não realizou	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
<b>Trabalho em equipe</b>					
01	Os participantes se trataram com respeito, cordialidade e humanização.				
02	A equipe discutiu entre si para solucionar os problemas identificados com foco na segurança do paciente.				
03	Há alguém na equipe que liderou a situação e buscou trazer resiliência para a situação que a equipe estava vivenciando pensando na cultura de segurança.				
<b>Comunicação</b>					
04	Realizaram comunicação com clareza e segurança.				
05	Desenvolveram a comunicação com respeito, empatia, harmonia e humanização.				
06	Houve espaço de comunicação para que todos pudessem falar e se expressar.				
07	Utilizaram da comunicação verbal para solucionar o problema encontrado.				
<b>Tomada de decisão</b>					
08	Desenvolveram o raciocínio clínico no sentido de cogitar a possibilidade de evento adverso e do erro diante da ausência dos materiais na contagem.				
09	Houve espaço para que todos da equipe pudessem opinar e solucionar o problema.				
10	Souberam lidar com resiliência diante da pressão da enfermeira e tomaram uma decisão para contornar esta situação.				
<b>Organização da transferência do paciente</b>					
11	Discutiram entre eles, no sentido de identificar todos os cuidados que precisam ser feitos para a transferência da paciente.				
12	Realizaram a conferência dos materiais para a transferência da paciente.				
13	Organizaram a sala cirúrgica conforme habilidades e responsabilidades de cada profissional na sala.				
14	Utilizaram a última etapas do <i>checklist</i> cirurgia segura.				
15	Foram capazes de perceber a necessidade de estratégias para disseminar a cultura de segurança.				
<b>Pontuação conforme indicadores em caso de ser aplicado o OSCE:</b>					
Não realizou: 00					
Realizou incorretamente: 0,25					

Realizou parcialmente: 0,5

Realizou completamente: 1,0

**AValiação Global:** soma todas as notas e divide pelo número de itens.

## ANEXOS

- Impresso 1 – Descrição do caso para os participantes;
- Impresso 2 – Prescrição médica para o setor de internação;
- Impresso 3 – Prescrição médica para a sala de recuperação pós-anestésica;
- Impresso 4 – Boletim anestésico;
- Impresso 5 – Carteirinha da gestante;
- Impresso 6 – Ficha de internação;
- Impresso 7 – *Checklist* de cirurgia segura;
- Impresso 8 – Mapa cirúrgico;
- Impresso 9 – Pulseira de identificação da paciente.
- Impresso 10 – Pulseira de identificação mamãe e bebê.

### IMPRESSO 1 – Descrição do caso para os participantes

13:20 – Vocês serão chamados pela enfermeira para organizar a transferência da paciente da sala cirúrgica n.º 6 (1 médica residente + 3 técnicos de enfermagem). Infelizmente a equipe anterior, teve que sair às pressas devido a uma emergência (circular de cordão em outra sala). Vocês são responsáveis para a continuidade/organização da transferência da paciente XXXXXXX, sexo feminino, 35 anos, submetida a uma cesárea de gemelares. A cirurgia já finalizou e neste momento será necessário a organização do processo de transferência da sala cirúrgica para a sala de recuperação. A paciente no momento encontra-se lúcida, orientada, sinais vitais estáveis, posicionada na mesa cirúrgica, ainda com os campos dispostos e com a necessidade de realizar o curativo na incisão cirúrgica. Os recém nascidos e o acompanhante não estão mais na sala de cirurgia, já foram encaminhados para a sala de recuperação pós anestésica.

**IMPRESSO 2 - Prescrição médica para o setor de internação**

				<p><b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b> <b>SETOR DE INTERNAÇÃO</b></p>			
Nome do paciente: XXXXXXXX							
Número de atendimento: 385697							
Convênio: Particular				Idade: 35 anos			
Motivo Internação: Cesariana							
Diagnóstico: Gestação múltipara							
Alergias: Nega							
Período de vigência: 20/01/2023 – 16:00 até 21/01/2023 – 16:00							
Número da prescrição: 159997							
Item	Medicamento			Via	Freq.		
1	Claritin 10mg			VO	SN (Prurido)		
2	Dipirona 1,0g/ml			EV	8/8hs		
3	Buscopan 10mg/ml			EV	8/8hs		
4	Ocitocina 5UI + 500 ml SF 0,9%			EV	8/8hs		
Recomendações							
1	Dieta livre após 6 horas alta da recuperação pós anestésica			VO	M/T/N		
2	Troca do curativo			-----	1x ao dia		
Médico prescritor:				CRM:			

**IMPRESSO 3 - Prescrição médica para a sala de recuperação pós-anestésica**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**  
**SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA**

Nome do paciente: XXXXXXXX

Número de atendimento: 385697

Convênio: Particular

Idade: 35 anos

Motivo Internação: Cesariana

Diagnóstico: Gestação múltipara

Alergias: Nega

Período de vigência: 20/01/2023 – 16:00 até 21/01/2023 – 16:00

Número da prescrição: 159997

<b>Item</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Via</b>	<b>Freq.</b>
1	Claritin 10mg	VO	SN (Prurido)
2	Dipirona 1,0g/ml	EV	8/8hs
3	Buscopan 10mg/ml	EV	8/8hs
4	Ocitocina 5UI + 500 ml SF 0,9%	EV	8/8hs

Médico prescritor:

CRM:

## IMPRESSO 4 - Boletim anestésico

 <b>BOLETIM ANESTÉSICO</b>		
Nome do paciente: XXXXXXXX		
Número de atendimento: 385697		
Convênio: Particular	Cirurgião: Dra. PPPP	CRM: 5264
Anestesista: Dra. BBBB		CRM: 1010149
Código do procedimento: 31309054 - Cesariana		
Código adicional: Não se aplica		
Tipo de anestesia: Raquidiana		
Horário de início: 12:10	Horário do término: 13:10	
<b>Descrição da técnica anestésica</b>		
<p>1 – Paciente com punção venosa em MSE com cateter venoso periférico n.º 18;</p> <p>2 – Posicionada em decúbito lateral esquerdo;</p> <p>3 – Palpação do local a ser puncionado;</p> <p>4 – Punção do espaço subaracnóideo em L2-L3 ou em L3-L4 pelo acesso mediano ou para-mediano, com agulha de calibre 25 ou 27 descartável, observando saída de líquido.</p> <p>5 – Administração de anestésico local por via raquidiana: bupivacaína 0,5% hiper ou isobárica 12,5 mg;</p> <p>6 – Administração de opiáceo: morfina 80 mcg;</p> <p>7 – Realizado teste de bloqueio;</p> <p>8 - Liberado para o procedimento cirúrgico.</p>		
Assinatura do anestesista:		CRM:

**IMPRESSO 5 - Carteirinha da gestante**



		<b>FICHA DE INTERNAÇÃO</b>	
Nome do paciente: XXXXXXXX			
Número de atendimento: 385697			
Convênio: Particular		Procedimento: 31309054 - Cesariana	
Endereço: Rua: NNNN, n.º 25. Bairro: LLLLL. Cidade: HHHHH.			
O Hospital prestará o serviço de hotelaria/internação na área destinada ao internamento hospitalar, com acomodação de apartamento com banheiro. As despesas oriundas deste contrato constam em uma tabela anexa, cujo encerramento será realizado após a alta médica.			
Fui esclarecido que o valor a ser pago pode variar conforme o número (quantidade) e os materiais /serviços / equipamentos / medicamentos / OPME / acomodações que utilizarei.			
Fui previamente esclarecido sobre os valores ESTIMADOS que poderei ter que pagar de modo particular, ciente que o valor final somente será conhecido no fechamento da conta.			
Declaro para devidos fins que estou ciente dos riscos de internação e do procedimento cirúrgico a qual serei submetido.			
Declaro para devidos fins que estou ciente dos riscos de contrair COVID durante minha internação.			
Assinatura do paciente		Assinatura do responsável quando menor de idade	

IMPRESSO 7 – Checklist de cirurgia segura

# CHECKLIST DE CIRURGIA

**Ao receber o paciente no C.C**

Confirmar com o paciente:

- Nome
- Data de nascimento
- Procedimento
- Cirurgião
- Conferência pulseira
- Jejum desde às \_\_\_\_ : \_\_\_\_
- Tosse  Sim  Não
- Febre  Sim  Não
- Membro demarcado  Sim  Não
  - Direita  Esquerda
- Peso \_\_\_\_ Tipagem Sanguínea \_\_\_\_

**ALERGIAS**

- Não
- Sim \_\_\_\_\_

- Caderneta de gestante
- Prontuário

**Exames**

- Acesso venoso
- Puncionado  Conferido

Medição pré-anestésica:

Prescrito  Sim  Não

Administrado  Sim  Não

Antibiótico profilático:

Prescrito  Sim  Não

Administrado  Sim  Não

- Retirado adornos e próteses
- Realizado Tricotomia / Tonsura
- Meias / Sutiã / Tipoia

**Antes da indução anestésica**

Confirmar com o paciente:

- Nome
- Data de nascimento
- Procedimento
- Cirurgião
- Conferência pulseira
- Local (Lado)  Direita  Esquerda

**ALERGIAS**

- Não
- Sim: \_\_\_\_\_
- Acesso venoso testado

**Confirmar com o anestesia:**

Dificuldade de via aérea ou risco de aspiração:

- Sim  Não

- Equipamentos disponíveis

**Confirmar com o instrumentador:**

*Instrumentais:*

- Disponíveis  Esterilizados

**Confirmar com o instrumentador:**

- Disponíveis
- Placa de eletrocautério instalada
- Revisado as conexões da mesa cirurgica

**Antes do paciente sair da sala**

Ao circulante de sala:

- Anatomopatológico
- Formulário preenchido
- Frasco identificado
- Contagem de compressas, gazes, instrumentais e agulhas estão corretas?

Há informações importantes para SRPA?

- Dreno \_\_\_\_\_
- Sonda \_\_\_\_\_
- Curativo \_\_\_\_\_

Cliente: \_\_\_\_\_

Internação: \_\_\_\_\_

1º Fase \_\_\_\_\_

2º Fase \_\_\_\_\_

3º Fase \_\_\_\_\_



## IMPRESSO 8 – Mapa cirúrgico

 <b>MAPA CIRÚRGICO</b> HOSPITAL: XXXXXX DATA: 20/01/2023 TURNO VESPERTINO					
<b>SALA 01</b>					
Horário	Idade	Paciente	Procedimento	Cirurgião	Convênio
13h30	7a	RRRR	Amidalectomia	Dra. AAAA	SUS
<b>SALA 02</b>					
Horário	Idade	Paciente	Procedimento	Cirurgião	Convênio
14h00	45a	MMMM	Mamoplastia Redutora	Dra. BBBB	Particular
a/s	43a	RRRR	Mamoplastia Redutora	Dra. BBBB	Particular
<b>SALA 03</b>					
Horário	Idade	Paciente	Procedimento	Cirurgião	Convênio
13h30	28a	PPPP	Herniorrafia inguinal	Dr. LLLL	Unimed
<b>SALA 04</b>					
Horário	Idade	Paciente	Procedimento	Cirurgião	Convênio
a/s	Continuação cirurgia da manhã em andamento				
<b>SALA 05</b>					
Horário	Idade	Paciente	Procedimento	Cirurgião	Convênio
12h30	18a	LLLL	Otoplastia	Dr. PPPP	Particular
<b>SALA 06</b>					
Horário	Idade	Paciente	Procedimento	Cirurgião	Convênio
12h00	35a	XXXX	Cesariana	Dra. KKKK	Particular
a/s	37a	BBBB	Cesariana	Dra. KKKK	Unimed
a/s	31a	VVVV	Cesariana	Dra. KKKK	Unimed

**IMPRESSO 9 - Pulseira de identificação da paciente****Paciente:** XXXXXXXX**Data de Nascimento:** 31/10/1988**Nome da mãe:** HHHH**Atendimento:** 385697**IMPRESSO 9 - Pulseiras de identificação mamãe e bebê****RN 1 DE** XXXXXXXX**Data de nascimento:** 20/01/2023**Sexo:** F**Horário:** 12:35**RN 2 DE** XXXXXXXX**Data de nascimento:** 20/01/2023**Sexo:** M**Horário:** 12:37

## REFERÊNCIAS

Metodologias ativas no ensino do cuidado de enfermagem perioperatória. Curitiba: CRV, 2017. v.1. p. 194. Série: **Metodologias ativas no ensino perioperatório**.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G.. **Brunner e Suddarth** Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 11 ed. Rio De Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde. **SOBECC**. 7. ed. rev. e atual. Barueri, SP: Manole; São Paulo: SOBECC, 2017.

**Segunda guia clínica:****Informações relacionadas a encomenda 02****ÁREA: Cirúrgica****1. TEMA/CONTEÚDO A SER ABORDADO:**

Tema: Assistência da equipe de saúde na transferência do cuidado na sala de recuperação pós-anestésica.

**2. OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM:**

Oportunizar a equipe do centro cirúrgico o aprimoramento das competências por meio da simulação clínica na transferência do cuidado na sala de recuperação pós-anestésica.

**2.1 HABILIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE:**

- Capaz de comunicar-se adequadamente no momento da passagem de plantão, considerando humanização, respeito e empatia;
- Realizar a comunicação na passagem de plantão de maneira segura, clara, simples e efetiva, considerando a situação clínica do paciente;
- Apto a transmitir as alterações clínicas que podem ter ocorrido com o paciente durante o seu turno de trabalho, conforme o procedimento cirúrgico-anestésico;
- Apto a descrever sobre os cuidados de enfermagem prestados durante o seu turno de trabalho e pendências inerentes à continuidade do cuidado;
- Capaz de identificar os riscos para a segurança do paciente em todas as etapas da passagem de plantão;
- Capaz de tomar decisões frente aos conflitos que envolvam a cultura de segurança;
- Apto para perceber a importância de estratégias efetivas durante o cuidado no sentido de assegurar uma assistência segura.

**3. TIPO DE SIMULAÇÃO (cênica, híbrida, baixa/média e alta complexidade):**

Cênica de baixa complexidade.

**4. PACIENTE (sexo e faixa etária do paciente):**

Paciente do sexo masculino 56 anos.

**5. CASO CLÍNICO:**

Paciente ZZZZ, sexo masculino, 56 anos, admitido na sala de recuperação pós anestésica após o procedimento de artroplastia total de quadril direito, submetido a anestesia raquidiana. Apresenta-se lúcido, orientado e consciente, respirando em ar ambiente, pressão arterial 120x80mmHg, Sat: 98%, FC: 100 bpm. Possui acesso venoso em membro superior esquerdo, puncionado com cateter venoso periférico n.º 18 no dia de hoje (12/11/2023), com infusão de Ringer Lactato em curso de (60 gotas/min). Possui coxim abdutor entre as pernas, curativo compressivo em quadril direito, com micropore, medindo aproximadamente 15 centímetros. O paciente faz uso de meia compressiva e sistema de compressão anti-trombose (*Phlebo Press*). Neste momento, apresenta-se com frio e algia no quadril esquerdo.

**6. DOENÇA/SITUAÇÃO-PROBLEMA A SER EXPLORADA:**

Prótese de quadril.

**7. PROCEDIMENTOS (se houverem):**

- Organizar todos os dados para a passagem de plantão;
- Cobrir o paciente com cobertor;
- Exame físico para identificação da dor;
- Aplicar escala numérica de dor;
- Medicação para o paciente;
- Identificar possíveis erros e eventos adversos.

**8. DISTRATORES:**

- Paciente queixa-se de algia no membro inferior contrário a cirurgia devido à presença de uma placa de bisturi com várias dobras.
- Paciente relata ser alérgico a dipirona após alguém falar na passagem de plantão que foi administrado dipirona.

**9. CENÁRIO DE PRÁTICA - Local/referência de local em que será realizado o atendimento/procedimento:**

- Sala de recuperação pós anestésica.

**10. PROBLEMAS DE COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE:**

- Paciente ansioso, agoniado devido a uma queixa de algia na perna oposta a cirurgia;
- Informação de cirurgia em membro que não corresponde ao operado;
- Paciente está sem pulseira de alergia.

**11. CONFLITOS ÉTICOS E JURÍDICOS:**

Não se aplica.

**12. SITUAÇÃO INTERPROFISSIONAL ENVOLVIDA (competências comuns e colaborativas):**

- Comunicação interprofissional;
- Atenção concentrada;
- Resolução de conflito;
- Passagem de plantão.

**13. NÍVEL ESTIMADO DE DIFICULDADE (fácil, médio ou difícil):**

- Médio.

**14. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES (inserir outras informações utilizadas na construção da estação):**

Nesta cena o objetivo é que a equipe da sala de recuperação pós anestésica possa organizar a passagem de plantão entre os turnos de trabalho. Com a intenção de abordar os aspectos como falta de atenção e pressa como os distratores impactantes para o cuidado.

## Descrição da estação simulada completa 02

### ÁREA: Cirúrgica

**TEMA:** Assistência da equipe de saúde na transferência do cuidado na sala de recuperação pós-anestésica.

### 1- INSTRUÇÃO PARA O PARTICIPANTE CENÁRIO DE ATUAÇÃO

18:45 – Vocês acabaram de chegar no setor para receber o plantão (técnico de enfermagem e enfermeiro). Contudo, não houve tempo hábil para o colega do plantão anterior, passar o plantão de seus pacientes. Então, ela deixou por escrito a passagem de plantão para o seu colega deste turno, o qual irá passar o plantão dos seus pacientes e do colega que saiu apressado para os próximos colegas que irão assumir o plantão. O paciente em questão encontra-se: lúcido, orientado, consciente, e respirando em ar ambiente. Está acomodado em uma maca na sala de recuperação pós anestésica, vestido com camisola e coberto por um lençol. A maca está com as grades elevadas. Apresenta acesso venoso em MSE, com cateter venoso periférico n.º 18 infusão de Ringer Lactato em curso (60 gotas/min), coxim abdutor entre as pernas, curativo compressivo no quadril direito, faz uso de sistema de compressão anti-trombose (*Phlebo Press*). Vocês receberão o plantão dos pacientes da equipe que está encerrando o turno e deste paciente que o colega teve que sair às pressas.

**Nos próximos 10 minutos, deverão ser realizado as seguintes tarefas:**

- 1- Os profissionais deverão fazer a checagem das informações para dar sequência aos cuidados;
- 2- A equipe deverá realizar a leitura da evolução de enfermagem;
- 3- Os profissionais deverão atender as necessidades do paciente e lidar com eventuais situações que possam ocorrer.

### 2- INSTRUÇÃO PARA O CENÁRIO

#### DESCRIÇÃO DO CENÁRIO

Paciente sexo masculino, pós cirurgia de artroplastia total de quadril direito, encontra-se deitado no leito n.º 9 da sala de recuperação pós anestésica. No momento o paciente está coberto por um lençol, mas é possível visualizar que está fazendo uso de sistema de compressão anti-trombose (*Phlebo Press*) e coxim abdutor. Apresenta acesso venoso em MSE, puncionado com cateter venoso periférico n.º 18, no dia de hoje (12/11/2023), com infusão de Ringer lactato em curso (60 gotas/min). Curativo localizado na região do trocanter direito, com aproximadamente 15 centímetros em direção da coxa. O aspecto do curativo encontra-se limpo e seco, com cobertura de gaze e micropore, identificação do curativo (12/11/2023). Na perna contrária da incisão cirúrgica está, ainda, a placa de eletrocautério.

**Mobiliário:** maca de transporte (01), suporte de soro (01), mesa de apoio (01), mesa de cabeceira (01).

**Equipamentos:** monitor multiparâmetros (01), cabo para monitorização cardíaca (01) cabo para oxímetro adulto (01), cabo para pressão não invasiva (01), sistema de compressão anti-trombose (*Phlebo Press*) (01), parede de oxigênio (01), rede de vácuo (01).

**Materiais:** eletrodos (05), soro Ringer Lactato 500ml (01), equipo macro gotas (01), polifix (01), camisola (01), roupas privativas (06), toucas descartáveis (06), propés (12), máscaras cirúrgicas (06), rolo de micropore (01), lençol (02), cobertor (01), prancheta (01), canetas (02), clips grande (01), placa de eletrocautério (01), álcool a beira leito (01), seringa 20ml (01), agulha 40x12 (01), máscara de venturi adulto (01), coxim abdutor (01).

**Documentações de apoio:** identificação do leito (01), descrição cirúrgica (01), boletim anestésico (01), prescrição médica para a sala de recuperação pós anestésica (01), evolução de enfermagem da sala de recuperação pós anestésica (01), evolução dos sinais vitais na sala de recuperação pós anestésica (01), escala de Aldrete e Kroulik (01).

**Adereço:** pulseira de identificação para o paciente (01).

### 3- RECURSO PARA OS PARTICIPANTES

- Roupas privativas do centro cirúrgico;
- Toucas;
- Propés;
- Máscaras descartáveis;
- Prescrição médica para a sala de recuperação pós anestésica;
- Boletim anestésico;
- Descrição cirúrgica;
- Evolução de enfermagem da sala de recuperação pós anestésica;
- Evolução dos sinais vitais na sala de recuperação pós anestésica;
- Escala de Aldrete e Kroulik;

### RECURSOS PARA PACIENTE SIMULADO DA EQUIPE

Será necessário para o paciente simulado: camisola, touca, propé, máscara e roupa de cama, coxim abdutor entre as pernas e sistema de compressão anti-trombose (*Phlebo Press*).

#### **Checklist de montagem**

##### **Montagem do leito da sala de recuperação pós anestésica:**

- 01 identificação do leito n.º 9;
- 01 maca de transporte;
- 01 monitor multiparâmetros;
- 01 cabo para monitorização cardíaca;
- 01 cabo para monitorização de oxímetro;
- 01 cabo para monitorização de pressão não invasiva;
- 01 suporte de soro;
- 01 equipo macro gotas;
- 01 Ringer Lactato 500ml;
- 01 polifix;
- 01 rolo de micropore;
- 01 sistema de compressão anti-trombose (*Phlebo Press*);

- 01 camisola;
- 02 lençóis;
- 12 propés;
- 06 toucas descartáveis;
- 06 máscaras cirúrgica;
- 01 cobertor;
- 06 conjuntos de roupas privativas para os participantes da cena;
- 01 prancheta;
- 02 canetas;
- 01 pulseira de identificação do paciente;
- 01 placa de eletrocautério;
- 01 celular;
- 01 câmera com tripé para gravação do vídeo;
- 09 documentações de apoio;

### Preparo

Primeiramente o paciente/ator deve ser acomodado na maca de transporte na sala de recuperação pós-anestésica, localizada no leito n.º 9 devidamente vestido com camisola, touca, máscara e propés. Colocar curativo no antebraço do MSE para simular o acesso venoso, conectar o polifix + equipo + Ringer Lactato 500ml e pendurá-lo no suporte de soro, instalar pulseira de identificação no paciente, no MSD. Deve-se fazer um curativo compressivo da região do trocanter direito, com aproximadamente 15 centímetros em direção da coxa direita, para simular o curativo pós cirúrgico, identificá-lo com a data 12/11/2023. Monitorizar o ator com pressão não invasiva no braço direito, monitor cardíaco com cinco eletrodos no tórax do paciente, instalar oxímetro em dedo indicador da mão esquerda. Todos os cabos de monitoramento devem estar conectados no monitor multiparâmetros, devidamente ligado. Na parte interior das coxas, deverá ser colocado o coxim abdutor. Na perna contrária da incisão cirúrgica estará, ainda, a placa de eletrocautério. Nos membros inferiores instalar sistema de compressão anti-trombose (*Phlebo Press*). Colocar o impresso da identificação do paciente na cabeceira do leito e deixar os papéis do prontuário do paciente próximos a cena, na prancheta agrupados por um clip. Ao iniciar a cena, um dos participantes entra, esse profissional é aquele que estava de plantão com o colega que saiu correndo. Em seguida (dois minutos depois) entram os demais participantes para receber o plantão.

### 4- ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE SIMULADO DA EQUIPE

- Você encontra-se deitado no leito da sala de recuperação pós anestésica, estará usando, somente, uma camisola e coberto com um lençol. Quando a cena iniciar e a equipe de enfermagem entrar na cena, você responde somente o que lhe perguntarem.
- Inicialmente entrará um técnico de enfermagem que fará a passagem de plantão no lugar de outro colega, que já teve que ir embora do trabalho, por questões pessoais. Este técnico permanecerá dois minutos sozinho com você.
- Passado um minuto da entrada deste profissional, você fala que está com muito frio e com muita dor na perna contrária onde está o curativo. Se ele lhe perguntar qual o valor da sua dor, e solicitar que você fale numericamente, você falará: 07.
- Após falar isso, você faz expressão facial de dor e sinais que está com frio. Mas, não fala mais nada.
- Após dois minutos, entrarão os demais participantes da cena, para assumirem o plantão. Nesse momento você volta a referir que está com dor na perna contrária da cirurgia e com frio. Muito frio e muita dor. Se perguntarem na escala numérica irá dizer 07.

- Se tiverem medicado para dor no primeiro momento e coberto você, você não irá reclamar de dor e frio novamente. Contudo, embaixo de sua perna contrária a cirurgia está uma placa de eletrocautério. Caso tenham medicado para dor e não retirado a placa, você continua reclamando da dor. Após isso, aguarda a reação deles.
- Caso os participantes iniciarem a leitura em voz alta da passagem de plantão, você ficará ouvindo com atenção a leitura e conversas entre a equipe. Quando falarem o local da cirurgia, estará escrito na evolução que a cirurgia foi do lado **ESQUERDO**. Ao ouvir isso você fala imediatamente, gente eu fui operado do lado **direito!** Mas, estou com muita dor no **esquerdo**. Será que fizeram a cirurgia errada?
- Você espera a reação deles e os desfechos de quais condutas irão tomar, manifesta-se apenas se questionado.
- Caso lhe questionem você poderá responder que a cirurgia foi do lado direito.
- Caso não identificarem a placa de eletrocautério na perna ESQUERDA ainda, a qual está provocando a dor, você fala novamente que está com muita dor na perna que não foi operada e que precisam resolver isso.
- Caso eles continuem a passagem de plantão, haverá um momento em que falarão da administração de dipirona endovenosa (**é o que está escrito**). Imediatamente, você grita que é alérgico a dipirona! E aguarda os desfechos.
- Nesse momento você diz que está muito nervoso, pois parece que tem muitos erros aí nesse papel que vocês estão lendo.
- Caso os participantes não realizem o exame físico, para identificação da dor, você poderá questioná-los: “ninguém vai olhar a minha perna para ver o que está acontecendo?”.
- Após esses desfechos, deixa os participantes finalizarem a passagem de plantão.

## 5- ORIENTAÇÕES E INFORMAÇÕES AO EXAMINADOR/AVALIADOR

### Categoria do caso

Passagem de plantão da sala de recuperação pós anestésicos entre colegas de turno de um paciente submetido a artroplastia total de quadril.

### Cenário de atendimento

- Leito da sala de recuperação pós anestésica.

### Recursos

- Impresso 1 – Identificação do paciente;
- Impresso 2 – Pulseira de identificação do paciente;
- Impresso 3 – Descrição cirúrgica;
- Impresso 4 – Boletim anestésico;
- Impresso 5 – Prescrição médica para a sala de recuperação pós anestésica;
- Impresso 6 – Evolução de enfermagem da sala de recuperação pós anestésica;
- Impresso 7 – Descrição do caso para o participante;
- Impresso 8 – Evolução dos sinais vitais da sala de recuperação pós anestésica;
- Impresso 9- Escala de Aldrete e Kroulik.

### Finalidade do caso e descrição breve

Vocês são profissionais que atuam na sala de recuperação pós anestésica e irão participar da passagem de plantão entre os turnos, onde o foco central será um paciente pós-operatório de prótese de quadril.

## 6 - INFORMAÇÕES PARA O (A) EXAMINADOR (A)

### Os participantes deverão ser capazes de:

1. Avaliar a escala de dor do paciente e tomar providências;
2. Realizar a passagem de plantão;
3. Manter a atenção concentrada durante a passagem de plantão;
4. Tomar decisão de quais cuidados devem ser feitos diante do fato do paciente referir que é alérgico a dipirona;
5. Responder adequadamente as solicitações do paciente;
6. Perceber a placa de eletrocautério no MIE;
7. Resolução de conflito quando o paciente demonstra insegurança no atendimento.

### Informações sobre o caso e conduta a serem tomadas

Primeiramente o ator estará deitado na maca de transporte com camisola, touca, máscara e propé. O profissional da enfermagem chegará no leito do paciente e se apresentará, informará que estará cuidando do paciente por alguns minutos até o próximo colega chegar para que ele possa passar o plantão. O paciente responderá as questões conforme solicitado. Após o outro colega chegar, o profissional deverá desenvolver a passagem de plantão.

### Momento de entrega dos impressos

No momento do *briefing* será entregue o anexo do caso clínico e a situação de partida da estação. Os demais anexos estarão disponíveis no balcão da sala cirúrgica.

## 7 - FLUXOGRAMA DA ESTAÇÃO

Paciente encontra-se na maca da sala de recuperação pós anestésica, está coberto por um lençol.



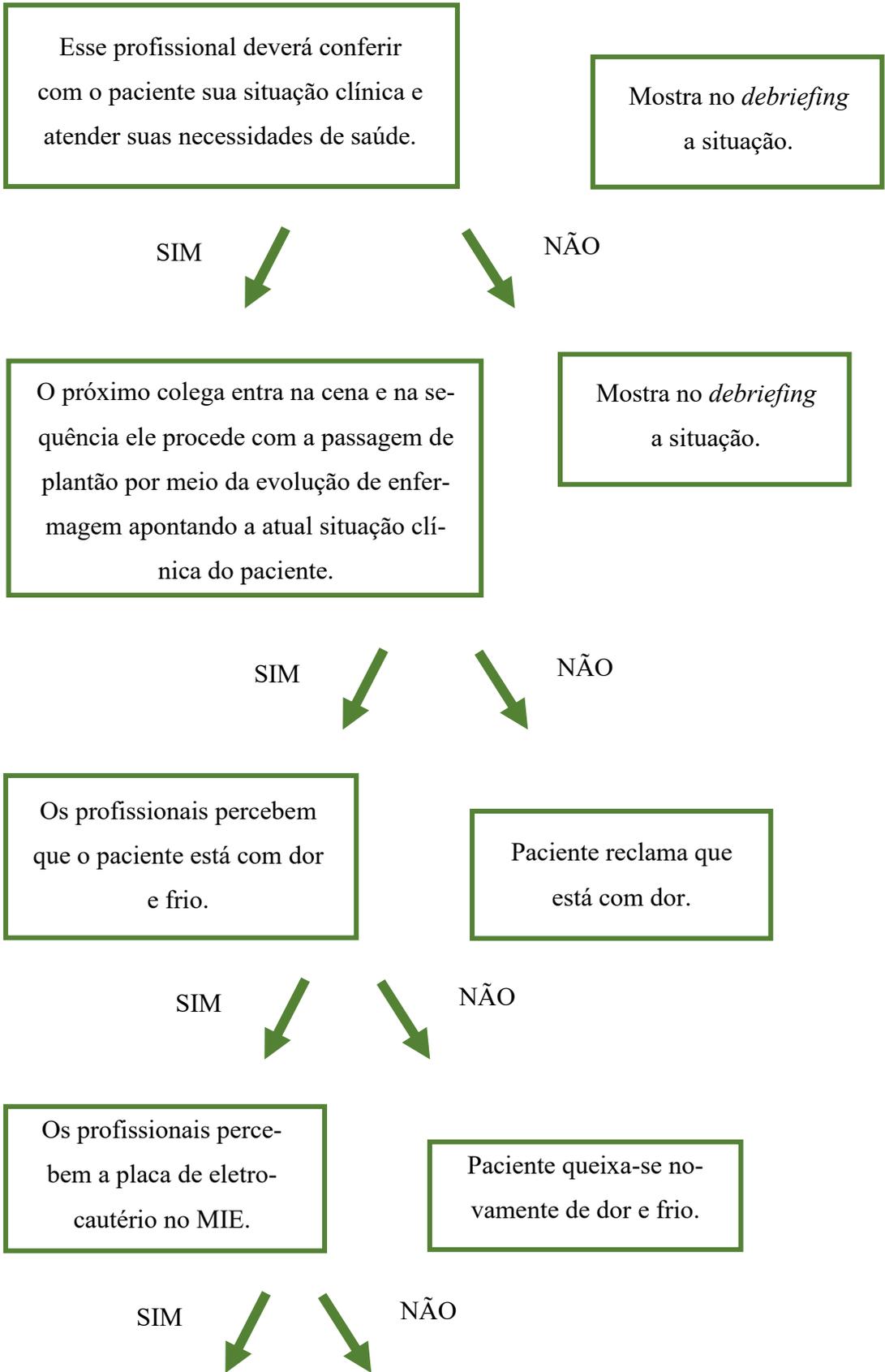
O primeiro profissional/participante que entrar na sala deverá se apresentar e checar as informações que estão na ficha de evolução do colega que saiu com pressa (evolução de enfermagem sala de recuperação). Ele irá passar plantão aos próximos colegas que chegarão após dois minutos, do início da cena. Na cena estarão todos os recursos impressos.

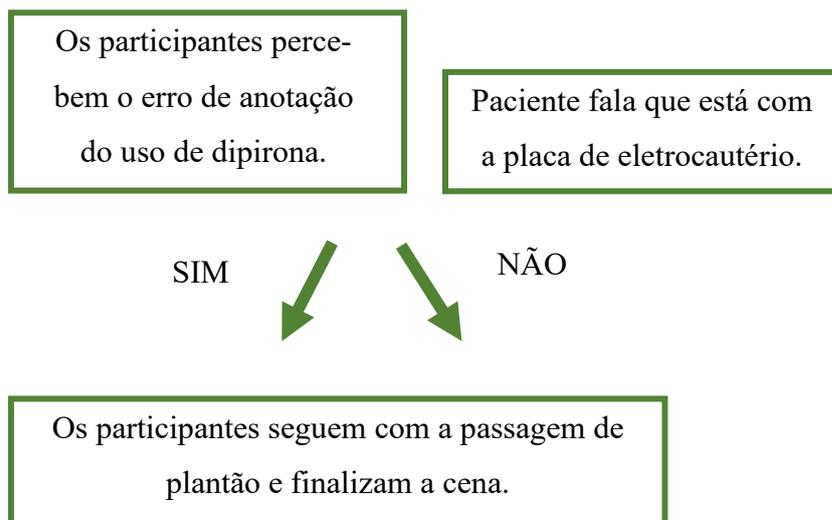
SIM



NÃO







## 8- CHECKLIST DO (A) EXAMINADOR (A)

Participante:

Examinador:

Nº	Itens de desempenho avaliados	Desempenho observado			
		Não realizou	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
<b>Organização para a passagem de plantão</b>					
01	Apresentou-se ao paciente e informou que irá cuidar do paciente até os próximos colegas chegarem.				
02	Checou as informações na ficha de evolução de enfermagem.				
03	Avaliou as condições clínicas do paciente e suas necessidades de saúde.				
<b>Percepção de possíveis eventos adversos</b>					
04	Identificou a alergia prévia do paciente e refletiu sobre um possível evento adverso.				
05	Verificou que a medicação para alergia poderia ter sido feito errada e chamou o enfermeiro para registrar o possível dano.				
06	Percebeu a placa de eletrocautério dobrada no MIE.				
07	Identificou o erro na anotação do uso de dipirona e discutiu com os demais colegas e voz baixa qual conduta a ser tomada.				
08	Realizou a passagem de plantão para os seus colegas de forma segura e assertiva.				
09	Questionou o paciente sobre alergia medicamentosa.				
<b>Atendeu as necessidades de saúde do paciente</b>					
10	Cobriu o paciente após ao mesmo ter reclamado de frio.				
11	Mensurou a dor por meio da escala analógica.				
12	Medicou o paciente para a dor.				
<b>Tomada de decisão</b>					
13	Conseguiu tomar decisão diante do possível evento adverso.				
14	Houve discussão respeitosa (tom de voz baixo) entre os profissionais para sanar os problemas identificados na cena.				
15	Conseguiu lidar com o conflito gerado entre os profissionais e paciente.				
<p><b>Pontuação conforme indicadores será utilizado em caso de aplicação do OSCE:</b>            Não realizou: 00            Realizou incorretamente: 0,25            Realizou parcialmente: 0,5            Realizou completamente: 1,0  <b>AVALIAÇÃO GLOBAL:</b> soma todas as notas e divide pelo número de itens.</p>					

## ANEXOS

- Impresso 1 – Identificação do paciente;
- Impresso 2 – Pulseira de identificação do paciente;
- Impresso 3 – Descrição cirúrgica;
- Impresso 4 – Boletim anestésico;
- Impresso 5 – Prescrição médica para a sala de recuperação pós anestésica;
- Impresso 6 – Evolução de enfermagem da sala de recuperação pós anestésica;
- Impresso 7 – Descrição do caso para o participante;
- Impresso 8 – Evolução dos sinais vitais da sala de recuperação pós anestésica;
- Impresso 9 – Escala de Aldrete e Kroulik;

### IMPRESSO 01 - Identificação do paciente



**Paciente:** ZZZZ

**Data de Nascimento:** 11/04/1966

**Nome da mãe:** MMMM

### IMPRESSO 02 - Pulseira de identificação do paciente

**Paciente:** ZZZZ

**Data de Nascimento:** 11/04/1966

**Nome da mãe:** MMMM

**Atendimento:** 387541



**IMPRESSO 03 - Descrição cirúrgica**

 <b>DESCRIÇÃO CIRÚRGICA</b>	
Nome do paciente: ZZZZ	
Número de atendimento: 387541	
Convênio: Particular	
Cirurgião: Dr. WWWW	CRM: 7744
1° auxiliar: Dr. PPPP	CRM: 1485
2° auxiliar: Dr. RRRR	CRM: 2854
Instrumentadora: ZZZZ	COREN: 23564
Código do procedimento: 30724058 - Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) - tratamento cirúrgico.	
Código adicional: 3.07.32.02-6 Enxerto ósseo	
Diagnóstico pré-operatório: Esclerose óssea	
Anátomo patológico ( ) sim ( x ) não	
<b>Descrição do procedimento</b>	
<p>Realizado posicionamento do paciente em decúbito dorsal, com incisão lateral.</p> <p>Procedimento de substituição da articulação coxofemoral biológica, por componentes articulares inorgânicos metálicos ou de polietileno. As endo-próteses são utilizadas para a substituição de grandes segmentos ósseos, muitas vezes inviáveis por processos tumorais e infecciosos, entre outros.</p> <p>Admite uso de cimento. Sem drenos. Sem anatomopatológico.</p> <p>Sutura e curativo.</p>	
Assinatura do cirurgião:	CRM:

**IMPRESSO 04 - Boletim anestésico**

			<b>BOLETIM ANESTÉSICO</b>		
Nome do paciente: ZZZZ					
Número de atendimento: 387541					
Convênio: Particular		Cirurgião: Dr. WWWW		CRM: 7744	
Anestesista: Dr. HHHH				CRM: 2584	
Código do procedimento: 30724058 - Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) - tratamento cirúrgico.					
Código adicional: 3.07.32.02-6 Enxerto ósseo					
Tipo de anestesia: Raquidiana + sedação					
Horário de início: 13:30			Horário do término: 16:00		
<b>Descrição da técnica anestésica</b>					
<p>1 – Paciente com punção venosa em MSE com cateter venoso periférico n.º 18;</p> <p>2 – Posicionado em decúbito lateral esquerdo;</p> <p>3 – Palpação do local a ser puncionado;</p> <p>4 - Punção do espaço subaracnóideo em L2-L3 ou em L3-L4 pelo acesso mediano ou para-mediano, com agulha de calibre 25 ou 27 descartável, observando saída de líquido.</p> <p>5 - Administração de anestésico local por via raquidiana: bupivacaína 0,5% hiper ou isobárica 12,5 mg;</p> <p>6 - Administração de opiáceo: morfina 80 mcg;</p> <p>7 – Realizado teste de bloqueio;</p> <p>8 - Liberado para o procedimento cirúrgico.</p>					
Assinatura do anestesista:				CRM:	

**IMPRESSO 05 - Prescrição médica para sala de recuperação pós anestésica**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA  
DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA**

Nome do paciente: ZZZZ

Número de atendimento: 387541

Convênio: Particular

Idade: 56 anos

Motivo Internação: Artroplastia Total de Quadril

Diagnóstico: Esclerose óssea

Alergias: Dipirona

Período de vigência: 10/10/2023 – 16:00 até 11/10/2023 – 16:00

Número da prescrição: 145874

Item	Medicamento	Via	Freq.	Aprazamento
01	Morfina 5mg/ml+9ml de água (infundir 3ml se dor acima de 7 conforme a escala de dor) de 8 em 8 horas.	EV	SN	
02	Tenoxicam 2ml EV.	EV	8/8hs	
03	Clenaxe 80mg	SC	1X ao dia	
04	Cefazolina 1mg	EV	12/12hs	
05	Soro fisiológico 500ml	EV	8/8hs	
06	Soro Ringer 500ml	EV	8/8hs	
Médico prescritor:		CRM:		

**IMPRESSO 06 – Evolução de enfermagem da sala de recuperação pós anestésica****EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

Nome do paciente: ZZZZ

Número de atendimento: 387541

Convênio: Particular

Cirurgião: WWW

CRM: 7744

Anestesista: HHHH

CRM: 2584

Tipo de anestesia: Raquidiana + sedação

Horário de liberação da evolução: 18:20

**Evolução de enfermagem**

Paciente acomodado no leito da sala de recuperação pós anestésica n.º 9, respirando em ar ambiente, lúcido, orientado e comunicativo. Não está deambulando no momento. SVVV estáveis. Pós operatório de Artroplastia Quadril, lado esquerdo. Está com curativo oclusivo, limpo e seco. Está com acesso venoso em MSE, apresentou algia escala de dor 07, medicado com dipirona EV. Está utilizando o sistema de compressão anti-trombose (*Phlebo Press*). Sem acompanhante no momento. Segue os cuidados de enfermagem. Aguarda tempo de recuperação da anestesia para ser liberado ao setor de internação.

**Escala de Aldrete e Kroulik**

16:00 – 6

17:00 – 8

16:15 – 6

17:15 – 8

16:30 – 6

17:30 – 8

16:45 – 7

18:00 – 10

Técnico de enfermagem: DDDD

COREN: 141472

**IMPRESSO 07 - Descrição do caso para o participante**

18:45 – Vocês acabaram de chegar no setor para receber o plantão (técnico de enfermagem e enfermeiro). Contudo, não houve tempo hábil para o colega do plantão anterior, passar o plantão de seus pacientes. Então, ela deixou por escrito a passagem de plantão para o seu colega deste turno, o qual irá passar o plantão dos seus pacientes e do colega que saiu apressado para os próximos colegas que irão assumir o plantão. O paciente em questão encontra-se: lúcido, orientado, consciente, e respirando em ar ambiente. Está acomodado em uma maca na sala de recuperação pós anestésica, vestido com camisola e coberto por um lençol. A maca está com as grades elevadas. Apresenta acesso venoso em MSE, com cateter venoso periférico n.º 18 infusão de Ringer Lactato em curso (60 gotas/min), coxim abductor entre as pernas, curativo compressivo no quadril direito, faz uso de sistema de compressão anti-trombose (*Phlebo Press*). Vocês receberão o plantão dos pacientes da equipe que está encerrando o turno e deste paciente que o colega teve que sair às pressas.

**IMPRESSO 08 - Evolução dos sinais vitais da sala de recuperação pós anestésica**

 <b>EVOLUÇÃO DOS SINAIS VITAIS</b> <b>SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA</b>					
Nome do paciente: ZZZZ					
Número de atendimento: 387541					
Convênio: Particular				Idade: 56 anos	
Motivo Internação: Artroplastia Quadril					
Alergias: Dipirona			Horário de chegada: 16:00		
Data:	Horário	Pressão Arterial	FC	Sat O%	Responsável
12/11/2023	16:00	110x60 mmHg	99 bpm	99%	DDDD
12/11/2023	16:30	100x60 mmHg	98 bpm	98%	DDDD
12/11/2023	17:00	110x70 mmHg	99 bpm	99%	DDDD
12/11/2023	17:30	110x60 mmHg	99 bpm	99%	DDDD
12/11/2023	18:00	120x80 mmHg	100 bpm	98%	DDDD

**IMPRESSO 09 – Escala de Aldrete e Kroulik**

<b>ESCALA DE ALDRETE E KROULIK</b>		<b>Escore</b>
<b>Atividade muscular</b>	Movimenta os quatro membros	2
	Movimenta dois membros	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
<b>Respiração</b>	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1
	Tem apneia	0
<b>Circulação</b>	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2
	Desperta, se solicitado	1
	Não responde	0
<b>Saturação de O2</b>	É capaz de manter saturação de O2 maior que 92% respirando em ar ambiente	2
	Necessita de O2 para manter a saturação maior que 90%	1
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio.	0

**REFERÊNCIAS**

Metodologias ativas no ensino do cuidado de enfermagem perioperatória. Curitiba: CRV, 2017. 194 p. Série: **Metodologias ativas no ensino perioperatório**. v.1.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G.. **Brunner e Suddarth** Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 11 ed. Rio De Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde. **SOBECC**. 7. ed. rev. e atual. Barueri, SP: Manole; São Paulo: SOBECC, 2017.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS DO PRODUTO

As guias clínicas deste produto apresentam importante potencial para apoiar a disseminação da cultura de segurança no ambiente cirúrgico. Considerando que a construção foi embasada em um percurso metodológico que avaliou, mensurou e identificou as necessidades dos participantes, além de usar como base para a construção dos objetivos e habilidades as dimensões com maior fragilidade.

Neste sentido, as guias clínicas foram desenhadas minuciosamente utilizando todos os resultados coletados durante o percurso desta dissertação, levando em conta o cenário a ser aplicado, realidade vivenciada pelos profissionais e aplicabilidade do mesmo.

A força desta vivência para os profissionais do centro cirúrgico é proporcionar um momento seguro de reflexão a respeito das práticas executadas, que muitas vezes são corridas e tarefas, obstruindo a real visão a respeito da segurança do paciente, com clareza e discernimento.

Esta experiência vivenciada serve de lição para a reprodução dos comportamentos do enfermeiro que tem grande influência a respeito do clima da sua equipe de trabalho e também nas relações multiprofissionais, na qual oportuniza a mudança de comportamento e visão da importância da cultura de segurança para os gestores e diretores da instituição hospitalar.

## REFERÊNCIAS DO PRODUTO

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Pediatric Advanced Life Support: instructor manual. Chicago: AHA, 2020.

BAZILIO, J., de Aquino Pereira, J., Cristiane, M., Figueira, S., & Silva, E. M. In situ simulation as a strategy to enhance the welcoming practice in Primary Health Care. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 12, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i12.8185>. Acesso em: 15 dez. 2021.

BOOSTEL, Radamés. *et al.*, Contribuições da simulação clínica versus prática convencional em laboratório de enfermagem na primeira experiência clínica. **Esc. Anna Nery**. n. 25, v.3, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zMV9YctQzrFt4jyBy57wDsG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2022.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Manual de **Simulação Clínica para Profissionais de Enfermagem**/ Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/Manual-de-Simula%C3%A7%C3%A3o-Cl%C3%ADnica-para-Profissionais-de-Enfermagem.pdf>. Acesso 12 jan. 2022.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Manual de **Simulação Clínica para Profissionais de Enfermagem**/ Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. - São Paulo-SP, 2020. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/Manual-de-Simula%C3%A7%C3%A3o-Cl%C3%ADnica-para-Profissionais-de-Enfermagem.pdf>. Acesso 12 jan. 2022.

CORRÊA, Ana Paula Almeida *et al.* Simulação clínica: educação para equipe de Enfermagem no cuidado aos pacientes com sonda nasoesférica. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s. l.], v. 35, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/41998>. Acesso em: 06 mar. 2022.

CRUZ, Letícia Lima. *et al.*, Avaliação da cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico: um estudo transversal. **Nursing**. São Paulo, v. 24, n. 278, p. 5980–5997, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i278p5980-5997>. Acesso em: 07 mar. 2023.

DOMBRÁDI, Viktor., *et al.* Broadening the concept of patient safety culture through value-based healthcare. **Journal of Health Organization and Management**. 2021. doi:10.1108/JHOM-07-2020-0287. Disponível em: <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/33645172/>. Acesso em: 10 out. 2022.

FERNANDES, Ana Regina Ramos Azevedo, *et al.*, 2021. Cultura de segurança no centro cirúrgico: uma revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 23, p. 1 -9, 2021. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/65437/36812>. Acesso em: 07 mar. 2023.

GEMELLI, Rozemar. *et al.*, Atribuições do enfermeiro no centro cirúrgico: percepções sobre si no cenário intraoperatório. **Research, Society and Development**., v. 10, n. 11, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19331>. Acesso em: 13 dez. 2021.

GUTIERRES Larissa Siqueira, *et al.*, Dificuldades de enfermeiros na segurança do paciente em centro cirúrgico: estudo exploratório. **Online Braz J Nurs**, v. 19, n. 4, 2020. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6438>. Acesso em: 23 out. 2021.

IBES. Instituto Brasileiro Para Excelência em Saúde. **O que é cultura justa e como isso impacta na segurança do paciente?** 2017. Disponível em: <http://www.ibes.med.br/o-que-e-cultura-justa-e-como-isso-impacta-na-seguranca-paciente/>. Acesso em: 16 out. 2021.

INACSL. Healthcare Simulation Standards of Best Practice™. Standards of Best Practice: Simulation. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 12, 2016. Disponível em: <https://member.inacsl.org/files/SOBP%20Translation/SOBPEnglishCombo.pdf>. Acesso 24 jan. 2022.

PATIENT SAFETY MOVEMENT. Keeping Patients Safe: How Has the Patient Safety Movement Evolved in the U.S.? **PSQH**. 2020. Disponível em: <https://www.psqh.com/analysis/keeping-patients-safe-how-has-the-patient-safety-movement-evolved-in-the-u-s/>. Acesso em: 12 dez. 2021.

PEDRADA, Lilia Dias Santana de Almeida. *et al.*, Uso da simulação realística na segurança da equipe cirúrgica frente ao coronavírus: relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/Leticia/Downloads/19017-Article-234563-1-10-20210816.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2022.

PEREIRA JÚNIOR, Gerson; GUEDES Vilar Hermila. **Simulação Clínica: ensino e avaliação nas diferentes áreas da Medicina e Enfermagem**. [livro eletrônico] (cirurgia geral, clínica médica, emergência, ginecologia e obstetrícia, pediatria, saúde coletiva, saúde da família e comunidade e saúde mental) / Gerson Alves Pereira Júnior, Hermila Tavares Vilar Guedes, (organizadores). -- Brasília: Associação Brasileira de Educação Médica, 2022. Disponível em: [https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2022/09/livro-completo\\_digital-1.pdf](https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2022/09/livro-completo_digital-1.pdf). Acesso em: 13 dez. 2022.

SANCHIS, Desirée Zago *et al.* Cultura de segurança do paciente: percepção de profissionais de enfermagem em instituições de alta complexidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 75, n. 5, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/m4g7LphXYPgZdpPxR4fw4yD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 27 nov. 2021.

SANTIAGO, Cecília. *et al.*, Intensive care unit nurse satisfaction with medication management before and after introduction of an electronic medication management system. **Canadian Journal of Critical Care Nursing**. 2020. v. 31, n. 2, p. 20-28. Disponível em: <https://eds.s.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=4ebe9f71-fe75-41b8-9c89-04385afcdc86%40re-dis&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1lZHMtbG12ZSZyY29wZT1zaXRl#AN=145972657&db=c8h>. Acesso em: 12 dez. 2021.

SCHAAP, Meilin, *et al.*, Long-term effects of perioperative briefing and debriefing on team climate: A mixed-method evaluation study. **Int J Clin Pract**. v. 75, n. 3, 2021. DOI:

10.1111/ijcp.13689. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32865281/>. Acesso em: 07 mar. 2023.

SILVA, Alisson Roberto da, *et al.*, O advento de simulações realísticas in loco para casos cirúrgicos complexos: uma estratégia na garantia da excelência em segurança do paciente. **Revista Qualidade HC**. 2022. Disponível em: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidadehc/uploads/Artigos/454/454.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2023.

WESTBROOK, Johanna. *et al.*, Changes in medication administration error rates associated with the introduction of electronic medication systems in hospitals: a multisite controlled before and after study. *BMJ Health & Care informatics*. 2020. Disponível em: <https://informatics.bmj.com/content/bmjhci/27/3/e100170.full.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2021.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

A cultura de segurança é um assunto que vem tomando maior amplitude ao longo dos anos, principalmente no âmbito hospitalar. Ela representa um conjunto multifatorial de percepções individuais e coletivas, de cada profissional e dos profissionais para com o grupo, no trabalho em equipe. Como cada sujeito é único, as suas percepções em relação a cultura de segurança são particulares e individuais.

A fim de promover a cultura de segurança em um determinado grupo de pessoas, é necessário o conhecimento das melhores estratégias educacionais capazes de atingir este objetivo no centro cirúrgico. Nesta perspectiva, foi realizado um mapeamento de informações sobre tecnologias educacionais utilizadas no ambiente cirúrgico, as quais são capazes de apoiar a disseminação da cultura de segurança no ambiente cirúrgico por meio de uma revisão de escopo. Foram identificados 16 artigos, os quais mostram que as estratégias educacionais como: treinamentos, vídeos e simulações promovem a cultura de segurança no centro cirúrgico.

No sentido de mensurar a cultura de segurança no ambiente cirúrgico foi utilizado o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) junto a 89 profissionais do centro cirúrgico, onde a nota geral para a segurança do paciente foi “muito boa”. Ainda, foi encontrado fragilidades nas dimensões: D8 – Frequência de eventos comunicados; D 9 – Trabalho em equipe; D 11 – Transferências internas e passagem de plantão e D 12 – Resposta não punitiva aos erros.

Além do questionário, aplicou-se a técnica *brainwriting*, com seis perguntas voltadas a cultura de segurança em seis rodadas com seis profissionais da enfermagem atuantes no centro cirúrgico e surgiram 179 ideias capazes de auxiliar na disseminação da cultura de segurança. As ideias comuns que mais surgiram foram: equipe, falta, atenção, pressa, paciente, funcionários, comunicação, vídeos, reuniões, treinamentos e palestras.

Após discussão exaustiva dos dados obtidos pelos pesquisadores, duas guias clínicas foram criadas intituladas: 1.<sup>a</sup> Gestão de conflitos e trabalho em equipe para a segurança do paciente na transferência do paciente da sala cirúrgica para a sala de recuperação pós-anestésica e 2.<sup>a</sup> Assistência da equipe de saúde na transferência do cuidado na sala de recuperação pós-anestésica.

Tais guias tem como objetivos: 1.<sup>a</sup> Desenvolver uma simulação clínica capaz de treinar as habilidades na gestão de conflitos e trabalho em equipe com foco na cultura de segurança na transferência da sala cirúrgica para a sala de recuperação pós-anestésica e 2.<sup>a</sup> Oportunizar a equipe do centro cirúrgico o aprimoramento das competências por meio da simulação clínica

na transferência do cuidado na sala de recuperação pós-anestésica. Para complementar a escrita das primeiras versões das guias clínicas, nove profissionais participaram da validação por meio da técnica *snowball*. Através das avaliações dos itens foi possível aprimorar o conteúdo e escrita dos passos das guias, além de deixar as informações mais claras e simples. Cada uma das sugestões dos profissionais que foram acatadas formou, assim, a segunda versão das guias clínicas.

Por fim, realizou-se uma avaliação das guias clínicas através de um pré-teste com os profissionais do centro cirúrgico, realizada com 19 profissionais da enfermagem que avaliaram o pré-teste através da Escala de Satisfação com as Experiências Clínicas Simuladas em média geral 8,3 e Escala de Autoconfiança com a Aprendizagem média geral de 4,1. Diante de tais resultados, compreende-se que as simulações tiveram médias favoráveis para serem utilizadas como métodos eficazes e úteis no desenvolvimento dos conhecimentos necessários para atuação no centro cirúrgico e promovendo a confiança na área.

Nesta perspectiva, entende-se que as guias clínicas criadas são capazes de apoiar a disseminação da cultura de segurança no ambiente cirúrgico, haja vista que são guias de fácil aplicação, as quais permitem a simulação de cenários vivenciados diariamente na prática do centro cirúrgico e permite a interação entre a própria equipe atuante em um ambiente seguro e que favorece a troca do conhecimento e reflexão a respeito da própria prática assistencial.

Diante dos resultados deste estudo, vale destacar que uma das limitações foi a não participação da equipe médica na simulação clínica, e a realização com uma parte dos profissionais que compõe o centro cirúrgico. Pois entende-se que quanto mais profissionais participarem da simulação, mesmo que como pré-teste, mais aprimorada e discutida será a questão a respeito da segurança do paciente naquele grupo de trabalho. Outra limitação está relacionada a poucos estudos realizando simulação no centro cirúrgico, o que mostra uma oportunidade de desenvolver esta área de ensino.

Como benefício para o desenvolvimento deste estudo foram as movimentações a respeito da participação dos profissionais atuantes no centro cirúrgico nas discussões e durante todo o caminho metodológico deste estudo, gerando conversas a respeito do questionário HSOPSC aplicado para mensurar a cultura de segurança, além das discussões a respeito da percepção individual de cultura de segurança, o olhar dos profissionais a respeito da importância e aplicabilidade diária desta reflexão e levando a compreender que as práticas de segurança do paciente dependem mais do indivíduo do que de grandiosos investimentos financeiros e ou tecnologias eletrônicas.

O impacto gerado pela prática educacional da simulação clínica nos profissionais é exatamente a movimentação e discussão a respeito da temática, envolvendo todos os

profissionais, independente da sua categoria, no mesmo momento de reflexão e promoção da cultura de segurança e com isto, pequenas mudanças de atitudes e comportamentos individuais que podem reproduzir melhores condutas no trabalho em equipe.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, Ingrid Moura de. *et al.*, Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 40, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/zxZjZd3vY84xr8FvRj7htr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 24 out. 2021.
- ALMEIDA, Priscila Portes. Active methodologies for safety culture. **Vigil. sanit. debate**, v.7, n.4, p. 96-103, 2019. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1349/1104>. Acesso em 28 nov. 2021.
- ALMEIDA, Rodrigues Guimarães dos Santos. *et al.*, Validação para a língua portuguesa da escala Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1007-13, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/7fyQp4sk7xrVLC8WxrbLLqy/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.
- ALQUWEZ, Nahed. *et al.*, Nurses' perceptions of patient safety culture in three hospitals in Saudi Arabia. **Journal of Nursing Scholarship**, v.50, n. 4, p. 422–431, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29758128/>. Acesso em: 21 nov. 2021.
- ALVES, Naiana Pacífico. *et al.*, Simulação realística e seus atributos para a formação do enfermeiro. Revista Enfermagem **Ufpe on line**, Recife, v. 13, n. 5, p. 1420-1428, maio 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1024530>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- AMANTE, Lúcia Nazareth *et al.*, Problem Based Learning aplicado ao ensino de enfermagem pelo ambiente virtual de aprendizagem: estudo qualitativo. **Enfermagem Brasil**, v. 20, n. 1, p. 53-67, 2021. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/4456>. Acesso em: 04 jun. 2021.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Pediatric Advanced Life Support: instructor manual**. Chicago: AHA, 2020.
- ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. **Ministério da Saúde**, 2017a. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-5>. Acesso em 15 nov. 2021.
- ANVISA, BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2017b. Disponível em: [https://www.saude.go.gov.br/images/imagens\\_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa---caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf](https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa---caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf). Acesso em: 23 out. 2021.
- ANVISA, BRASIL. Incidentes relacionados à assistência à saúde. Resultado das notificações realizadas no Notivisa - Santa Catarina, janeiro a dezembro de 2021. **Ministério da Saúde**.

Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/santa-catarina>. Acesso em: 07 março. 2022.

AORN, ASSOCIATION OF PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES. Perioperative standards and recommended practices. **AORN Safe Surgery Together**. 2014. Acesso em: <https://www.aorn.org/guidelines/about-aorn-guidelines>. Acesso em: 24 out. 2021.

AOUICHA, Wiem. *et al.*, Patient safety culture as perceived by operating room professionals: a mixed-methods study. **BMC Health Services Research**. v. 22, 2022. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-08175-z>. Acesso em: 02 jan. 2023.

ARAÚJO, Isabella Sanches de., CARVALHO, Rachel de., Serious adverse events in surgical patients: occurrences and outcomes. **REV. SOBECC**, v. 23, n. 2, p. 77-83, 2018. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/401>. Acesso em: 30 nov. 2021.

ARAÚJO, Paula Roberta Silva, DUARTE, Tayse Tâmara da Paixão, MAGRO Marcia Cristina da Silva. Effect of simulation for significant learning. **J Nurs UFPE.**, v. 12, p. 3416-25, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Leticia/Downloads/237671-129164-1-PB.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2022.

ARBOIT, Éder Luis, *et al.*, A cultura de segurança do paciente na perspectiva multiprofissional. **Research, Society and Development**, v. 9, n.5, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3088/4965>. Acesso em: 14 jan. 2022.

BAPTISTA, Rui Carlos Negrão. *et al.*, Satisfação dos estudantes com as experiências clínicas simuladas: validação de escala de avaliação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 22, n. 5, p. 709-15, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/3NPqY6ZGGfPRhSd6dLXF49m/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 de nov. de 2021.

BATISTA Josemar, *et al.*, Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 40, 2019a. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180192>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/JpvK7dDXKQTSyRWyyMmdHff/?lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2023.

BATISTA, Josemar. *et al.*, Prevalência e evitabilidade de eventos adversos cirúrgicos em hospital de ensino do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2019b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/XpgShVwtVqC78bymt63Scwc/?lang=en>. Acesso em: 09 de nov. de 2021.

BERETA-VILELA, Renata Prado *et al.*, The use of active learning method for patient safety discipline: an experience report. **R. Funec Cient. Mult**, v.9, n.11, 2020. Disponível em: <https://seer.unifunec.edu.br/index.php/rfc/article/view/4097/3793>. Acesso em: 27 nov. 2021.

BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz. A segurança do Paciente e a Enfermagem. **Revista Nursing**. n. 18, p.2091, 2018. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/239-Abril2018/editorial.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2021.

BIERER, Joel. *et al.*, Development of an in situ thoracic surgery crisis simulation focused on nontechnical skill training. **The Annals of Thoracic Surgery**, v. 106, n. 1, p. 287-292, 2018. doi: <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2018.01.058>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29499178/>. Acesso em: 16 fev. 2021.

BLAND, Andrew. J.; TOPPING, Annie.; WOOD, Barbara. Annie Topping concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. **Nurse Education today**, v. 31, n. 7, p. 664-670, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21056920/>. Acesso em 15 dez. 2021.

BODUR Said, FILIZ Emel. Validity and reliability of Turkish version of “Hospital Survey on Patient Safety Culture” and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. **BMC Health Services Research**, v.10, n. 28, p. 1-9, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20109186/>. Acesso em: 15 jan. 2022.

BOHOMOL, Elena.; MELO Eliana. Ferreira de. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: percepção da equipe de enfermagem. **REV. SOBECC**, v.24, n.3, p. 132-138, 2019. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/491/pdf>. Acesso em: 24 out. 2021.

BOHOMOL, Elena; TARTALI, Juliana. de. Abreu. Adverse effects in surgical patients: knowledge of the nursing professionals. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n.4, p. 376-81, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/SjW3W7TTFJh6hQnRJRJF9cy/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 30 nov. 2021.

BOOSTEL, Radamés. *et al.*, Contribuições da simulação clínica versus prática convencional em laboratório de enfermagem na primeira experiência clínica. **Esc. Anna Nery**. n. 25, v.3, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zMV9YctQzrFt4jyBy57wDsG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2022.

BRANDÃO, Maria Girlaine Sousa Albuquerque; BRITO, Odézio Damasceno; BARROS, Lívia Moreira. Gestão de riscos e segurança do paciente: mapeamento dos riscos de eventos adversos na emergência de um hospital de ensino. **Rev. Adm. Saúde**. v.18, n. 70, 2018. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/84/124>. Acesso em: 06 dez. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional da Saúde. **Resolução n.º466/2012**. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013**. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. 2013b. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2013/prt1377\\_09\\_07\\_2013.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html). Acesso em 29 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 529, DE 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 2013a. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. 2013c.

Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução-RDC Nº 42, de 25 de outubro de 2010**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042\\_25\\_10\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042_25_10_2010.html). Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução-RDC Nº 63, de 25 de novembro de 2011**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. 2011.

Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063\\_25\\_11\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html). Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS** [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. p. 26. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_prioridades\\_pesquisa\\_ms.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf). Acesso em: 25 abr. 2023.

CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de.; CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes

Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 20, 2012.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/ff6MjHxDxsc7VJhhRpWdRsy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 out. 2021.

CAUDURO, Fernanda Leticia Frates. *et al.*, Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. **Cogitare Enferm**. v. 20, n. 1, p. 129-38, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/36645/24859>. Acesso em: 01 dez. 2021.

CAZANHAS, Eduardo Fuzetto. *et al.*, O uso da simulação em cursos de bacharelado em enfermagem de instituições de ensino brasileiras. **Rev. Bras Enferm.**, v. 74, n. 5, 2021.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jcPqMTnX7Bdcg5qZvJwwQcL/?lang=en>. Acesso em: 10 jan. 2022.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Evaluation briefs: Writing SMART objectives**. 2009. Retrieved from

<http://www.cdc.gov/healthyyouth/evaluation/pdf/brief3b.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2022.

- CHACKO, Thomas V. Simulation-based medical education: using best practices and curriculum mapping to maximize educational benefits in the context of shift toward competency-based medical education. **Archives of Medicine and Health Sciences**, v. 5, n. 1, p. 9-15, 2017. Disponível em: <https://www.amhsjournal.org/article.asp?issn=23214848;year=2017;volume=5;issue=1;spage=9;epage=15;aui=Chacko#Reference>. Acesso em: 16 jan. 2023.
- CIVIAM. **Simulação médica**. CAE Apollo. Disponível em: <https://simulacaomedica.civiam.com.br/>. Acesso em: 17 dez. 2021.
- CONDON, T. The Collaboration Between OR Nursing, Central Processing, and a Community College. **ASORN INSIGHT Fall 2018**. Disponível em: <https://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=8b4c80e4-f9d8-4f9e-b96f-811777b4cb9e%40sessionmgr4007>. Acesso 27 nov. 2021.
- COREN. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Manual de **Simulação Clínica para Profissionais de Enfermagem**/ Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. - São Paulo-SP, 2020. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/Manual-de-Simula%C3%A7%C3%A3o-Cl%C3%ADnica-para-Profissionais-de-Enfermagem.pdf>. Acesso 12 jan. 2022.
- CORRÊA, Ana Paula Almeida, *et al.*, Simulação clínica: educação para equipe de Enfermagem no cuidado aos pacientes com sonda nasointestinal. **Rev baiana enferm.** v, 35, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/Leticia/Downloads/41998-Manuscrito%20no%20template%20padr%C3%A3o%20RBE-169848-1-10-20210407.pdf>. Acesso em: 06 março. 2022.
- COSTA, Daniele Bernardi. da. *et al.*, Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n.3, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ZWcDcxB9zC5KzbdMPZQrWYF/?lang=en>. Acesso em 27 nov. 2021.
- COSTA, Franciely Vanessa, *et al.*, Use of innovative strategies in the teaching of hematology: an experience in medical education. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 5, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3181/5353>. Acesso em: 27 nov. 2021.
- COSTA, Franciely Vanessa. Extension in times of pandemic: the experience of the minute hematology project. **Recima21**. Revista científica multidisciplinar. v.2, n.8, 2021. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/634/537>. Acesso em 28 nov. 2021.
- COSTA, Roberta. *et al.*, O legado de florence nightingale: uma viagem no tempo. **Texto Contexto Enferm.**, v. 18, n. 4, p. 661-9, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ntxb8WhXpNLpn4DC9ZQv8Pd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2021.
- CRUZ, Elaine Drehmer de. Almeida. *et al.*, Safety culture among health professionals in a teaching hospital. **Cogitare Enferm.**, v.23, n.1, 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/02/879967/50717-222541-1-pb.pdf>. Acesso em 27 nov. 2021.

DEZORDI, Cátia Cristiane Matte. STUMM, Eniva Miladi Fernandes. Security attitudes of a team before and after safe surgery *checklist* implementation. **Journal of Nursing UFPE Online**, v. 12, n. 3, p. 816-9, 2018.

DEZORDI, Cátia Cristiane Matte. *et al.*, Clima de segurança no centro cirúrgico: atitudes dos profissionais de saúde. **Cogitare enferm.** v. 25, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/65577/pdf>. Acesso em: 24 out. 2021.

DHAWAN, Andrew. *et al.*, Collateral sensitivity networks reveal evolutionary instability and novel treatment strategies in ALK mutated non-small cell lung cancer. **Scientific Reports.**, v. 12, 2017. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-017-00791-8>. Acesso em: 20 de set. de 2021.

DUNSTAN Elspeth., COYER Fiona. Safety culture in two metropolitan Australian tertiary hospital intensive care units: a cross-sectional survey. **Aust Crit Care.** v. 33, n. 1, p. 4-11, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30660433/>. Acesso em: 16 nov. 2022.

ERLINGER, Lisa Rose; BARTLETT, Andrew; PEREZ, Amelia. High-Fidelity Mannequin Simulation versus Virtual Simulation for Recognition of Critical Events by Student Registered Nurse Anesthetists. **Aana Journal.**, v. 87, n. 2, p. 105-109, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31587722/>. Acesso em: 16 dez. 2021.

FAGUNDES, Thaís Ender, *et al.*, Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico na perspectiva da equipe de enfermagem. **J. nurs. health.**, v. 11, n. 2, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19510>. Acesso em: 15 jan. 2022.

FERRARI, Bernardo. *et al.*, Design Socialmente Consciente de Jogos: relato de uma oficina prática para o entendimento do problema e prospecção de ideia. **Design Socialmente Consciente de Jogos**. IHC 2019 - Workshop sobre Interação e Pesquisa de Usuários no Desenvolvimento de Jogos (WIPlay), Outubro 21–25, 2019, Vitória, Brasil. In Anais Estendidos do XVIII Simpósio Brasileiro sobre Fatores Humanos em Sistemas Computacionais. Disponível em: <https://sol.sbc.org.br/index.php/wiplay/article/view/7835/7710>.

FORTE, Elaine Cristina Novatzki. *et al.*, Posicionamento de gestores e lideranças de enfermagem diante dos erros divulgados na mídia. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 39, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/DLBXD7y4Q5fR8QRkLHY6Y5J/?format=pdf&lang=p>. Acesso em 06 dez. 2021.

FURINI, Aline Cristina Andrade; NUNES, Altacílio Aparecido Nunes; DALLORA, Maria Eulália Lessa do Valle. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ghp6h3SKJMjjwbY96yyd3Yz/?lang=en>. Acesso em 13 nov. 2021.

GALVÃO, Taís Freire. *et al.*, Patient safety culture in a university hospital. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, v. 26, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/qrCz7dfBCN7NVgmgDGN5bLJ/?lang=en>. Acesso em 21 nov. 2021.

GARCIA, Cledir Tania Franca. *et al.*, Uso de metodologias ativas como prática para educação continuada em enfermagem em uma organização hospitalar. 6º congresso internacional em saúde. **CISAúde**. 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/Leticia/Downloads/11297-Texto%20do%20artigo-42394-1-10-20190528.pdf>. Acesso: 13 jan. 2022.

GEMELLI, Rozemar. *et al.*, Atribuições do enfermeiro no centro cirúrgico: percepções sobre si no cenário intraoperatório. **Research, Society and Development**., v. 10, n. 11, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19331>. Acesso em: 13 dez. 2021.

GIACOMO, Ana Paula Magalhães de Abreu de. *et al.*, Jogo educativo sobre cirurgia segura para equipe de enfermagem. **Revista Nursing** [internet]. v. 25, n. 284, p. 6945-6952, 2022. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2146/2650>. Acesso: 25 set. 2022.

GLANZNER Cecília.; HOFFMANN Deise. Fatores que interferem na saúde do trabalhador de enfermagem do centro cirúrgico: revisão integrativa. **Revista Cubana de Enfermería** [Internet]. 2019 [citado 13 Ene 2023]; 35 (4) Disponível em: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3020>. Acesso em: 10 jan. 2023.

GOLLE, Lidiane. *et al.*, Culture of patient safety in hospital private. **J. res.: fundam. Care**, v.10, n.1, 2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5980>. Acesso em 20 nov. 2021.

GUTIERRES, Larissa de Siqueira. **Práticas de enfermeiros na gestão do cuidado de enfermagem para a promoção da segurança do paciente no centro cirúrgico**. Florianópolis. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/188844>. Acesso em: 24 out. 2021.

GUTIERRES, Larissa de. Siqueira. *et al.*, Boas práticas para segurança do paciente em centro cirúrgico: recomendações de enfermeiros. **Rev. Bras Enferm.**, v. 71, p. 2940-7, 2018b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9tLBPnJcq4YpLb59jVyVLDs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso 27 nov. 2021.

GUTIERRES Larissa Siqueira, *et al.*, Dificuldades de enfermeiros na segurança do paciente em centro cirúrgico: estudo exploratório. **Online Braz J Nurs**, v. 19, n. 4, 2020. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6438>. Acesso em: 23 out. 2021.

HAGNSEN, Gunn. *et al.*, The struggle against perceived negligence. A qualitative study of patients' experiences of adverse events in Norwegian hospitals. **BMC Health Services Research**. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29699556/>. Acesso em: 12 dez. 2021.

HOFFMANN, Deisi. Angélica, GLANZNER, Cecilia Helena. Factores que interfieren en la salud del trabajador de enfermería del centro quirúrgico. **Revista Cubana de Enfermería**., v. 35, n. 4, 2019. Disponível em:

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3020/507>. Acesso em: 13 dez. 2021.

IBES. Instituto Brasileiro para a Excelência em Saúde. **O que é cultura justa e como isso impacta na segurança do paciente?**. 2020. Disponível em: <http://www.ibes.med.br/o-que-e-cultura-justa-e-como-isso-impacta-na-seguranca-paciente/>. Acesso em 20 de set. de 2021.

IBES. Instituto Brasileiro Para Excelência em Saúde. **O que é cultura justa e como isso impacta na segurança do paciente?** 2017. Disponível em: <http://www.ibes.med.br/o-que-e-cultura-justa-e-como-isso-impacta-na-seguranca-paciente/>. Acesso em: 16 out. 2021.

INACSL. Healthcare Simulation Standards of Best Practice™. Standards of Best Practice: Simulation. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 12, 2016. Disponível em: <https://member.inacsl.org/files/SOBP%20Translation/SOBPEnglishCombo.pdf>. Acesso 24 jan. 2022.

INSAG. AGÊNCIA INTERNACIONAL DE ENERGIA ATÔMICA. (1986). **Summary Report on the Post Accident Review Meeting on the Chernobyl Accident**. Vienna: Author IAEA 75- INSAG-1.

IOM. Institute of Medicine. **Crossing the Quality Chasm**. A New Health System for the 21st century. Washington DC: National Academy Press; 2001.

ISMP. Instituto para práticas Seguras no Uso de Medicamentos. **Desafio global de segurança do paciente medicação sem danos**. 2018, v. 7, n. 1. Disponível em: [https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/02/ISMP\\_Brasil\\_Desafio\\_Global.pdf](https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/02/ISMP_Brasil_Desafio_Global.pdf). Acesso em: 10 dez. 2021.

JABARKHIL, Abdul Qahir *et al.*, Assessment of Patient Safety Culture Among Doctors, Nurses, and Midwives in a Public Hospital in Afghanistan. **Risk Manag Healthc Policy**. doi: 10.2147/RMHP.S292193. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33776498/>. Acesso em: 05 jan. 2022.

JANICAS, Rita Cassia Silva Vieira.; NARCHI, Nádia Zanon. Evaluation of nursing students' learning using realistic scenarios with and without debriefing. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**. v. 27, 2019. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2936.3187>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/BNJh7CVF6h7fxBXS4HmhT3g/?lang=en>. Acesso em: 10 jan. 2023.

JYE, Alex, K. R, *et al.*, Hospital survey on patient safety culture in Sarawak General Hospital: A cross sectional study. **Med J Malaysia**. V. 74, n. 5, p. 385-388, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31649213/>. Acesso em 18 dez. 2021.

KALDHEIM, Hege Kristin Aslaksen. *et al.*, Use of simulation-based learning among perioperative nurses and students: a scoping review. **Nurse Education Today**, v. 73, p. 31-37, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30476823/>. Acesso em: 16 dez. 2021.

KNIHS, Neide da Silva; et al. Planning and development of empathic educational pedagogical practice in the process of death and dying: A pilot test. **Journal of Nursing Education and**

**Practice**, v. 11, p. 63, 2021. Disponível em:

<https://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/20388> Acesso em: 20 nov. 2021.

KOERS, Lena. *et al.*, Effect of cognitive Aids on adherence to best practice in the treatment of deteriorating surgical patients. **JAMA Surgery**, v. 155, n. 1, p.e194704, 15 Jan. 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jamasurg.2019.4704>. Disponível em:

<https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2756199>. Acesso em: 26 fev. 2021.

KOHN, Linda T., CORRIGAN, Janet. M. e DONALDSON, Molla S. To Err Is Human: Building a Safer Health System. **National Academies Press**, 2000.

LEAPE, Lucian L. *et al.*, The nature of adverse events in hospitalized patients: results from the Harvard medical Practice Study II. **The New England Journal of Medicine**, v. 324, n.6, p.377-384. 1991. Disponível em:

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199102073240605>. Acesso em 28 nov. 2021.

LEMOES, Grazielle de. Carvalho. *et al.*, A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. 2018. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/268201886.pdf>. Acesso em 13 dez. 2021.

LOPEZ, Evelyn. da Costa Martins Silva, *et al.*, Cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de hospitais de ensino. **Rev. Min Enferm.** v, 24, 2020. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1096504>. Acesso em: 24 out. 2021.

LOURENÇÃO, Daniela Campos de Andrade, TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto. Clima de segurança em centro cirúrgico: validação de um questionário para o cenário brasileiro. **Rev. Eletr.**, v. 20, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/47570>. Acesso em: 24 out. 2021.

MADALOZZO, Magda Macedo. *et al.*, Cultura de segurança do paciente em um hospital acreditado de alta complexidade. **Research, Society and Development**, v. 10, n.6, 2021.

Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16113/14464>. Acesso em: 24 jan. 2022.

MAIA, Chistiane Santiago, *et al.*, Registry of adverse events related to health care that results in deaths in Brazil, 2014-2016. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, n, 27, n. 2, 2018.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/67kfbVWmYrCNSyZ5NmyXpjR/?lang=en>. Acesso em 13 nov. 2021.

MASSAROLI, Aline. *et al.*, Safe identification: the use of videos as an educational strategy.

**Rev enferm UFPE on line.**, Recife. n. 13, v. 2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i02a238588p526-531-2019>. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238588>. Acesso: 25 set. 2022.

MAYA, Ángela Maria Salazar. MARÍN, Diana Marcela Restrepo. Cultura de segurança do paciente em seis centros cirúrgicos de Antioquia. **Rev. Cuid.** v.11, n. 2, 2020. Disponível em:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732020000200303#B13](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732020000200303#B13). Acesso em: 24 out. 2021.

MERHY Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4ª ed. São Paulo: Hucitec. p. 192. 2014.

MIRANDA Fernanda Berchelli Girão, MAZZO Alessandra, PEREIRA JUNIOR Gerson Alves. Uso da simulação de alta fidelidade no preparo de enfermeiros para o atendimento de urgências e emergências: revisão da literatura. **Sci Med.**, v. 28, n/ 1, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-878670>. Acesso em: 10 jan. 2022.

MOGHRI, J. *et al.*, The Psychometric Properties of the Farsi Version of “Hospital Survey on Patient Safety Culture” In Iran’s Hospitals. **Iranian J Publ Health.**, v. 42, n. 4, p. 80-86, 2012. Disponível em: <https://ijph.tums.ac.ir/index.php/ijph/article/view/2593>. Acesso em: 15 jan. 2022.

MORAES, Carolina Catarine Maciano de S., AGUIAR, Ricardo Saraiva. A notificação de eventos adversos e suas lacunas no processo da segurança do paciente. **Revista Nursing**, v. 23, n. 271, 2020. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/569/1214> Acesso em: 13 nov. 2021.

MOREL, Maria.; PERUZZO, Nicolás; JUELE, Alejandro Rodriguez; AMARELLE, Vanessa. Comics as an Educational Resource To Teach Microbiology in the Classroom. **Journal Of Microbiology & Biology Education**, Montevideo - Uruguai, v. 1, n. 20, p. 1-4, dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1128/jmbe.v20i1.1681>. Disponível em: <https://journals.asm.org/doi/10.1128/jmbe.v20i1.1681>. Acesso em: 30 set. 2022.

NASCIMENTO, João Costa. DRAGANOV, Patrícia Bover. História da qualidade em segurança do paciente. **Hist enferm Rev eletronica** [Internet]. V.6, n. 2, 2015. Disponível em: [http://here.abennacional.org.br/here/seguranca\\_do\\_paciente.pdf](http://here.abennacional.org.br/here/seguranca_do_paciente.pdf). Acesso em: 03 março. 2022.

NASCIMENTO, Marcia Helena Machado, TEIXEIRA, Elisabeth. Tecnologia educacional para mediar o acolhimento de “familiares cangurus” em unidade neonatal. **Rev Bras Enferm.** 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/JXhmJsszrhX6gRq55LwByBv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 13 dez. 2021.

NEALE, Josephine. What is the evidence for the use of simulation training to teach communication skills in psychiatry? **Evidence-Based Mental Health**, v. 22, n. 1, p. 23-25, 2019. doi: 10.1136/ebmental-2018-300075. Disponível em: <https://ebmh.bmj.com/content/22/1/23>. Acesso em: 16 jan. 2023.

NEGPAL, Kamal. *et al.*, A systematic quantitative assessment of risks associated with poor communication in surgical care. **Arch Surg.**, v. 145, n.6, p. 582-8, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20566980/>. Acesso em: 30 nov. 2021.

NETA, Fujii *et al.*, Segurança do paciente e cirurgia segura: taxa de adesão ao *checklist* de cirurgia segura em um hospital escola. **Revista Nursing**, v. 22, n. 259, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1087185>. Acesso em: 23 out. 2021.

NIA, Peyman Sardari. *et al.* The EACTS simulation-based training course for endoscopic mitral valve repair: an air-pilot training concept in action. **Interactive Cardiovascular**

**and Thoracic Surgery**, v. 30, n 05, p. 1-8, 22, 2020.doi:

<http://dx.doi.org/10.1093/icvts/ivz323>. Disponível em: <https://academic.oup.com/icvts/article-abstract/30/5/691/5714188?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 10 abr. 2021.

OLIVEIRA, Cheila Gonçalves de., RODAS, Andrea Cecília Dorin. Postmarketing surveillance in Brazil: vascular catheters – an overview of notifications of adverse events and technical complaints. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 22, n. 10, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gRn6g4bTDNX3rWWs9WMGwvC/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 30 nov. 2021.

OMS. Organização Mundial Da Saúde (Portugal). **Ministério da Saúde**. Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS: 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas. Direção geral da Saúde, p. 196, 2010. Tradução de Manuela Lucas. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_cirurgias\\_seguras\\_salvam\\_vidas.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf). Acesso em: 23 set. 2018.

OMS. Organização Mundial Da Saúde. World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety: forward programme**. Genebra; 2005.

OMS. Organização Mundial Da Saúde. World Health Organization. Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano-de-acao-global-para-a-seguranca-do-paciente-2021-2030-traduzido-para-portugues/view>. Acesso em: 25 abr. 2023.

PAULETTI, Marzeli. *et al.*, **Atuação do enfermeiro nos times-out da cirurgia segura**. Anuário Pesquisa E Extensão Unoesc São Miguel Do Oeste. Editora Unoesc. 2018. Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/19315>. Acesso em 12 jan. 2022.

PEDRADA, Lilia Dias Santana de Almeida. *et al.*, Uso da simulação realística na segurança da equipe cirúrgica frente ao coronavírus: relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/Leticia/Downloads/19017-Article-234563-1-10-20210816.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2022.

PETERS MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: scoping reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Eds.). **JBI Manual for Evidence Synthesis**. 2020. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12> 21.

PINTO, Adriana Avanzi Marques., SANTOS, Francielle Thays dos. Patient safety: design and implementation of quality culture. **Braz. J. of Develop.**, v.6, n. 3, p. 9796-9809, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/7302/6341>. Acesso em 29 nov. 2021.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre; Editora Artmed; 2011.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9 ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.

PRATES, Cassiana Gil, *et al.*, Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 40, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/D56fnMg49q9vyFGXRxKVPqz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 dez. 2021.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface: Comunicacao, Saude, Educacao, Botucatu*, v. 20, n. 56, p. 185-197, 2016.

REIS Gislene Aparecida Xavier dos, *et al.*, Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. **Rev Gaúcha Enferm.** n. 40, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/687N6SXJTd7cqhqNBXyMc4J/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 dez. 2021.

RIBEIRO, Vanessa dos Santos. *et al.*, Simulação clínica e treinamento para as práticas avançadas de enfermagem: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 6, p. 659-666, dez. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800090>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/HBvRvkXgQxtcJJQjNzBjJCw/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2021.

RIBEIRO, Elaine. Utilização de metodologia ativa no ensino da assistência de enfermagem em pacientes com drenos torácicos, cerebral e abdominais: relato de caso. **CCFEU**. 2019. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/eventos/index.php/ccfenf/article/view/1501>. Acesso em: 12 jan. 2022.

ROCCO, Cristián, GARRIDO, Alejandro. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. **REV. MED. CLIN. CONDES**, v. 28, p. 785-795, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268?via%3Dihub>. Acesso em: 24 out. 2021.

ROCHA Ruth Cardoso, *et al.*, Patient safety culture in surgical centers: nursing perspectives. **Rev Esc. Enferm USP**, v. 55, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/3ncDTqSkVSnyGjGHLqkF58P/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 nov. 2021.

SAMMER, Christine *et al.*, What is Patient Safety Culture? A review of the literature. **Jornal Nursing Scholarship**, v. 42, n. 2, p. 156-165, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20618600/>. 23 out. 2021.

SANCHIS, Desirée Zago. *et al.*, Cultura de segurança do paciente: percepção de profissionais de enfermagem em instituições de alta complexidade. **Rev Bras Enferm**, v.75, n. 5, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/m4g7LphXYPgZdpPxR4fw4yD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 27 nov. 2021.

SANTIAGO, Cecília. *et al.*, Intensive care unit nurse satisfaction with medication management before and after introduction of an electronic medication management system. **Canadian Journal of Critical Care Nursing**. 2020. v. 31, n. 2, p. 20-28. Disponível em: <https://eds.s.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=4ebe9f71-fe75-41b8-9c89->

04385afcdc86%40re-dis&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1lZHMtbGl2ZSZyY29wZT1zaXRl#AN=145972657&db=c8h. Acesso em: 12 dez. 2021.

SANTOS, Andressa. *et al.*, Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n.4, 2021. Disponível em: file:///C:/Users/Leticia/Downloads/13896-Article-182158-1-10-20210404.pdf. Acesso em: 13 dez. 2021.

SANTOS, Gabriéli de Azevedo. História em quadrinhos sobre segurança cirúrgica no transoperatório: empregando storytelling como estratégia de educação em enfermagem. Trabalho de conclusão de curso (graduação). **Universidade Federal de Santa Catarina**, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/213478>. Acesso em: 29 set. 2022.

SANTOS, Sheila Mara Pereira dos.; BONATO, Melissa; SILVA, Eusiane Furtado Mota *Checklist* de cirurgia segura: Conhecimento da equipe cirúrgica. **Enferm. Foco**, v.11, n. 4, 214-220, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1146781>. Acesso 27 nov. 2021.

SILLERO, Amalia. Sillero; ZABALEGUI, Adelaida. Segurança e satisfação de pacientes com os cuidados de enfermeiros no perioperatório. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/VzrTFfpvV6TCKjhvj99HnLz/?lang=pt>. Acesso em 27 nov. 2021.

SILVA JÚNIOR, José Francisco da, *et al.*, Cultura de segurança do paciente: percepções e atitudes dos trabalhadores de centro cirúrgico. **REV. SOBECC**, v. 25, n. 3, p. 136-142, 2020. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/567>. Acesso em: 24 out. 2021.

SILVA, Bruno Gonçalves. *et al.*, Uso das tecnologias digitais para capacitação das equipes aéreas de saúde: gestão do conhecimento. **Revista Nursing** [internet]. 2021. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2014>. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i282p6592-6596>. Acesso: 25 set. 2022.

SILVA, Josinete Cabral da. **Programa educacional: desenvolvimento de um curso online de aperfeiçoamento em qualidade e segurança do paciente com abordagem nas metodologias ativas de aprendizagem na cultura de segurança institucional**. 145f. Dissertação – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, 2021. Disponível em: <http://www.repositorio-bc.unirio.br:8080/xmlui/bitstream/handle/unirio/13226/Dissertacao%20para%20publicacao%20-%20Josinete%20Cabral%20da%20Silva.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 28 nov. 2021.

SILVA, Rafael Henrique. *et al.*, Application for conference and control of safe surgery - principles for patient safety in surgical center. **Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health**. n. 53. 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e3549.2020>. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/checklist-de-cirurgia>. Acesso: 25 set. 2022.

SILVA, Vanessa D. C. *et al.*, Patient safety assessment instruments in health services: an integrative review. **Brazilian Journal of health Review**. v. 3, n. 6, p.17210-17225. nov./dez. 2020. DOI:10.34119/bjhrv3n6-142. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/20699>. Acesso em: 29 set. 2022.

SMILEY K, Ofori L, Spangler C, Acquaaah-Arhin R, Deh D, Enos J, et al. Safety culture and perioperative quality at the Volta River Authority Hospital in Akosombo, Ghana. **World J Surg**. v. 43, n. 1, p. 16-23, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4763-y>. Acesso em 22 dez. 2021.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde. **SOBECC**. 8. ed. rev. e atual. Barueri, SP: Manole; São Paulo: SOBECC, 2021.

SOBRAL, Glauciany Amorim Santos. *et al.*, Atribuições do enfermeiro no centro cirúrgico. **Enferm Bras**. n. 18, v. 4, p. 603-609, 2019. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/3117/pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023. SOH, SZE-EE *et al.*, Nurse perceptions of safety climate in Australian acute hospitals: a cross-sectional survey. **Aust Health Rev.**, v. 42, n. 2, p. 203-209, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28297633/>. Acesso em 12 dez. 2021.

SORRA, Joann; NIEVA Veronica. Hospital Survey on Patient Safety Culture. **AHRQ**. v. 3, p. 16-22, 2004. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2022.

SORRA, Joann. *et al.*, J. AHRQ medical office survey on patient safety culture: user's guide. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. 2016. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/userguide/mosurveyguide.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2022.

SOUSA, Cristina Silva. TURRINI, Ruth Natalia Teresa. Desenvolvimento de aplicativo de celular educativo para pacientes submetidos à cirurgia ortognática. **Rev Lat Am Enfermagem**. n. 27. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2904.3143>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/99pz6hk7Q9xsBJ7xD3QryDQ/?lang=pt>. Acesso: 25 set. 2022.

SOUZA, Ana Célia Caetano de; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; BORGES, José Wicto Pereira. Development of an appearance validity instrument for educational technology in health. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 73, n. 6, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/j4nNFSCVRjLFkTfXYBkLWgk/?format=html&lang=en>. Acesso em: 20 out.2021.

SOUZA, F. X. et al. Modelo simulador de baixo custo para treinamento de septoplastia. Revista Eletrônica Acervo Saúde, **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 42, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2827>. Acesso em: 08 dez. 2021.

TAKEFUMI, Kitazawa, *et al.*, Perioperative patient safety indicators and hospital surgical volumes. **BMC Research Notes**. v. 117, 2014. Disponível em: <https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-7-117>. Acesso em: 30 nov. 2021.

TARTAGLIA, Aleksandro. MATOS, Marcos Antônio Almeida. Segunda vítima: afinal, o que é isso? **Einstein**. v.18, p. 1-3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/5RYNJ7cd7hsRSZhvcxgLzMk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 nov. 2021.

TEIXEIRA, Elizabeth, MOTA, Vera Maria Saboia de Souza. **Tecnologias educacionais em foco**. São Paulo, SP: Difusão; 2011.

TEIXEIRA, Elizabeth. Interfaces participativas na pesquisa metodológica para as investigações em enfermagem. **Rev. Enferm. UFSM**. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36334/pdf>. Acesso em: 29 jan. 2022.

TELEŞ, Mesut, KAYA Sidika. Staff perceptions of patient safety culture in general surgery departments in Turkey. **Afr Health Sci.**, v. 19, n.2, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31656506/>. Acesso em 14 dez. 2021.

TEREANU, C, *et al.*, Measuring Patient Safety Culture in Romania Using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). **Curr Heal Sci J.**, v. 43, n. 1, p. 31–40, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30595852/>. Acesso em 14 dez. 2021.

THE NATIONAL QUALITY FORUM. Safe Practices for Better Healthcare 2010 update. Washington: **The National Quality Forum**: 2010. Disponível em: [https://www.qualityforum.org/publications/2010/04/safe\\_practices\\_for\\_better\\_healthcare\\_%E2%80%932010\\_update.aspx](https://www.qualityforum.org/publications/2010/04/safe_practices_for_better_healthcare_%E2%80%932010_update.aspx). Acesso em: 12 jan. 2022.

TOMAZ, Thais Lozovoi. *et al.*, A simulação realística como estratégia de ensino-aprendizagem da equipe de enfermagem em um centro cirúrgico ambulatorial. **QualiHosp**. v. 1, 2019. Disponível em: <https://proceedings.science/qualihosp-2019/papers/a-simulacao-realistica-como-estrategia-de-ensino-aprendizagem-da-equipe-de-enfermagem-em-um-centro-cirurgico-ambulatoria>. Acesso em: 12 jan. 2022.

VILLAR, Vanessa Cristina Felipe Lopes, MARTINS, Mônica, Elaine Teixeira RABELLO. Incidentes e eventos adversos de segurança do paciente notificados pelos cidadãos no Brasil: estudo descritivo, 2014-2018. **Epidemiol Serv Saude**, p. 19, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/pjvGvZ7zpm8YBG5gN6QsZ7h/?lang=pt>. Acesso em: 30 nov. 2021.

WACKER, Johannes, KOLBE, Michaela, The challenge of learning from perioperative patient harm. **Trends in Anesthesia and Critical Car**. p.5-10, 2016. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S22110844016000058?token=6D302D8FBB249D346B9053773A11D324DC5931D1B5B3CA6D356120D146428452CDF8AE3749105D54AEE3A1E9AB6356CE&originRegion=us-east-1&originCreation=20211130020020>. Acesso em 29 nov. 2021.

WALTON, Merrily, Margaret. *et al.*, Patients' reports of adverse events: a data linkage study of Australian adults aged 45 years and over. **BMJ Qual Saf.**, v. 26, n. 9, p. 743-750. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28356333/>. Acesso em: 10 dez. 2021.

WEAVER, Sallie J. *et al.*, Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. **Ann Intern. Med.**, v. 158, n. 502, p.369-374, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23460092/>. Acesso em: 21 nov. 2021.

WESTBROOK, Johanna. *et al.*, Changes in medication administration error rates associated with the introduction of electronic medication systems in hospitals: a multisite controlled before and after study. **BMJ Health & Care informatics.** 2020. Disponível em: <https://informatics.bmj.com/content/bmjhci/27/3/e100170.full.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2021.

WU, Rebecca. L., AUFSES, Arthur. H. Jr. Characteristics and costs of surgical scheduling errors. **Am J Surg.** v. 204, n. 4, p.468-73, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23010615/>. Acesso em: 30 nov. 2021.

ZANETTI, Ariadne Cristina Barbosa, *et al.*, Avaliação da incidência e evitabilidade de eventos adversos em hospitais: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 41, 2020. disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/tn9rtyfy3DcBdW6W5mgTDp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 dez. 2021.

ZHANG, Ewai. *et al.*, Adverse event and error of unexpected life-threatening events within 24 hours of ED admission. **The American Journal of Emergency Medicine.**, v. 35, n. 3, p. 479-483, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S073567571630897X?via%3Dihub>. Acesso em: 12 dez. 2021.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Protocolo de Revisão de Escopo

<b>PROTOCOLO DE REVISÃO DE ESCOPO</b>			
Pesquisadora responsável: Letícia Marie Sakai			
<b>PRIMEIRA ETAPA - IDENTIFICAÇÃO DA QUESTÃO NORTEADORA</b>			
<p>QUESTÃO NORTEADORA: Quais estratégias educacionais são utilizadas para promoção da cultura de segurança do paciente no ambiente cirúrgico?</p> <p>Problema/População- ambiente cirúrgico; Conceito- ações/estratégias educacionais/tecnologias; Contexto-Segurança do paciente; “estratégia mnemônica Problema, Conceito e Contexto (PCC), indicada como útil para nortear a coleta de dados e identificar os postos-chave”</p> <p>POPULAÇÃO- Profissionais da área da saúde que atuam no centro cirúrgico e SRPA.            CONCEITO- Cultura de segurança            CONTEXTO- Segurança do paciente</p> <p>OBJETIVO- Mapear estratégias educacionais capazes de promover a cultura de segurança do paciente no ambiente cirúrgico.</p>			
<b>SEGUNDA ETAPA - BUSCA DOS ESTUDOS RELEVANTES</b>			
a) Descritores (DeCS) em português, inglês e espanhol:			
Descritor em português	Palavras chaves	Descritor em espanhol	Descritor em inglês
- Equipe de Saúde;	- Pessoal da saúde; Enfermeiro Equipe multiprofissional Equipe de atenção a saúde	- Grupo de Atención al Paciente;	- Patient Care Team;
- Cultura Organizacional; - Gestão da Segurança;	- Cultura organizacional; - Cultura; - Gerenciamento de segurança; Cultura de Segurança Gerenciamento de segurança;	-Cultura Organizacional; - Administración de la Seguridad;	-Organizational Culture; -Safety Management;
-Centros Cirúrgicos  - Sala de recuperação	- Centro Cirúrgico; - Sala de recuperação Pós Anestésica; - Enfermagem perioperatória;	-Centros Quirúrgicos; - Sala de Recuperación;	- Surgicenters; - Recovery Room;

- Equipe de Saúde;	- Pessoal da saúde; Enfermeiro Equipe multiprofissional Equipe de atenção a saúde	- Grupo de Atención al Paciente;	- Patient Care Team;
- Cultura Organizacional; - Gestão da Segurança;	- Cultura organizacional; - Cultura; - Gerenciamento de segurança; Cultura de Segurança Gerenciamento de segurança;	-Cultura Organizacional; - Administración de la Seguridad;	-Organizational Culture; -Safety Management;
-Centros Cirúrgicos; - Sala de recuperação	- Centro Cirúrgico; - Sala de recuperação Pós Anestésica; - Enfermagem perioperatória;	-Centros Quirúrgicos; - Sala de Recuperación;	- Surgicenters; - Recovery Room;

b) BASE DE DADOS: - PubMed/Medline, Scopus, Web of Science, CINAHL, LILACS e SCIELO

c) FILTROS: - Língua portuguesa, inglesa e espanhol. Artigo na íntegra, encontrados das revistas indexadas.

d) PERÍODO DE BUSCAS: - Será realizado uma avaliação dos materiais publicados nos últimos 5 anos (2016- 2022).

e) CRITÉRIOS DE INCLUSÃO – Guias, artigos originais, artigos revisão, editoriais, artigos reflexão.

g) CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO - Artigos completos indisponíveis, pagos ou duplicados, Teses e Dissertações.

### **TERCEIRA ETAPA - SELEÇÃO DOS ESTUDOS**

SELEÇÃO DOS ESTUDOS: - A partir do critério de exatidão e pertinência na coleta dos dados, inicialmente o material (na forma de resumos) será separado, no meio digital, conforme a sua natureza. O pesquisador fará uma leitura flutuante de todo o material coletado (resumos), para conferir se os materiais são condizentes com o objetivo do estudo, sendo que dos que forem pertinentes serão resgatados os textos completos para avaliação crítica.

### **QUARTA ETAPA - CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS RELEVANTES AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS:**

Será realizada uma releitura criteriosa dos materiais pré-selecionados (textos completos), sendo selecionados aqueles que atendem a todos os critérios de inclusão estabelecidos no protocolo.

b) COLETA DOS DADOS: - Os materiais selecionados (textos completos) serão organizados a partir de um instrumento e posteriormente analisados segundo seu objetivo, referencial teórico, método, resultados e conclusões.

ANÁLISE DOS DADOS: - Após a coleta e organização do material, os dados serão analisados.

## QUINTA ETAPA - SUMARIZAÇÃO

a) SUMARIZAÇÃO - Será realizado uma análise qualitativa de todos os conteúdos, o que possibilitara a criação de categorias para análise mais aprofundada das publicações, que será capaz de ilustrar de tópicos de interesse.

## SEXTA ETAPA - RELATO DOS RESULTADOS

DESCRIÇÃO: - Será realizado na forma de narrativa a partir da análise qualitativa e quantitativa dos dados coletados.

## CHAVES DE BUSCA CONFORME A BASE DE DADOS:

### BDENF

tw:("Patient Safety" OR "Safety Management" OR "Safety Culture" OR "Safety Cultures" OR "Hazard Management" OR "Hazard Control" OR "Hazard Controls" OR "Hazard Surveillance" OR "segurança do paciente" OR "Administração da Segurança" OR "Administração de Segurança" OR "Controle de Adversidades" OR "Controle de Perigos" OR "Controle do Perigo" OR "Gerenciamento de Segurança" OR "Gestão de Adversidades" OR "Gestão de Perigos" OR "Gestão de Segurança" OR "Gestão do Perigo" OR "Monitoramento de Perigos" OR "Monitoramento de Riscos" OR "Vigilância de Riscos" OR "Vigilância do Risco" OR "Vigilância dos Perigos para a Saúde" OR "Gestão da Segurança" OR "Gerenciamento de segurança" OR "seguridad del paciente" OR "Administración de la Seguridad" OR "Administración de Seguridad" OR "Administración del Peligro" OR "Control de Peligros" OR "Control del Peligro" OR "Gestión de Peligros" OR "Gestión de Seguridad" OR "Gestión de la Seguridad" OR "Gestión del Peligro" OR "Vigilancia de Riesgos" OR "Peligros para la Salud" OR "Vigilancia del Riesgo") AND tw:("Surgicenters" OR "Surgicenter" OR "Recovery Room" OR "Recovery Rooms" OR "Postanesthesia Nursing" OR "Post Anesthesia Nursing" OR "Recovery Room Nursing" OR "Post Surgical Nursing" OR "Perioperative Nursing" OR "Surgical Nursing" OR "Perianesthesia Nursing" OR "Centros Cirúrgicos" OR "Centro Cirúrgico" OR "Centro de Cirurgia" OR "Centro de Cirurgias" OR "Centros de Cirurgia" OR "Centros de Cirurgias" OR "Sala de Recuperação" OR "Enfermagem em Pós-Anestésico" OR "Enfermagem Pós-Cirúrgica" OR "Enfermagem em Sala de Recuperação" OR "Enfermagem Perioperatória" OR "Enfermagem Cirúrgica" OR "Enfermagem Pré-Operatória" OR "Centros Quirúrgicos" OR "Sala de Recuperación" OR "Enfermería Posanestésica" OR "Enfermería Perioperatoria" OR "Enfermería Quirúrgica") AND (db:("BDENF")) AND (year\_cluster:[2016 TO 2021])

### CINAHL

(TI("Patient Safety" OR "Safety Management" OR "Safety Culture" OR "Safety Cultures" OR "Hazard Management" OR "Hazard Control" OR "Hazard Controls" OR "Hazard Surveillance") AND TI("Surgicenters" OR "Surgicenter" OR "Recovery Room" OR "Recovery Rooms" OR "Postanesthesia Nursing" OR "Post Anesthesia Nursing" OR "Recovery Room Nursing" OR "Post Surgical Nursing" OR "Perioperative Nursing" OR "Surgical Nursing" OR "Perianesthesia Nursing")) OR (AB("Patient Safety" OR "Safety Management" OR "Safety Culture" OR "Safety Cultures" OR "Hazard Management" OR "Hazard Control" OR "Hazard Controls" OR "Hazard Surveillance") AND AB("Surgicenters" OR "Surgicenter" OR "Recovery Room" OR "Recovery Rooms" OR "Postanesthesia Nursing" OR "Post Anesthesia Nursing" OR "Recovery Room Nursing" OR "Post Surgical Nursing" OR "Perioperative Nursing" OR "Surgical Nursing" OR "Perianesthesia Nursing"))

)) OR (SU("Patient Safety" OR "Safety Management" OR "Safety Culture" OR "Safety Cultures" OR "Hazard Management" OR "Hazard Control" OR "Hazard Controls" OR "Hazard Surveillance") AND SU("Surgicenters" OR "Surgicenter" OR "Recovery Room" OR "Recovery Rooms" OR "Postanesthesia Nursing" OR "Post Anesthesia Nursing" OR "Recovery Room Nursing" OR "Post Surgical Nursing" OR "Perioperative Nursing" OR "Surgical Nursing" OR "Perianesthesia Nursing"))

#### **EMBASE**

patient safety'/de OR 'patient safety' OR 'safety management'/de OR 'safety management' OR 'safety culture'/de OR 'safety culture' OR 'safety cultures' OR 'hazard management' OR 'hazard control' OR 'hazard controls' OR 'hazard surveillance') AND ('surgicenters'/de OR 'surgicenters' OR 'surgicenter' OR 'recovery room'/de OR 'recovery room' OR 'recovery rooms' OR 'postanesthesia nursing'/de OR 'postanesthesia nursing' OR 'post anesthesia nursing'/de OR 'post anesthesia nursing' OR 'recovery room nursing' OR 'post surgical nursing' OR 'perioperative nursing'/de OR 'perioperative nursing' OR 'surgical nursing'/de OR 'surgical nursing' OR 'perianesthesia nursing'/de OR 'perianesthesia nursing') AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND (2016:py OR 2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py) AND ([english]/lim OR [portuguese]/lim OR [spanish]/lim)

#### **LILACS**

tw:("Patient Safety" OR "Safety Management" OR "Safety Culture" OR "Safety Cultures" OR "Hazard Management" OR "Hazard Control" OR "Hazard Controls" OR "Hazard Surveillance" OR "segurança do paciente" OR "Administração da Segurança" OR "Administração de Segurança" OR "Controle de Adversidades" OR "Controle de Perigos" OR "Controle do Perigo" OR "Gerenciamento de Segurança" OR "Gestão de Adversidades" OR "Gestão de Perigos" OR "Gestão de Segurança" OR "Gestão do Perigo" OR "Monitoramento de Perigos" OR "Monitoramento de Riscos" OR "Vigilância de Riscos" OR "Vigilância do Risco" OR "Vigilância dos Perigos para a Saúde" OR "Gestão da Segurança" OR "Gerenciamento de segurança" OR "seguridad del paciente" OR "Administración de la Seguridad" OR "Administración de Seguridad" OR "Administración del Peligro" OR "Control de Peligros" OR "Control del Peligro" OR "Gestión de Peligros" OR "Gestión de Seguridad" OR "Gestión de la Seguridad" OR "Gestión del Peligro" OR "Vigilancia de Riesgos" OR "Peligros para la Salud" OR "Vigilancia del Riesgo") AND tw:("Surgicenters" OR "Surgicenter" OR "Recovery Room" OR "Recovery Rooms" OR "Postanesthesia Nursing" OR "Post Anesthesia Nursing" OR "Recovery Room Nursing" OR "Post Surgical Nursing" OR "Perioperative Nursing" OR "Surgical Nursing" OR "Perianesthesia Nursing" OR "Centros Cirúrgicos" OR "Centro Cirúrgico" OR "Centro de Cirurgia" OR "Centro de Cirurgias" OR "Centros de Cirurgia" OR "Centros de Cirurgias" OR "Sala de Recuperação" OR "Enfermagem em Pós-Anestésico" OR "Enfermagem Pós-Cirúrgica" OR "Enfermagem em Sala de Recuperação" OR "Enfermagem Perioperatória" OR "Enfermagem Cirúrgica" OR "Enfermagem Pré-Operatória" OR "Centros Quirúrgicos" OR "Sala de Recuperación" OR "Enfermería Posanestésica" OR "Enfermería Perioperatoria" OR "Enfermería Quirúrgica") AND ( db:("LILACS")) AND (year\_cluster:[2016 TO 2021])

#### **PubMed/MEDLINE**

("Patient Safety"[MeSH Terms] OR "Patient Safety"[All Fields] OR "Safety Management"[MeSH Terms] OR "Safety Management"[All Fields] OR "Safety Culture"[All Fields] OR "Safety Cultures"[All Fields] OR "Hazard Management"[All Fields] OR "Hazard Control"[All Fields] OR "Hazard Controls"[All Fields] OR "Hazard Surveillance"[All Fields]) AND ("Surgi-

centers"[MeSH Terms] OR "Surgicenters"[All Fields] OR "Surgicenter"[All Fields] OR "Recovery Room"[MeSH Terms] OR "Recovery Room"[All Fields] OR "Recovery Rooms"[All Fields] OR "Postanesthesia Nursing"[MeSH Terms] OR "Postanesthesia Nursing"[All Fields] OR "Post Anesthesia Nursing"[All Fields] OR "Recovery Room Nursing"[All Fields] OR "Post Surgical Nursing"[All Fields] OR "Perioperative Nursing"[MeSH Terms] OR "Perioperative Nursing"[All Fields] OR "Surgical Nursing"[All Fields] OR "Perianesthesia Nursing"[All Fields])) AND (2016:2021[pdat])

### **Scopus**

TITLE-ABS-KEY ( "Patient Safety" OR "Safety Management" OR "Safety Culture" OR "Safety Cultures" OR "Hazard Management" OR "Hazard Control" OR "Hazard Controls" OR "Hazard Surveillance" ) AND TITLE-ABS-KEY ( "Surgicenters" OR "Surgicenter" OR "Recovery Room" OR "Recovery Rooms" OR "Postanesthesia Nursing" OR "Post Anesthesia Nursing" OR "Recovery Room Nursing" OR "Post Surgical Nursing" OR "Perioperative Nursing" OR "Surgical Nursing" OR "Perianesthesia Nursing" ) AND ( LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2021 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2020 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2019 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2018 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2017 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2016 ) ) AND ( LIMIT-TO ( LANGUAGE , "English" ) OR LIMIT-TO ( LANGUAGE , "Portuguese" ) OR LIMIT-TO ( LANGUAGE , "Spanish" ) ) AND ( LIMIT-TO ( OA , "all" ) )

**APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (I) para Questionário  
HSOPSC + *Brainwriting***



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM EN-  
FERMAGEM – MODALIDADE PROFISSIONAL**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
GARANTIA DE SIGILO E PRIVACIDADE (I) profissionais que atuam no cen-  
tro cirúrgico e expertise (profissional) em centro cirúrgico e simulação**

**Título do estudo:** Tecnologias educacionais: simulação clínica como apoio na disseminação da cultura de segurança no centro cirúrgico.

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: **“Tecnologias educacionais: simulação clínica como apoio na disseminação da cultura de segurança no centro cirúrgico”**. Sob responsabilidade dos pesquisadores Letícia Marie Sakai (mestranda) e da Prof. Dra. Neide da Silva Knih. O hospital que será desenvolvido o estudo é o Hospital Jaraguá, localizado em Jaraguá do Sul, Santa Catarina, especificamente na unidade do centro cirúrgico. Os participantes serão profissionais da equipe médica e de enfermagem que atuam na unidade de centro cirúrgico da referida instituição. Esta pesquisa tem como objetivo geral: apresentar simulações clínicas capazes de disseminar a cultura de segurança no ambiente cirúrgico. Objetivos específicos: Mapear estratégias capazes de promover a cultura de segurança do paciente no ambiente cirúrgico; Mensurar a cultura de segurança por meio do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS); Identificar ideias junto aos profissionais do ambiente cirúrgico capazes de auxiliar na disseminação da cultura de segurança e desenvolver e validar guias clínicas de simulação para disseminar a cultura de segurança a partir das necessidades dos profissionais que atuam no ambiente cirúrgico.

Sua participação como profissional atuante do centro cirúrgico consiste em: responder um questionário (*Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS)), o qual irá mensurar a cultura de segurança do ambiente cirúrgico, além de um encontro presencial de 30 minutos, caso desejar, o qual irá levantar ideias de como melhorar a cultura de segurança no ambiente cirúrgico. Como profissional com expertise em centro cirúrgico e simulação, sua participação consiste em: ler, avaliar as guias clínicas e sugerir mudanças nestas próprias guias.

Desta maneira, esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) visa assegurar seus direitos e esclarecer os passos da pesquisa como participante. Você tem plena liberdade de recusar-se a participar e retirar seu TCLE a qualquer momento da pesquisa sem nenhuma penalização ou coação por parte dos pesquisadores e sem prejudicar a pesquisa. Importante ressaltar que a desistência da pesquisa não trará nenhum prejuízo quanto ao relacionamento em seu trabalho, bem como no tratamento recebido pelo pesquisador em sua unidade de trabalho. Por favor, solicitamos que leia com atenção e calma.

Se houver dúvidas antes, ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Caso concorde em participar da pesquisa, o TCLE será assinado presencialmente por você e pelo pesquisador no momento do convite, sendo uma das vias entregues a você nesse momento.

Considerando que essa é uma pesquisa que envolve seres humanos, destacamos que ela atende todas as especificações da Resolução 466/2012. Ainda, salienta-se que a confidencialidade das informações é garantida em todos os momentos do desenvolvimento da pesquisa. Todavia, apesar de todos os cuidados da pesquisa, há a possibilidade, mesmo que remota, de quebra do sigilo dos dados, mesmo que de maneira involuntária e não intencional. Os dados obtidos serão armazenados pelo pesquisador responsável em uma caixa plástica, na residência da pesquisadora, local seguro e protegidos por um período de cinco anos, sendo descartados após esse tempo. Em nenhum momento você será identificado (a). Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será fornecida a terceiros. Caso deseje ter acesso às informações da pesquisa, poderá solicitar a qualquer momento. Após ao término do estudo, será apresentado os resultados aos gestores das unidades de pacientes críticos e para os profissionais que desejarem ter acesso.

Ressalta-se que sua participação nesta pesquisa será voluntária. Deste modo, você não terá nenhum ganho financeiro. Contudo, conforme a Resolução n.º 466/ 2012 nos seus itens II.7, II.21, IV.3.g e IV.3.h, fica garantido o ressarcimento para despesas previstas ou imprevistas, de qualquer natureza que possam vir a acontecer, além da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Caso tenha qualquer custo para vir ao hospital para participar da pesquisa, esses valores serão ressarcidos pelos pesquisadores. A referida pesquisa trará importantes benefícios e melhorias para práticas no cenário da cultura de segurança, através das simulações realísticas, com oportunidade de aprofundar o conhecimento e aperfeiçoar habilidades práticas.

Quanto aos riscos e desconfortos desta pesquisa, destaca-se a possibilidade de algum desconforto mental ou cansaço ao responder as questões solicitadas. Ainda, podem ser gerados momentos de estresse por lembrar-se de situações vividas no atendimento ao paciente cirúrgico. Além de surgir momentos de cansaço, mal-estar e ansiedade devido ao preenchimento do questionário. Caso ocorra qualquer uma das situações mencionadas ou qualquer dano associado ou decorrente da pesquisa à sua integridade física ou mental, diretos ou indiretos, imediatos ou tardios, ou ainda se houver necessidade de interrupção do estudo, a pesquisadora estará aberta a sanar as dúvidas existentes e lhe assegurar condições de acompanhamento, tratamento, assistência integral e orientação de maneira gratuita pelo tempo que for necessário, na forma de acompanhamento em serviços de saúde e com os profissionais que forem necessários, mesmo após o término da pesquisa.

Quanto aos benefícios, destaca-se a mensuração da cultura de segurança no ambiente cirúrgico, a qual irá apoiar gestores da instituição para desenvolver estratégias no sentido de melhorar a realidade da cultura de segurança no ambiente cirúrgico. Levantamento de ideias para disseminar a cultura de segurança e o conhecimento dos profissionais quanto a cultura de segurança.

Destaca-se que as informações publicadas serão totalmente anônimas, sendo que você poderá solicitar a qualquer momento o acesso a esses resultados, mesmo após a publicação. Você poderá solicitar acesso as informações da pesquisa a qualquer momento. Ao final da pesquisa os resultados serão apresentados a você por meio dos artigos a serem enviados a periódicos. Informo que seus dados serão mantidos sob sigilo absoluto, de posse somente do pesquisador e orientadora.

Importante ressaltar a disposição para quaisquer esclarecimentos em todo o decorrer do estudo. Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Prof. Dra. Neide da Silva Knih, (47) 9984-5053; e-mail: neide.knihs@ufsc.br; endereço: Rua Jorge Lacerda, 233. Brusque/SC; CEP: 8354210. Mestranda Letícia Marie Sakai, (47) 9968-2286; e-mail: leticiasakai@gmail.com; endereço: Rua Francisco Piermann, nº100. Jaraguá do Sul/SC; CEP: 89252500. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode

entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEPSH/UFSC) da Universidade Federal de Santa Catarina: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), Rua: Desembargador Vitor Lima, número 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC; CEP 88040-400; telefone (48) 3721-6094; e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Firmando sua participação na pesquisa, solicitamos que assine o consentimento pós-informado:

Consentimento livre e esclarecido: Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

**Nome do (a) participante:** \_\_\_\_\_

**Assinatura do participante:** \_\_\_\_\_

Enquanto pesquisador: asseguro ter cumprido as exigências da Resolução 466/2012. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante.

Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

**Nome do pesquisador responsável:** \_\_\_\_\_

**Nome do pesquisador responsável:** LETÍCIA MARIE SAKAI

**Assinatura do pesquisador responsável:** *Letícia Marie Sakai*

**Local:** JARAGUÁ DO SUL **Data:** 01/06/2022.

**APÊNDICE C - Instrumento para realização do *brainwriting***

<b>INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES</b>	
1) Idade:	2) Sexo: ( )Feminino ( )Masculino
3)Escolaridade: ( )Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo ( ) Residência ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Pós-doutorado.	
4) Categoria profissional:	
5)Tempo de atuação na unidade:	6) Tempo de trabalho na instituição:

**1º) Descreva ideias que você acha que **interferem** na cultura de segurança;**

---



---



---

**2º) Pontue ideias para **melhorar** a cultura de segurança;**

---



---



---

**3º) Descreva ideias **para você** contribuir na melhoria da cultura de segurança;**

---



---



---

**4º) Pontue ideias que de **desafios** enfrentados para **disseminar** a cultura de segurança;**

---



---



---

**5º) Descreve ideias de **tecnologia educacional** que podem ser usadas para disseminar a cultura de segurança;**

---



---



---

**6º) Descreva **ideias para disseminar** a cultura de segurança junto com a equipe cirúrgica.**

---



---



---

**APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (II) para avaliação das guias clínicas**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM – MODALIDADE PROFISSIONAL**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
GARANTIA DE SIGILO E PRIVACIDADE (I) profissionais que atuam no centro cirúrgico e expertise (profissional) em centro cirúrgico e simulação**

**Título do estudo:** Tecnologias educacionais: simulação clínica como apoio na disseminação da cultura de segurança no centro cirúrgico.

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: **“Tecnologias educacionais: simulação clínica como apoio na disseminação da cultura de segurança no centro cirúrgico”**. Sob responsabilidade dos pesquisadores Letícia Marie Sakai (mestranda) e da Prof. Dra. Neide da Silva Knih. O hospital que será desenvolvido o estudo é o Hospital Jaraguá, localizado em Jaraguá do Sul, Santa Catarina, especificamente na unidade do centro cirúrgico. Os participantes serão profissionais da equipe médica e de enfermagem que atuam na unidade de centro cirúrgico da referida instituição. Esta pesquisa tem como objetivo geral: apresentar simulações clínicas capazes de disseminar a cultura de segurança no ambiente cirúrgico. Objetivos específicos: Mapear estratégias capazes de promover a cultura de segurança do paciente no ambiente cirúrgico; Mensurar a cultura de segurança por meio do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS)*; Identificar ideias junto aos profissionais do ambiente cirúrgico capazes de auxiliar na disseminação da cultura de segurança e desenvolver e validar guias clínicas de simulação para disseminar a cultura de segurança a partir das necessidades dos profissionais que atuam no ambiente cirúrgico.

Sua participação como profissional com expertise em ambiente cirúrgico e simulação consiste em: avaliar a guias clínicas, contribuir com sugestões de acréscimo de informações, retirada de informações e ou promover melhorias em toda a escrita e contexto da guia clínica. Ainda, se desejar poderá enviar para outro colega (com expertise nas temáticas) continuar com a complementação das informações.

Desta maneira, esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) visa assegurar seus direitos e esclarecer os passos da pesquisa como participante. Você tem plena liberdade de recusar-se a participar e retirar seu TCLE a qualquer momento da pesquisa sem nenhuma penalização ou coação por parte dos pesquisadores e sem prejudicar a pesquisa. Importante ressaltar que a desistência da pesquisa não trará nenhum prejuízo quanto ao relacionamento em seu trabalho, bem como no tratamento recebido pelo pesquisador em sua unidade de trabalho. Por favor, solicitamos que leia com atenção e calma.

Se houver dúvidas antes, ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Caso concorde em participar da pesquisa, o TCLE será assinado presencialmente por você e pelo pesquisador no momento do convite, sendo uma das vias entregues a você nesse momento.

Considerando que essa é uma pesquisa que envolve seres humanos, destacamos que ela

atende todas as especificações da Resolução 466/2012. Ainda, salienta-se que a confidencialidade das informações é garantida em todos os momentos do desenvolvimento da pesquisa. Todavia, apesar de todos os cuidados da pesquisa, há a possibilidade, mesmo que remota, de quebra do sigilo dos dados, mesmo que de maneira involuntária e não intencional. Os dados obtidos serão armazenados pelo pesquisador responsável em uma caixa plástica, na residência da pesquisadora, local seguro e protegidos por um período de cinco anos, sendo descartados após esse tempo. Em nenhum momento você será identificado (a). Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será fornecida a terceiros. Caso deseje ter acesso às informações da pesquisa, poderá solicitar a qualquer momento. Após ao término do estudo, será apresentado os resultados aos gestores das unidades de pacientes críticos e para os profissionais que desejarem ter acesso.

Ressalta-se que sua participação nesta pesquisa será voluntária. Deste modo, você não terá nenhum ganho financeiro. Contudo, conforme a Resolução n.º 466/ 2012 nos seus itens II.7, II.21, IV.3.g e IV.3.h, fica garantido o ressarcimento para despesas previstas ou imprevistas, de qualquer natureza que possam vir a acontecer, além da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Caso tenha qualquer custo para vir ao hospital para participar da pesquisa, esses valores serão ressarcidos pelos pesquisadores. A referida pesquisa trará importantes benefícios e melhorias para práticas no cenário da cultura de segurança, através das simulações realísticas, com oportunidade de aprofundar o conhecimento e aperfeiçoar habilidades práticas.

Quanto aos riscos e desconfortos desta pesquisa, destaca-se a possibilidade de algum desconforto mental ou cansaço ao responder as questões solicitadas. Ainda, podem ser gerados momentos de estresse por lembrar-se de situações vividas no atendimento ao paciente cirúrgico. Além de surgir momentos de cansaço, mal-estar e ansiedade devido ao preenchimento do questionário. Caso ocorra qualquer uma das situações mencionadas ou qualquer dano associado ou decorrente da pesquisa à sua integridade física ou mental, diretos ou indiretos, imediatos ou tardios, ou ainda se houver necessidade de interrupção do estudo, a pesquisadora estará aberta a sanar as dúvidas existentes e lhe assegurar condições de acompanhamento, tratamento, assistência integral e orientação de maneira gratuita pelo tempo que for necessário, na forma de acompanhamento em serviços de saúde e com os profissionais que forem necessários, mesmo após o término da pesquisa.

Quanto aos benefícios, destaca-se a mensuração da cultura de segurança no ambiente cirúrgico, a qual irá apoiar gestores da instituição para desenvolver estratégias no sentido de melhorar a realidade da cultura de segurança no ambiente cirúrgico. Levantamento de ideias para disseminar a cultura de segurança e o conhecimento dos profissionais quanto a cultura de segurança.

Destaca-se que as informações publicadas serão totalmente anônimas, sendo que você poderá solicitar a qualquer momento o acesso a esses resultados, mesmo após a publicação. Você poderá solicitar acesso as informações da pesquisa a qualquer momento. Ao final da pesquisa os resultados serão apresentados a você por meio dos artigos a serem enviados a periódicos. Informo que seus dados serão mantidos sob sigilo absoluto, de posse somente do pesquisador e orientadora.

Importante ressaltar a disposição para quaisquer esclarecimentos em todo o decorrer do estudo. Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Prof. Dra. Neide da Silva Knihs, (47) 9984-5053; e-mail: [neide.knihs@ufsc.br](mailto:neide.knihs@ufsc.br); endereço: Rua Jorge Lacerda, 233. Brusque/SC; CEP: 8354210. Mestranda Letícia Marie Sakai, (47) 9968-2286; e-mail: [leticiasakai@gmail.com](mailto:leticiasakai@gmail.com); endereço: Rua Francisco Piermann, nº100. Jaraguá do Sul/SC; CEP: 89252500. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEPSH/UFSC) da Universidade Federal de Santa Catarina: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), Rua:

Desembargador Vitor Lima, número 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC; CEP 88040-400; telefone (48) 3721-6094; e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br. O CEPESH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Firmando sua participação na pesquisa, solicitamos que assine o consentimento pós-informado:

Consentimento livre e esclarecido: Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do (a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Enquanto pesquisador: asseguro ter cumprido as exigências da Resolução 466/2012.

Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante.

Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Nome do pesquisador responsável: Neide da Silva Kihs

Assinatura do pesquisador responsável:



Documento assinado digitalmente

NEIDE DA SILVA KNIHS

Data: 19/12/2022 17:10:26-0300

CPF: \*\*\*.279.499.\*\*

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Local: Florianópolis Data: \_19/\_12/\_2022.

### APÊNDICE E - Quadro avaliativo para encomenda 1

Quadro com a apresentação de cada item para ser preenchido. ENCOMENDA 1

#### Opções de escore a serem pontuador:

1. Manter o item (assinale 01)
2. Manter com modificações (assinale 02)
3. Excluir o item (assinale 03)
4. Acrescentar item (assinale 04)

Item avaliado	Escore pontuado	Justificativa de mudança do item e ou justificativa de acréscimo de item	Mudança sugerida e ou acréscimo de item sugerido (poderá ser feito dentro da própria guia clínica com a cor vermelha ou neste espaço)
1.Tema/Conteúdo a ser abordado			
2. Objetivos de aprendizagem			
2.1 Habilidades a serem desenvolvidas pelos profissionais da equipe envolvidos			
3.Tipo de simulação			
4. Paciente			
5.Caso clínico			
6.Doença/Situação-problema a ser explorada.			
7.Procedimentos (se houverem)			
8.Distratores			
9. Cenário de prática - Local/refêrencia de local em que será realizado o atendimento/procedimento			
10. Problemas de comunicação com pacientes e familiares			
11. Conflitos éticos e jurídicos			

Quadro avaliativo para encomenda 1 (continuação)

Item avaliado	Escore pontuado	Justificativa de mudança do item e ou justificativa de acréscimo de item	Mudança sugerida e ou acréscimo de item sugerido (poderá ser feito dentro da própria guia clínica com a cor vermelha ou neste espaço)
12. Nível estimado de dificuldade (fácil, médio ou difícil)			
13. Informações complementares - inserir outras informações utilizadas na construção da estação.			
<b>Avaliação da estação completa</b>			
1. Instrução para o participante-cenário de atuação			
2. Instrução para o cenário- descrição do cenário			
3. Recurso para o participante			
4. Orientações para a atriz			
5. Orientações e informações ao examinador/avaliador			
6. Informações para o (a) examinador (a)			
7. Fluxograma da estação			
8. Checklist do (a) examinador (a)			
9. Anexos			

### APÊNDICE F - Quadro avaliativo para encomenda 2

Quadro com a apresentação de cada item para ser preenchido. ENCOMENDA 2

#### Opções de escore a serem pontuador:

1. Manter o item (assinale 01)
2. Manter com modificações (assinale 02)
3. Excluir o item (assinale 03)
4. Acrescentar item (assinale 04)

Item avaliado	Escore pontuado	Justificativa de mudança do item e ou justificativa de acréscimo de item	Mudança sugerida e ou acréscimo de item sugerido (poderá ser feito dentro da própria guia clínica com a cor vermelha ou neste espaço)
1.Tema/Conteúdo a ser abordado			
2. Objetivos de aprendizagem			
2.1 Habilidades a serem desenvolvidas pelos profissionais da equipe envolvidos			
3.Tipo de simulação			
4.Paciente			
5.Caso clínico			
6.Doença/Situação-problema a ser explorada.			
7.Procedimentos (se houverem)			
8. Distratores			
9.Cenário de prática - Local/refêrencia de local em que será realizado o atendimento/procedimento			
10. Problemas de comunicação com pacientes e familiares			
11. Conflitos éticos e jurídicos			

**Quadro avaliativo para encomenda 2 (continuação)**

<b>Item avaliado</b>	<b>Escore pontuado</b>	<b>Justificativa de mudança do item e ou justificativa de acréscimo de item</b>	<b>Mudança sugerida e ou acréscimo de item sugerido (poderá ser feito dentro da própria guia clínica com a cor vermelha ou neste espaço)</b>
12. Nível estimado de dificuldade (fácil, médio ou difícil)			
13. Informações complementares - inserir outras informações utilizadas na construção da estação.			
<b>Avaliação da estação completa</b>			
1. Instrução para o participante-cenário de atuação			
2. Instrução para o cenário- descrição do cenário			
3. Recurso para o participante			
4. Orientações para a atriz			
5. Orientações e informações ao examinador/avaliador			
6. Informações para o (a) examinador (a)			
7. Fluxograma da estação			
8. <i>Checklist</i> do (a) examinador (a)			
9. Anexos			

## APÊNDICE G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (III) para participação da simulação



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM EN-  
FERMAGEM – MODALIDADE PROFISSIONAL

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GARANTIA DE SIGILO E PRIVACIDADE (III) profissionais do centro cirúr- gico que irão participar da simulação

**Título do estudo:** Tecnologias educacionais: simulação clínica como apoio na disseminação da cultura de segurança no centro cirúrgico.

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: **“Tecnologias educacionais: simulação clínica como apoio na disseminação da cultura de segurança no centro cirúrgico”**. Sob responsabilidade dos pesquisadores Letícia Marie Sakai (mestranda) e da Prof. Dra. Neide da Silva Knih. O hospital que será desenvolvido o estudo é o Hospital Jaraguá, localizado em Jaraguá do Sul, Santa Catarina, especificamente na unidade do centro cirúrgico. Os participantes serão profissionais da equipe médica e de enfermagem que atuam na unidade de centro cirúrgico da referida instituição. Esta pesquisa tem como objetivo geral: apresentar simulações clínicas capazes de disseminar a cultura de segurança no ambiente cirúrgico. Objetivos específicos: Mapear estratégias capazes de promover a cultura de segurança do paciente no ambiente cirúrgico; Mensurar a cultura de segurança por meio do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS); Identificar ideias junto aos profissionais do ambiente cirúrgico capazes de auxiliar na disseminação da cultura de segurança e desenvolver e validar guias clínicas de simulação para disseminar a cultura de segurança a partir das necessidades dos profissionais que atuam no ambiente cirúrgico.

Sua participação como profissional atuante do centro cirúrgico consiste em: desenvolver a etapa do teste piloto, a qual consiste no desenvolvimento da simulação, que terá uma duração de aproximadamente 40 minutos (10min. para a simulação, 20min. para o *debriefing* e 10min para a avaliação da simulação). Durante a atividade de simulação você será um membro ativo nesta atividade. Essa atividade será gravada e filmada. Assim, faz-se necessário sua concordância para o registro de voz e imagem. Outra participação sua será na realização do *debriefing*, onde os participantes irão assistir a cena junto com o pesquisador identificando os pontos a serem melhorados. Salientamos que após ao *debriefing*, a filmagem será apagada. Para finalizar sua participação, você irá responder um questionário, o qual avalia e mede a aprendizagem desenvolvida na simulação, bem como abre para você fazer sugestões de melhorias na simulação.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) visa assegurar seus direitos e esclarecer os passos da pesquisa como participante. Você tem plena liberdade de recusar-se a participar e retirar seu TCLE a qualquer momento da pesquisa sem nenhuma penalização ou coação por parte dos pesquisadores e sem prejudicar a pesquisa. Importante ressaltar que a desistência da pesquisa não trará nenhum prejuízo quanto ao relacionamento em seu trabalho,

bem como no tratamento recebido pelo pesquisador em sua unidade de trabalho. Por favor, solicitamos que leia com atenção e calma.

Se houver dúvidas antes, ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Caso concorde em participar da pesquisa, o TCLE será assinado presencialmente por você e pelo pesquisador no momento do convite, sendo uma das vias entregues a você nesse momento.

Considerando que essa é uma pesquisa que envolve seres humanos, destacamos que ela atende todas as especificações da Resolução 466/2012. Ainda, salienta-se que a confidencialidade das informações é garantida em todos os momentos do desenvolvimento da pesquisa. Todavia, apesar de todos os cuidados da pesquisa, há a possibilidade, mesmo que remota, de quebra do sigilo dos dados, mesmo que de maneira involuntária e não intencional. Os dados obtidos na avaliação da simulação, serão armazenados pelo pesquisador responsável em uma caixa plástica, na residência da pesquisadora, local seguro e protegidos por um período de cinco anos, sendo descartados após esse tempo. Em nenhum momento você será identificado (a). Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será fornecida a terceiros. Caso deseje ter acesso às informações da pesquisa, poderá solicitar a qualquer momento. Após ao término do estudo, será apresentado os resultados aos gestores das unidades de pacientes críticos e para os profissionais que desejarem ter acesso.

Ressalta-se que sua participação nesta pesquisa será voluntária. Deste modo, você não terá nenhum ganho financeiro. Contudo, conforme a Resolução n.º 466/ 2012 nos seus itens II.7, II.21, IV.3.g e IV.3.h, fica garantido o ressarcimento para despesas previstas ou imprevistas, de qualquer natureza que possam vir a acontecer, além da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Caso tenha qualquer custo para vir ao hospital para participar da pesquisa, esses valores serão ressarcidos pelos pesquisadores. A referida pesquisa trará importantes benefícios e melhorias para práticas no cenário da cultura de segurança, através das simulações realísticas, com oportunidade de aprofundar o conhecimento e aperfeiçoar habilidades práticas.

Quanto aos riscos e desconfortos desta pesquisa, destaca-se a possibilidade de algum desconforto mental, cansaço, constrangimento e insegurança ao participar como membro ativo na simulação. Ainda, podem ser gerado momentos de estresse por lembrar-se de situações vividas no atendimento ao paciente cirúrgico, haja vista que essas simulações podem estar relacionadas com atendimento ao paciente. Caso ocorra qualquer uma das situações mencionadas ou qualquer dano associado ou decorrente da pesquisa à sua integridade física ou mental, diretos ou indiretos, imediatos ou tardios, ou ainda se houver necessidade de interrupção do estudo, a pesquisadora estará aberta a sanar as dúvidas existentes e lhe assegurar condições de acompanhamento, tratamento, assistência integral e orientação de maneira gratuita pelo tempo que for necessário, na forma de acompanhamento em serviços de saúde e com os profissionais que forem necessários, mesmo após o término da pesquisa.

Quanto aos benefícios, destaca-se que a simulação oportuniza inovação, avanços, aprendizado, aprimoramento das competências da equipe cirúrgica em especial na cultura de segurança e segurança do paciente. Além de incorporar informações didáticas e promover habilidades.

Destaca-se que as informações publicadas serão totalmente anônimas, sendo que você poderá solicitar a qualquer momento o acesso a esses resultados, mesmo após a publicação. Você poderá solicitar acesso as informações da pesquisa a qualquer momento. Ao final da pesquisa os resultados serão apresentados a você por meio dos artigos a serem enviados a periódicos. Informo que seus dados serão mantidos sob sigilo absoluto, de posse somente do pesquisador e orientadora. Quanto a gravação da cena, essas serão excluídas/deletadas logo após ao *debriefing*

Importante ressaltar a disposição para quaisquer esclarecimentos em todo o decorrer do estudo. Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Prof. Dra. Neide da Silva Knihs, (47) 9984-5053; e-mail: neide.knihs@ufsc.br; endereço: Rua Jorge Lacerda, 233. Brusque/SC; CEP: 8354210. Mestranda Letícia Marie Sakai, (47) 9968-2286; e-mail: leticiasakai@gmail.com; endereço: Rua Francisco Piermann, nº100. Jaraguá do Sul/SC; CEP: 89252500. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEPSH/UFSC) da Universidade Federal de Santa Catarina: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), Rua: Desembargador Vitor Lima, número 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC; CEP 88040-400; telefone (48) 3721-6094; e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Firmando sua participação na pesquisa, solicitamos que assine o consentimento pós-informado:

Consentimento livre e esclarecido: Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

**Nome do (a) participante:** \_\_\_\_\_

**Assinatura do participante:** \_\_\_\_\_

Enquanto pesquisador: asseguro ter cumprido as exigências da Resolução 466/2012. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante.

Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

**Nome do pesquisador responsável:** LETÍCIA MARIE SAKAI

**Assinatura do pesquisador responsável:**

*Letícia Marie Sakai*

**Local:** JARAGUÁ DO SUL **Data:** 01/02/2023.

**APÊNDICE H - Guias clínicas 1ª versão**  
**INFORMAÇÕES SOBRE A ENCOMENDA 1**

**DIMENSÃO: 9 - Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares**

**ÁREA: CIRÚRGICA**

**TEMA: TRABALHO EM EQUIPE NA ORGANIZAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DA PACIENTE DA SALA CIRÚRGICA PARA A SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (SRPA)**

**1. TEMA/CONTEÚDO A SER ABORDADO:**

Tema: Trabalho em equipe na organização e transferência da paciente da sala cirúrgica para a SRPA.

**2. OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM:**

Desenvolver uma simulação clínica capaz de treinar as habilidades para o trabalho em equipe na organização e transferência da paciente da sala cirúrgica para a Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA).

**2.1 HABILIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE ENVOLVIDOS:**

- Capaz de desenvolver o trabalho em equipe para a transferência da paciente da sala cirúrgica para a SRPA;
- Capaz de pôr em prática o respeito, empatia, harmonia e humanização entre a equipe na transferência da paciente da sala operatório para a SRPA;
- Capaz de organizar a conferência dos materiais e instrumentais, no término da cirurgia;
- Capaz de organizar a sala cirúrgica antes a transferência do paciente;
- Capaz de organizar todos os dispositivos e documentos burocráticos para a transferência da paciente;
- Capaz de atender as necessidades de saúde da paciente durante a organização da transferência;
- Capaz de lidar com situações adversas na organização da sala cirúrgica e processo de contagem cirúrgica.

**3. TIPO DE SIMULAÇÃO (cênica, híbrida, baixa/média e alta complexidade)**

Simulação cênica de baixa fidelidade

**4. PACIENTE (sexo e faixa etária do paciente):**

Paciente do sexo feminino com faixa etária de 35 anos.

**5. CASO CLÍNICO**

Paciente Júlia Silva, sexo feminino, 35 anos, está na sala cirúrgica nº 06, realizou cesariana de gemelares (recém-nascido 1: sexo feminino e recém-nascido 2: sexo masculino), procedimento ocorreu sem intercorrências. Seu acompanhante e os recém nascidos encontram-se na SRPA. A paciente encontra-se na sala cirúrgica, lúcida, orientada e comunicativa, aguarda a finalização do curativo para ser encaminhada a SRPA.

**6. DOENÇA/SITUAÇÃO-PROBLEMA A SER EXPLORADA**

Cesária

**7. PROCEDIMENTOS (se houverem)**

- Conferência de todos os materiais para organização e liberação da paciente para a SRPA;
- Organização da sala cirúrgica;
- Realizar comunicação clara e efetiva entre a equipe durante a organização da transferência da paciente.

**8. DISTRATORES**

- No momento da contagem cirúrgica, identificam a falta de uma pinça e uma compressa faltando.
- Há dentro da sala som ligado, o que atrapalha a conversa da equipe.
- A equipe cirúrgica está com pressa para finalizar a transferência da paciente.

**9. CENÁRIO DE PRÁTICA - Local/referência de local em que será realizado o atendimento/procedimento.**

- Sala cirúrgica 06.

**10. PROBLEMAS DE COMUNICAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES**

- A enfermeira chega estressada e agitada tentando agilizar a transferência.
- A equipe cirúrgica está com pressa, haja vista que terá outro procedimento nesta mesma sala de cirurgia em seguida.

**11. CONFLITOS ÉTICOS E JURÍDICOS**

Não se aplica.

**12. Situação interprofissional envolvida (competências comuns e colaborativas)**

- Comunicação interprofissional;
- Atenção concentrada;
- Resolução de conflito;
- Trabalho em equipe;
- Tomada de decisão rápida.

**13. Nível estimado de dificuldade (fácil, médio ou difícil):**

Médio

**14. Informações complementares - inserir outras informações utilizadas na construção da estação**

Nesse cenário teremos a médica residente da obstetrícia que ficou para finalizar o curativo e exular na transferência. Ainda, há uma instrumentador cirúrgica, uma circulante de sala, mais uma técnica de enfermagem que é chamada para agilizar a organização da sala, em razão de logo haver outro procedimento nesta mesma sala. Ainda, haverá uma enfermeira que será a atriz, a qual tem o papel de trabalhar com os problemas de comunicação e com os detratores.

## ENTREGA DAS ESTAÇÕES SIMULADAS

**ÁREA: CIRÚRGICA**

**TEMA: TRABALHO EM EQUIPE NA ORGANIZAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DA PACIENTE DA SALA CIRÚRGICA PARA A SRPA**

### 1- INSTRUÇÃO PARA O PARTICIPANTE

#### CENÁRIO DE ATUAÇÃO

13:20 – Vocês (médica residente, técnicos de enfermagem e enfermeira) estão finalizando a cesárea da paciente Júlia Silva, sexo feminino, 35 anos. Neste momento vocês estão na sala cirúrgica nº 06 com a paciente, o residente tirando os campos cirúrgicos, a instrumentadora virada de costas para a paciente e de frente a sua mesa cirúrgica, realizando a contagem dos instrumentais e materiais. O circulante está organizando os papéis para a transferência da paciente e o segundo circulante quando entrar na cena, irá auxiliar guardando os medicamentos não utilizados na maleta para devolução na farmácia. A enfermeira não está na sala cirúrgica, ela está no corredor, mas vem até a sala e informa a todos que precisam agilizar na limpeza e troca da sala. A equipe fica ciente que precisam organizar a transferência da paciente para a SRPA o mais breve possível, pois haverá mais cirurgias nesta sala.

**Nos próximos 10 minutos, deverão ser realizado as seguintes tarefas:**

- 1- A equipe deverá ser capaz de organizar a transferência do paciente;
- 3- A equipe deverá atender as necessidades de saúde da paciente;
- 2- A instrumentador deverá contar seus instrumentais e materiais na mesa cirúrgica e identificar a falta de uma pinça e uma compressa;
- 4- A equipe deverá tomar decisão de quais ações vão realizar frente a situação passada pela instrumentadora;
- 5- A equipe ainda deverá certificar-se de que todos os materiais foram conferidos;
- 6 – A equipe deverá lidar com o conflito gerado pela falta do material e com a pressa da enfermeira para liberar a paciente da sala cirúrgica para a SRPA.

### 2- INSTRUÇÃO PARA O CENÁRIO

#### DESCRIÇÃO DO CENÁRIO

Sala cirúrgica, paciente encontra-se na mesa cirúrgica em finalização da atividade operatória. Manequim de baixa fidelidade para representar a paciente; Equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico (CC) representará os técnicos e enfermeiros da cena; Residentes de ginecologia e obstetrícia interpretarão a residentes da cena;

**Mobiliário:** mesa cirúrgica (01), mesa de apoio (01), carrinho de anestesia (01), foco cirúrgico (02), mesa de inox (02), mesa de apoio (01), suporte de soro (02), berço aquecido (01), mesa para o recém-nascido (01), cadeira (01).

**Equipamentos:** monitor multiparâmetros (01), cabo para monitorização cardíaca (01) cabo para oxímetro adulto (01), cabo para pressão não invasiva (01), celular (01), computador (01);

**Materiais:** boneco caixa de instrumentais cirúrgico para cesariana (01), campos cirúrgicos (05), hamper (01), lixeiro (02), compressas (04), lençol (02), prendedores de campo cirúrgico (02), camisola (01), toucas (06), roupas privativas (06), máscaras descartáveis (06), propé (12), maleta de medicamentos (01), maleta de materiais (01), caixa para instrumentais sujos (01),

caixa para instrumentais limpos (01), equipo macrogotas (01), polifix (01), rolo de micropore (01), soro ringer 500ml (01), prancheta (01), pinça kelly (01), pacote de gazes (01).

**Documentações de apoio:** prescrição médica para o setor de internação (01), prescrição médica para a SRPA (01) e boletim anestésico (01), carteirinha da gestante (01), ficha de internação (01), checklist de cirurgia segura (01), mapa cirúrgico.

**Adereço:** pulseira de identificação para o paciente (01).

### 3- RECURSO PARA O PARTICIPANTE

- Roupa privativa do centro cirúrgico;
- Touca;
- Propé;
- Máscara descartável;
- Prontuário médico;
- Prescrição médica para o setor de internação;
- Prescrição médica para a SRPA;
- Boletim anestésico;
- Carteirinha da gestante;
- Ficha de internação;

### RECURSOS PARA A ATRIZ

Será necessário para a atriz simulada: roupa privativa do centro cirúrgico, touca e máscara descartável. A mesma poderá utilizar seu calçado pessoal com os propés. Ela estará fora da sala onde acontecerá a cena principal e só entrará dois minutos após a cena iniciar, neste ambiente a equipe cirúrgica está finalizando o atendimento de uma cesariana. Você estará com uma prancheta e o mapa cirúrgico nela. Você estará ansiosa, estressada e agitada tentando agilizar tudo. Suas falas serão rápidas e objetivas, pois você quer que eles iniciem outra cirurgia nesta mesa sala.

### Checklist de montagem

#### Montagem da sala cirúrgica nº 06:

- 01 carrinho de anestesia;
- 01 cadeira;
- 01 mesa cirúrgica;
- 01 mesa de apoio;
- 02 suportes de soro;
- 02 focos cirúrgicos;
- 02 mesas de inox;
- 01 mesa de apoio;
- 01 berço aquecido;
- 01 mesa para o recém-nascido;
- 01 monitor multiparâmetros;
- 01 cabo para monitorização cardíaca;
- 01 cabo para oxímetro adulto;
- 01 cabo para pressão não invasiva;
- 01 celular;
- 01 computador;
- 01 caixa de instrumentais cirúrgicos para cesariana;

- 05 campos cirúrgicos;
- 01 hamper;
- 02 lixeiros;
- 04 compressas;
- 02 lençóis;
- 02 prendedores de campo cirúrgico;
- 01 camisola;
- 06 toucas;
- 06 máscaras descartáveis;
- 06 roupas privativas;
- 01 maleta de medicamentos;
- 01 maleta de materiais;
- 01 caixa para instrumentais sujos;
- 01 caixa para instrumentais limpos;
- 01 pinça kelly;
- 01 pacote de gazes;
- 01 equipo macrogotas;
- 01 polifix;
- 01 rolo de micropore;
- 01 soro ringer 500ml;
- 01 prancheta;
- 01 prescrição médica para o setor de internação;
- 01 prescrição médica para a SRPA;
- 01 boletim anestésico;
- 01 carteirinha da gestante;
- 01 ficha de internação;
- 01 checklist de cirurgia segura;
- 01 mapa cirúrgico.

### **Preparo**

Primeiramente deve-se posicionar o carrinho de anestesia e a cadeira do anestesista nos fundos da suporta sala cirúrgica. Em cima do carrinho de anestesia deverá ser instalado o monitor multiparâmetros com os cabos (oxímetro, pressão não invasiva e cardíaca).

Na mesa de apoio deverá ser colocado o computador e o celular com música em volume médio a alto. As documentações de apoio ficarão próximas a este celular.

Ainda nesta mesa deve-se colocar a maleta de medicamentos e de materiais.

Na sequência deverá ser posicionada a mesa cirúrgica alinhada ao carrinho de anestesia (na qual a parte superior da mesa, fica próxima ao carrinho de anestesia, simulando que a cabeça da paciente ficará perto do suposto anestesista). Os focos cirúrgicos ficarão direcionados para a mesa cirúrgica, localizada na parte medial. Os suportes de soro ficarão na parte superior dos braços para a montagem da barraca e a manequim deitada em decúbito dorsal.

O berço aquecido ficará no lado oposto ao carrinho de anestesia e ao seu lado a mesa para o recém-nascido. As mesas de inox ficarão na parte inferior da mesa cirúrgica, com campos cirúrgicos e os instrumentais dispostos como na instrumentação para cesariana. Os campos cirúrgicos cobrirão a manequim, deixando exposto apenas a parte inferior do abdômen, local onde supostamente foi realizado a cesariana. O hamper estará posicionado próximo a porta e nele deverá ser colocado uma pinça kelly com uma gaze no fundo do mesmo, depois será coberto com outros campos supostamente utilizados na cirurgia. A porta da sala deverá estar fechada para o início da cena.

#### 4- ORIENTAÇÕES PARA A ATRIZ

- Você será a enfermeira do CC/atriz. Lembre-se a cena inicia com a finalização do procedimento da cesária, ou seja, no momento em que a cena inicia, a paciente está bem e com o curativo feito. Só falta retirar os campos e iniciar a organização do ambiente cirúrgico e a transferência para a SRPA.

- Você vai entrar na cena dois minutos após a equipe iniciar o atendimento. Já estarão dentro da sala uma médica residente, uma instrumentadora cirúrgica e uma circulante de sala. Você vai abrir a porta com força, estará agitada e agressiva e falará para a equipe: -Pessoal, temos que agilizar esta sala, preciso liberar para a próxima cesariana!! Vou pedir para alguém ajudar vocês na limpeza da sala. Fecha a porta.

- Em seguida entra a técnica de enfermagem que foi chamada para auxiliar na limpeza e organização da sala. Você abre novamente a porta e entra na sala de cirurgia, começa a guardar os medicamentos (mais atrapalha do que ajuda) e fica falando em voz alta: -bora pessoal, vamos lá, precisamos liberar a sala!! precisamos liberar a sala!!

- A instrumentadora está contata as pinças e de repente percebe que falta uma pinça e uma gaze. A instrumentadora fala em voz mediana: está faltando uma gaze e uma kelly. Você escuta e aguarda um tempo até alguém se pronunciar, caso ninguém se pronuncie ela começa a falar: -Cadê a pinça, cadê a pinça, e a gaze, como assim falta uma gaze!!! Enquanto fala, movimentará os campos cirúrgicos retirando as coisas, bagunça as pinças e aguarda a equipe responder. Você os deixará agirem. Caso lhe perguntem algo, você poderá responder, mas sempre com tom de pressa e agressividade. Se a equipe demorar para se pronunciar você fala: -vamos lá pessoal, cadê, cadê???

- Caso a instrumentadora não sinalize a falta da pinça e da gaze, você pode se aproximar da mesa de instrumentais, contar visualmente os itens e identificar a falta. E você falará: -Cadê a pinça, cadê a pinça, e a gaze, como assim falta uma gaze!!! Enquanto fala, movimentará os campos cirúrgicos retirando as coisas, bagunça as pinças e aguarda a equipe responder.

- A pinça e a gaze estarão juntas caixa dentro do hamper, que estará com outros campos jogados dentro dele. Caso algum deles encontre a pinça e a gaze, a cena será finalizada. Caso não achem durante os nove minutos da cena, você poderá pegar a pinça e a gaze do hamper e no décimo minuto a cena será finalizada.

#### 5- ORIENTAÇÕES E INFORMAÇÕES AO EXAMINADOR/AVALIADOR

##### Categoria do caso

A cena deve acontecer conforme a realidade vivenciada na instituição. Trata-se da finalização de uma cesariana na sala cirúrgica com organização para a transferência do paciente para a SRPA.

##### Cenário de atendimento

- Sala de cirurgia nº 06.

##### Recursos

- Impresso 1 – Descrição do caso para os participantes;
- Impresso 2 – Prescrição médica para o setor de internação;
- Impresso 3 – Prescrição médica para a SRPA;
- Impresso 4 – Boletim anestésico;
- Impresso 5 – Carteirinha da gestante;
- Impresso 6 – Ficha de internação;
- Impresso 7 – Checklist de cirurgia segura;

- Impresso 8 – Mapa cirúrgico;
- Impresso 9 – Pulseira de identificação da paciente.

### **Finalidade do caso e breve descrição**

A cena consiste no término de uma cesariana e organização dos documentos e cuidados assistenciais para a transferência da paciente entre a sala cirúrgica e as SRPA. Para a cena acontecer a equipe deve trabalhar com uma situação adversa encontrada no final do atendimento. Devem desenvolver o raciocínio rápido e o trabalho em equipe.

## **6- INFORMAÇÕES PARA O (A) EXAMINADOR (A)**

### **Os participantes deverão ser capazes de:**

- Realizar a organização dos documentos e materiais para a transferência da paciente;
- Atender as necessidades da paciente durante a organização da transferência;
- Tomar decisões frente as situações estressoras da cena;
- Lidar com situação estressora de comportamento e atitudes dos profissionais envolvidos na cena;
- Capaz de trabalhar em equipe para encontrar o melhor desfecho na cena considerando a não identificação dos materiais já mencionados;

### **Informações sobre o caso e condutas a serem tomadas**

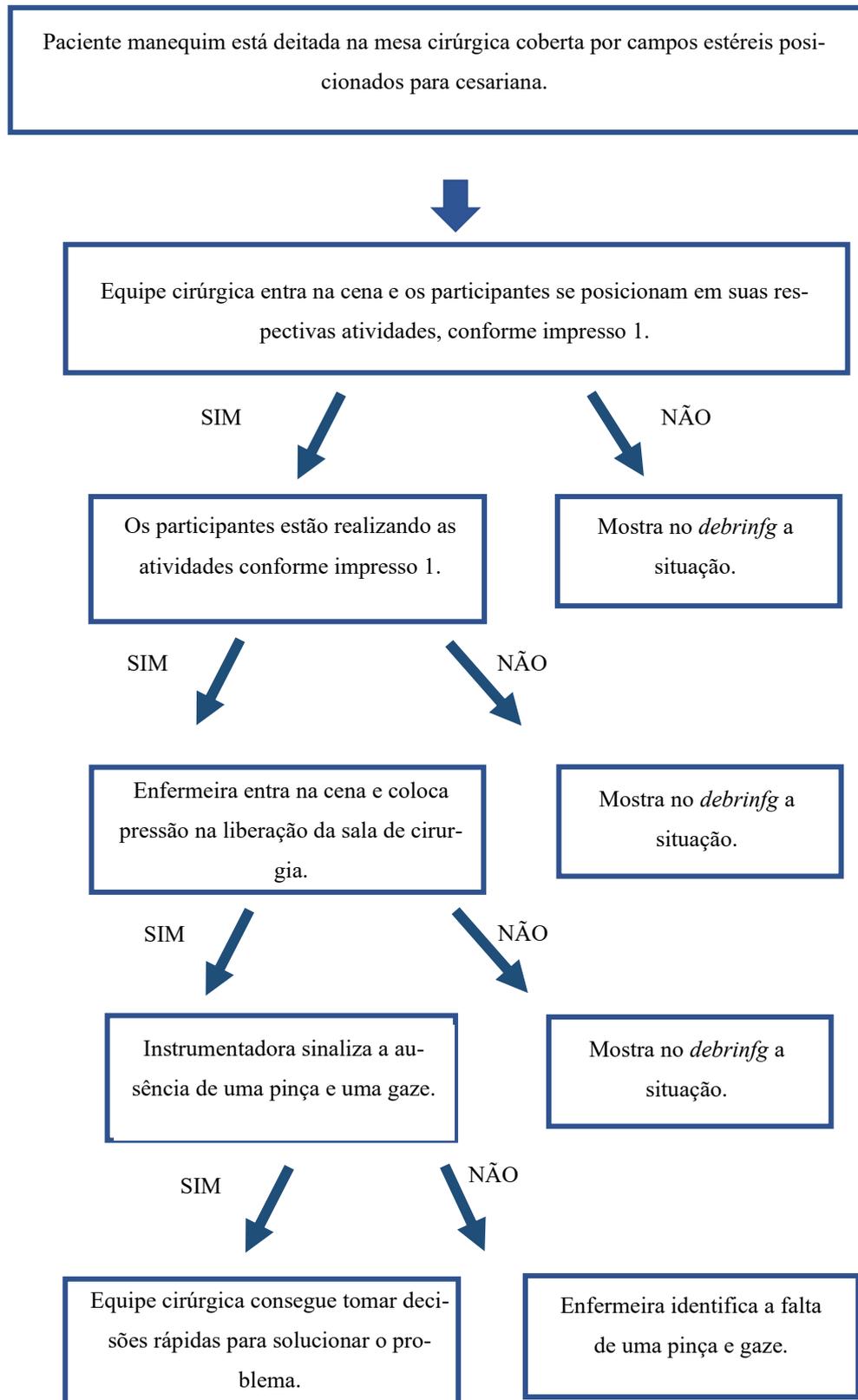
O manequim estará deitado na mesa cirúrgica coberto pelos campos cirúrgicos. Os participantes da cena estarão divididos em atividades, sendo elas: circulante está organizando os papéis para a transferência da paciente e circulante está guardando os medicamentos que não serão utilizados na maleta. A instrumentadora está realizando a contagem dos instrumentais e materiais e a residente está retirando os campos cirúrgicos. A enfermeira entra na cena para apressar a equipe de liberar a sala, pois precisam atender mais cirurgias. Durante este momento a instrumentadora sinaliza que está faltando uma pinça e uma gaze, com isso a equipe precisa tomar condutas em equipe, para a resolução do problema.

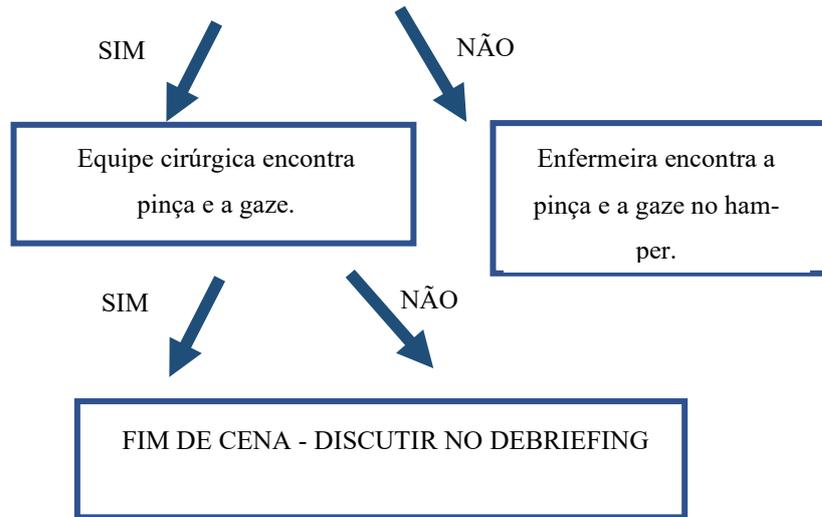
### **Momento de entrega dos impressos**

Serão convidados a participar da cena 4 participantes para se dividirem entre: circulante principal; circulante auxiliar; instrumentadora; médica residente. Após a divisão dos papéis será entregue o impresso 1. A atriz que interpretará a enfermeira já terá conhecimento prévio das suas falas. Explicar aos participantes que o tempo de simulação será de 10 minutos.

## 7.0 FLUXOGRAMA DA ESTAÇÃO

O local da simulação já estará todo montado conforme orientações do checklist de montagem e preparo. Entregar aos participantes o impresso 1 antes de entrarem na cena.





**8- CHECKLIST DO (A) EXAMINADOR (A)**

Participante:

Examinador:

Nº	Itens de desempenho avaliados	Desempenho observado			
		Não realizou	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
<b>Trabalho em equipe</b>					
01	Os participantes se tratam com respeito, cordialidade e humanização.				
02	A equipe discuti entre si para solucionar os problemas identificados				
03	Há alguém na equipe que lidera a situação e busca trazer resiliência para a situação que a equipe está vivenciando.				
<b>Comunicação</b>					
04	Realizou comunicação com clareza e segurança.				
05	Desenvolveu a comunicação com respeito, empatia, harmonia e humanização.				
06	Houve espaço de comunicação para que todos pudessem falar e se expressar.				
07	Realizou da comunicação verbal para solucionar o problema encontrado.				
<b>Tomada de decisão</b>					
08	Desenvolveram o raciocínio clínico no sentido de cogitar a possibilidade de evento adverso e do erro diante da ausência dos materiais na contagem.				

09	Houve espaço para que todos da equipe pudessem opinar e solucionar o problema.				
10	Souberam lidar com resiliência diante da pressão da enfermeira e tomaram uma decisão para a situação desta pressa da colega.				
<b>Organização da transferência do paciente</b>					
11	Discutiram entre eles, no sentido de identificar todos os cuidados que precisam ser feitos para a transferência da paciente.				
12	Realizaram a conferência dos materiais para a transferência da paciente.				
13	Organizaram a sala cirúrgica conforme habilidade e responsabilidade de cada profissional na sala.				
<p><b>Pontuação conforme indicadores: Não realizou: 00;</b>  <b>Realizou incorretamente: 0,25;</b>  <b>Realizou parcialmente: 0,5;</b>  <b>Realizou completamente: 1,0;</b>  <b>AValiação GLOBAL: soma todas as notas e divide pelo número de itens.</b></p>					

### ANEXOS

- Impresso 1 – Descrição do caso para os participantes;
- Impresso 2 – Prescrição médica para o setor de internação;
- Impresso 3 – Prescrição médica para a SRPA;
- Impresso 4 – Boletim anestésico;
- Impresso 5 – Carteirinha da gestante;
- Impresso 6 – Ficha de internação;
- Impresso 7– Checklist de cirurgia segura;
- Impresso 8 – Mapa cirúrgico;
- Impresso 9 - Pulseira de identificação da paciente

#### IMPRESSO 1 – Descrição do caso para os participantes

13:20 – Vocês (médica residente, técnicos de enfermagem e enfermeira) estão finalizando a cesárea da paciente Júlia Silva, sexo feminino, 35 anos. Neste momento vocês estão na sala cirúrgica nº 06 com a paciente, o residente tirando os campos cirúrgicos, a instrumentadora virada de costas para a paciente e de frente a sua mesa cirúrgica, realizando a contagem dos instrumentais e materiais. O circulante está organizando os papéis para a transferência da paciente e o segundo circulante quando entrar na cena, irá auxiliar guardando os medicamentos não utilizados na maleta para devolução na farmácia. A enfermeira não está na sala cirúrgica, ela está no corredor, mas vem até a sala e informa a todos que precisam agilizar na limpeza e troca da sala. A equipe fica ciente que precisam organizar a transferência da paciente para a SRPA o mais breve possível, pois haverá mais cirurgias nesta sala.

## IMPRESSO 2 - Prescrição médica para o setor de internação



## PRESCRIÇÃO MÉDICA SETOR DE INTERNAÇÃO

**Nome do paciente:** JULIA SILVA

**Número de atendimento:** 385697

**Convênio:** Particular

**Idade:** 35 anos

**Motivo Internação:** cesariana

**Diagnóstico:** gestação múltipara

**Alergias:** nega

**Período de vigência:** 20/01/2023 – 16:00 até 21/01/2023 – 16:00

**Número da prescrição:** 159997

Item	Medicamento	Via	Freq.
1	Claritin 10mg	VO	SN (Prurido)
2	Dipirona 1,0g/ml	EV	8/8hs
3	Buscopan 10mg/ml	EV	8/8hs
4	Ocitocina 5UI + 500 ml SF 0,9%	EV	8/8hs

Recomendações

1	Dieta livre após 6 horas alta da recuperação pós anestésica	VO	M/T/N
2	Troca do curativo	-----	1x ao dia

Médico prescriptor:

CRM:

## IMPRESSO 3 - Prescrição médica para a SRPA



## PRESCRIÇÃO MÉDICA SRPA

Nome do paciente: JULIA SILVA

Número de atendimento: 385697

Convênio: Particular

Idade: 35 anos

Motivo Internação: cesariana

Diagnóstico: gestação múltipara

Alergias: nega

Período de vigência: 20/01/2023 – 16:00 até 21/01/2023 – 16:00

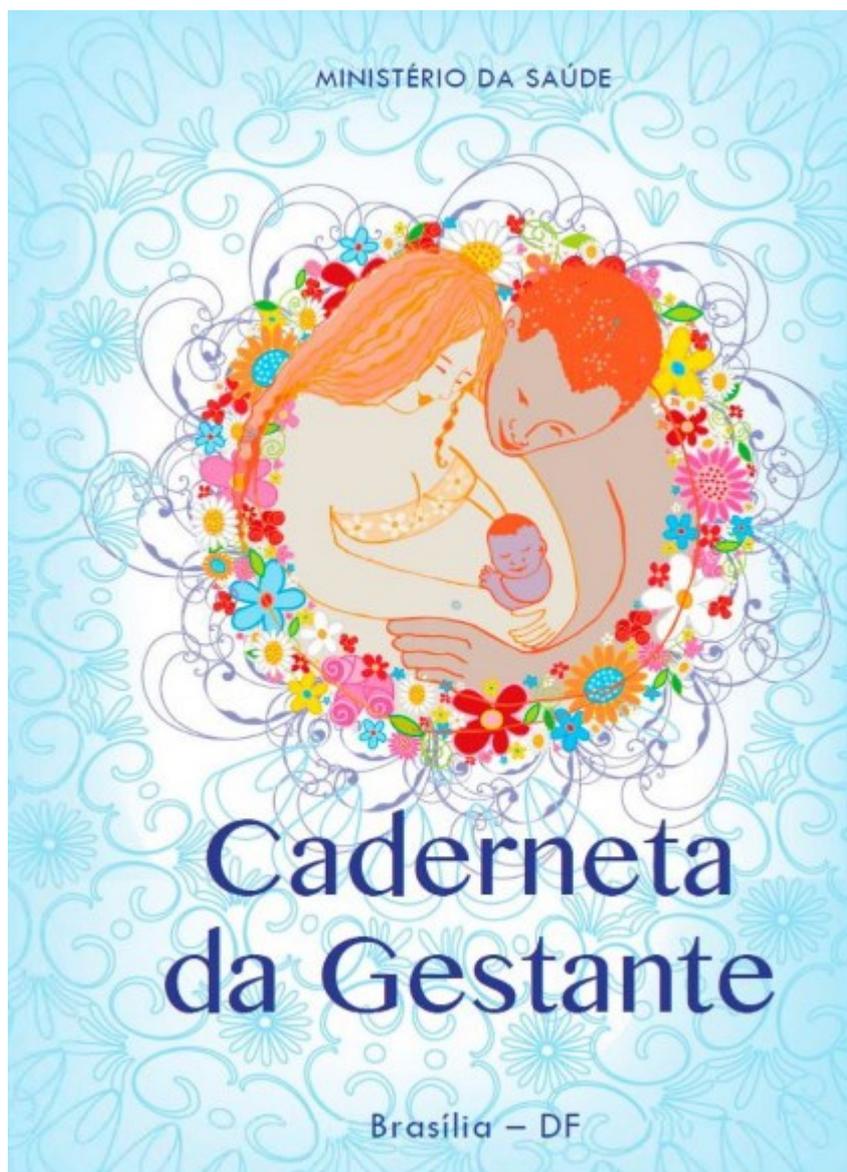
Número da prescrição: 159997

Item	Medicamento	Via	Freq.
1	Claritin 10mg	VO	SN (Prurido)
2	Dipirona 1,0g/ml	EV	8/8hs
3	Buscopan 10mg/ml	EV	8/8hs
4	Ocitocina 5UI + 500 ml SF 0,9%	EV	8/8hs
Médico prescritor:		CRM:	

## IMPRESSO 4 - Boletim anestésico

		<b>BOLETIM ANESTÉSICO</b>	
<b>Nome do paciente:</b> JULIA SILVA			
<b>Número de atendimento:</b> 385697			
<b>Convênio:</b> Particular	<b>Cirurgião:</b> Dra. Paula Paz		<b>CRM:</b> 5264
<b>Anestesista:</b> Dra. Beatriz Oliveira		<b>CRM:</b> 1010149	
<b>Código do procedimento:</b> 31309054 - cesariana			
<b>Código adicional:</b> não se aplica			
<b>Tipo de anestesia:</b> Raquidiana			
<b>Horário de início:</b> 12:10	<b>Horário do término:</b> 13:10		
<b>Descrição da técnica anestésica</b>			
<p>1 - Paciente em decúbito lateral esquerdo (preferencial) ou sentada.</p> <p>2 - Punção do espaço subaracnóideo em L2-L3 ou em L3-L4 pelo acesso mediano ou para-mediano, com agulha de calibre 25 ou 27 descartável, observando saída de líquido.</p> <p>3- Administração de anestésico local por via raquidiana: bupivacaína 0,5% hiper ou isobárica 12,5 mg.</p> <p>4 - Administração de opiáceo: morfina 80 mcg.</p>			
<b>Assinatura do anestesista:</b>		<b>CRM:</b>	

IMPRESSO 5 - Carteirinha da gestante



## IMPRESSO 6 – Ficha de internação

 <h2 style="margin: 0;">FICHA DE INTERNAÇÃO</h2>	
<b>Nome do paciente:</b> JULIA SILVA	
<b>Número de atendimento:</b> 385697	
<b>Convênio:</b> Particular	<b>Procedimento:</b> 31309054 - cesariana
<b>Endereço:</b> Rua Alfredo Carlos, nº 25. Bairro: Jardim Botânico. Cidade: Jaraguá do Sul.	
O Hospital prestará o serviço de hotelaria/internação na área destinada ao internamento hospitalar, com acomodação de apartamento com banheiro. As despesas oriundas deste contrato constam em uma tabela anexa, cujo encerramento será realizado após a alta médica.	
Fui esclarecido que o valor a ser pago pode variar conforme o número (quantidade) e os materiais /serviços / equipamentos / medicamentos / OPME / acomodações que utilizarei.	
Fui previamente esclarecido sobre os valores ESTIMADOS que poderei ter que pagar de modo particular, ciente que o valor final somente será conhecido no fechamento da conta.	
Declaro para devidos fins que estou ciente dos riscos de internação e do procedimento cirúrgico a qual serei submetido.	
Declaro para devidos fins que estou ciente dos riscos de contrair COVID durante minha internação.	
Assinatura do paciente	Assinatura do responsável quando menor de idade

## IMPRESSO 7 – Checklist de cirurgia segura

**CHECKLIST DE CIRURGIA****Ao receber o paciente no C.C****Confirmar com o paciente:**

- Nome
- Data de nascimento
- Procedimento
- Cirurgião
- Conferência pulseira
- Jejum desde às \_\_\_ : \_\_\_
- Tosse  Sim  Não
- Febre  Sim  Não
- Membro demarcado  Sim  Não
  - Direita  Esquerda
- Peso \_\_\_\_\_ Tipagem Sanguínea \_\_\_\_\_
- ALERGIAS**
- Não
- Sim \_\_\_\_\_
- Caderneta de gestante
- Prontuário
- Exames**
- Acesso venoso
- Puncionado  Conferido
- Medição pré-anestésica:
- Prescrito  Sim  Não
- Administrado  Sim  Não
- Antibiótico profilático:
- Prescrito  Sim  Não
- Administrado  Sim  Não
- Retirado adornos e próteses
- Realizado Tricotomia / Tonsura
- Meias / Sutiã / Tipoia

**Antes da indução anestésica****Confirmar com o paciente:**

- Nome
- Data de nascimento
- Procedimento
- Cirurgião
- Conferência pulseira
- Local (Lado)  Direita  Esquerda

**ALERGIAS**

- Não
- Sim: \_\_\_\_\_
- Acesso venoso testado

**Confirmar com o anestesia:**

Dificuldade de via aérea ou risco de aspiração:

- Sim  Não

- Equipamentos disponíveis

**Confirmar com o instrumentador:***Instrumentais:*

- Disponíveis  Esterelizados

**Confirmar com o instrumentador:**

- Disponíveis
- Placa de eletrocautério instalada
- Revisado as conexões da mesa cirurgica

**Antes do paciente sair da sala****Ao circulante de sala:**

- Anatomopatológico
- Formulário preenchido
- Frasco identificado
- Contagem de compressas, gazes, instrumentais e agulhas estão corretas?

**Há informações importantes para SRPA?**

- Dreno \_\_\_\_\_
- Sonda \_\_\_\_\_
- Curativo \_\_\_\_\_

Cliente: \_\_\_\_\_

Internação: \_\_\_\_\_

1º Fase \_\_\_\_\_

2º Fase \_\_\_\_\_

3º Fase \_\_\_\_\_



## IMPRESSO 8 – Mapa cirúrgico



**MAPA CIRÚRGICO  
HOSPITAL JARAGUÁ  
DATA: 20/01/2023  
TURNO VESPERTINO**

SALA 01					
Horário	Idade	Paciente	Procedimento	Cirurgião	Convênio
13h30	7a	Paula Garcia	Amidalectomia	Dra. Andréia	SUS
SALA 02					
Horário	Idade	Paciente	Procedimento	Cirurgião	Convênio
14h00	45	Maraísa Farias	Mamoplastia Redutora	Dra. Bruna	Particular
a/s	43	Rúbia Marcelli Gomes	Mamoplastia Redutora	Dra. Bruna	Particular
SALA 03					
Horário	Idade	Paciente	Procedimento	Cirurgião	Convênio
13h30	28	Paulo Malti	Herniorrafia inguinal	Dr. Lucas	Unimed
SALA 04					
Horário	Idade	Paciente	Procedimento	Cirurgião	Convênio
a/s	Continuação cirurgia da manhã em andamento				
SALA 05					
Horário	Idade	Paciente	Procedimento	Cirurgião	Convênio
12h30	18	Katia Paulini	Otoplastia	Dr. Pedro	Particular
SALA 06					
Horário	Idade	Paciente	Procedimento	Cirurgião	Convênio
12h00	35	Julia Silva	Cesariana	Dra. Paula	Particular
a/s	37	Beatriz Bruch	Cesariana	Dra. Paula	Unimed
a/s	31	Letícia Martins	Cesariana	Dra. Paula	Unimed

**IMPRESSO 9 - Pulseira de identificação da paciente**

Paciente: **JULIA SILVA**

Data de Nascimento: 31/10/1987

Nome da mãe: Lúcia Peres Silva

Atendimento: 385697

**REFERÊNCIAS**

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G.. **Brunner e Suddarth** Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 11 ed. Rio De Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde. **SOBECC**. 7. ed. rev. e atual. Barueri, SP: Manole; São Paulo: SOBECC, 2017.

Metodologias ativas no ensino do cuidado de enfermagem perioperatória. Curitiba: CRV, 2017. 194 p. Série: **Metodologias ativas no ensino perioperatório**. v.1.

## INFORMAÇÕES SOBRE A ENCOMENDA 2

### **Dimensão: 11 – Transferência internas e passagem de plantão**

#### **ÁREA: CIRÚRGICA**

#### **TEMA: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PASSAGEM DE PLANTÃO NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)**

##### **15. TEMA/CONTEÚDO A SER ABORDADO:**

Tema: Assistência da equipe de saúde na passagem de plantão na SRPA.

##### **16. OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM:**

Desenvolver uma simulação clínica para passagem de plantão entre a equipe de enfermagem da Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA).

#### **2.1 HABILIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE ENVOLVIDOS:**

- Capaz de comunicar-se adequadamente no momento da passagem de plantão, considerando respeito, empatia e humanização com os colegas que recebem o plantão;
- Capaz de desenvolver a comunicação na passagem de plantão de maneira segura, clara, simples e efetiva, considerando a situação clínica do paciente;
- Capaz de falar das alterações clínicas que podem ter ocorrido com o paciente durante o seu turno de trabalho.
- Capaz de falar sobre os cuidados de enfermagem prestados durante o seu turno de trabalho e pendências inerentes a continuidade do cuidado.

##### **17. TIPO DE SIMULAÇÃO (cênica, híbrida, baixa/média e alta complexidade):**

Cênica de baixa complexidade.

##### **18. PACIENTE (sexo e faixa etária do paciente):**

Paciente do sexo masculino com faixa etária de 56 anos.

##### **19. CASO CLÍNICO:**

Paciente Júlio, sexo masculino, 56 anos, admitido na SRPA após procedimento de prótese em quadril direito. Apresenta-se lúcido, orientado e consciente, respirando em ar ambiente, pressão arterial 120x80mmHg, Sat: 98%, FC: 100bpm. Possui acesso venoso em membro superior esquerdo, puncionado com abocath n. 18 no dia de hoje (12/11/2023), curativo compressivo em quadril direito, com micropore medindo aproximadamente 15 centímetros e dreno de suctor na incisão cirúrgica. O paciente faz uso de meia compressiva e máquina anti-trombo. Neste momento, apresenta-se ansioso para ir ao quarto de internação e relata dor no quadril esquerdo.

##### **20. DOENÇA/SITUAÇÃO-PROBLEMA A SER EXPLORADA:**

Prótese de quadril.

##### **21. PROCEDIMENTOS (se houverem):**

- Organizar todos os dados para a passagem de plantão;
- Mediar o paciente;
- Cobrir o paciente;

**22. DISTRATORES:**

- Presença de placa de eletrocautério na perna esquerda. Paciente começa a reclamar de dor.
- Está na evolução de enfermagem que foi administrado dipirona EV. Mas, o paciente grita que é alérgico a dipirona.

**23. CENÁRIO DE PRÁTICA - Local/referência de local em que será realizado o atendimento/procedimento:**

- Sala de recuperação pós anestésica.

**24. PROBLEMAS DE COMUNICAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES:**

- Paciente ansioso, agoniado devido a uma dor na perna oposta da cirurgia.

**25. CONFLITOS ÉTICOS E JURÍDICOS:**

Não se aplica.

**26. Situação interprofissional envolvida (competências comuns e colaborativas):**

- Comunicação interprofissional;
- Atenção concentrada;
- Resolução de conflito;
- Passagem de plantão;

**27. Nível estimado de dificuldade (fácil, médio ou difícil):**

Médio.

**28. Informações complementares (inserir outras informações utilizadas na construção da estação):**

Nesta cena o objetivo é que a equipe da sala de SRPA possa organizar a passagem de plantão entre os turnos de trabalho. O objetivo é abordar os aspectos como falta de atenção e pressa como os fatores impactantes para o cuidado.

## ENTREGA DAS ESTAÇÕES SIMULADAS

**ÁREA: CIRÚRGICA**

**TEMA: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PASSAGEM DE PLANTÃO.**

### 3- INSTRUÇÃO PARA O PARTICIPANTE

#### CENÁRIO DE ATUAÇÃO

18:45 - Vocês acabam de chegar para receber o plantão (técnico de enfermagem e enfermeiro). Contudo, não houve tempo hábil para uma colega (técnica de enfermagem), do plantão anterior, passar o plantão de seus pacientes. Então, ela deixou por escrito para outra colega que irá passar o plantão aos colegas que chegaram na SRPA. O paciente da colega que saiu encontra-se: lúcido, orientado e consciente, respirando em ar ambiente. Este paciente encontra-se na maca na SRPA, vestido com camisola e coberto por um lençol. A maca está com as grades elevadas. Apresenta punção venosa em MSE, curativo compressivo no quadril direito e dreno de suctor na incisão cirúrgica, faz uso de bota antitrombo. Vocês irão receber o plantão dos pacientes dos colegas que estão encerrando o turno e deste paciente que a colega teve que sair às pressas.

**Nos próximos 10 minutos, deverão ser realizado as seguintes tarefas:**

- 4- O colega do plantão que está encerrando deverá realizar a passagem de plantão deste paciente, em razão do colega responsável por este paciente ter saído às pressas para pegar a filha na escola.
- 5- O colega deverá passar as informações referentes ao: tipo de cirurgia, tipo de anestesia, intercorrências e outros cuidados relacionados ao quadro clínico.
- 6- Ao receber o plantão os colegas que irão dar continuidade ao turno deverão fazer a checagem das informações para dar sequência aos cuidados.
- 7- Os colegas presentes na SRPA deverão atender as necessidades do paciente e lidar com eventuais situações que possam ocorrer.
- 8-

### 4- INSTRUÇÃO PARA O CENÁRIO DESCRIÇÃO DO CENÁRIO

Paciente sexo masculino, pós cirurgia de prótese de quadril direito, encontra-se deitado no leito nº09 da SRPA. No momento está coberto por um lençol, mas é possível visualizar que está fazendo uso de máquina antitrombo. Apresenta acesso venoso em MSE, puncionado com abocath nº 18, no dia de hoje (12/11/2023), com infusão em curso. Curativo localizado na região do trocanter direito, com aproximadamente 15 centímetros em direção da coxa. O aspecto do curativo encontra-se limpo e seco. A cobertura do curativo é de gaze e micropore, com data de identificação do curativo (12/11/22). Dentro deste curativo tem-se o dreno de suctor, com 50ml de secreção serosanguinolenta. Na perna contrária da incisão cirúrgica está, ainda, a placa de eletrocautério.

Paciente será interpretado por um ator;

Enfermeiras do Centro Cirúrgico (CC) e técnicos de enfermagem, representarão os profissionais da equipe de enfermagem da SRPA;

Mobiliário: maca de transporte (01), suporte de soro (01), cortina (01), mesa de apoio (01), mesa de cabeceira (01);

Equipamentos: monitor multiparâmetros (01), cabo para monitorização cardíaca (01) cabo para oxímetro adulto (01), cabo para pressão não invasiva (01); máquina antitrombo (01); parede de oxigênio (01), rede de vácuo (01);

Materiais: eletrodos (05), soro ringer 500ml (01), equipo macrogotas (01), polifix (01), camisa (01), touca descartável (01), propé (01), máscara cirúrgica (01), dreno de suctor (01), rolo de micropore (01), lençol (02), cobertor (01), prancheta (01), canetas (02), clips grande (01), placa de eletrocautério (01), álcool a beira leito (01), seringa 20ml (01), agulha 40x12 (01), tinta guache vermelha (01), frasco de aspiração de vácuo (01); máscara de venturi adulto (01).

Documentações de apoio: identificação do leito (01), prescrição médica para o setor de internação (01), prescrição médica para a SRPA (01) e boletim anestésico (01);

Adereço: pulseira de identificação para o paciente (01).

### 3- RECURSO PARA O PARTICIPANTE

- Roupa privativa do centro cirúrgico;
- Touca;
- Propé;
- Máscara descartável;
- Prescrição médica para a SRPA;
- Boletim anestésico;
- Descrição do procedimento;
- Evolução de enfermagem do colega que saiu do plantão;
- Evolução dos sinais vitais da SRPA.

### RECURSOS PARA O ATOR/PACIENTE SIMULADO

Será necessário para o paciente simulado: camisa, touca, propé, máscara e roupa de cama (um lençol para deitá-lo e um lençol para cobri-lo). Ele iniciará e permanecerá na cama toda deitado no leito da SRPA, em decúbito dorsal. Fará uso de máquina antitrombo em ambas as pernas e simulação de acesso venoso em MSE, com micropore e identificação do acesso. Também estará monitorizado por oximetria, pressão não invasiva e ECG, com 5 eletrodos colados no tórax. No quadril direito curativo compressivo com aproximadamente 15 centímetros, limpo e seco e dreno de suctor com 50ml de secreção serosanguinolenta na incisão cirúrgica, no lado direito do quadril. Na perna contrária da incisão cirúrgica está ainda colada, a placa de eletrocautério.

### Checklist de montagem

#### Montagem do leito da SRPA:

- 01 identificação do leito n. 09;
- 01 maca de transporte;
- 01 cortina;
- 01 acrílico para identificação do leito;
- 01 monitor multiparâmetros;
- 01 cabo para monitorização cardíaca;
- 01 cabo para monitorização de oxímetro;
- 01 cabo para monitorização de pressão não invasiva;
- 01 suporte de soro;
- 01 equipo macrogotas;
- 01 ringer lactato 500ml;
- 01 polifix;

- 01 rolo de micropore;
- 01 dreno de suctor;
- 01 bota antitrombo;
- 01 camisola;
- 02 lençóis;
- 10 propé;
- 05 touca descartável;
- 05 máscara cirúrgica;
- 01 cobertor;
- 05 conjuntos de roupas privativas para os participantes da cena;
- 01 prancheta;
- 02 canetas;
- 01 pulseira de identificação do paciente;
- 01 placa de eletrocautério;
- 01 celular;
- 01 câmera com tripé para gravação do vídeo;
- 08 documentações de apoio;

### **Preparo**

Primeiramente o paciente/ator deve-se acomodar na maca de transporte na sala de recuperação, localizada no leito nº 09 devidamente vestido com camisola, touca, máscara, avental e propé. Colocar curativo em MSE para simular o acesso venoso, conectar o polifix + equipo + ringer lactato e pendurá-lo no suporte de soro, instalar pulseira de identificação no paciente, no MSD. Deve-se fazer um curativo compressivo da região do trocanter direito, com aproximadamente 15 centímetros em direção da coxa direita, para simular o curativo pós cirúrgico. Monitorizar o ator com pressão não invasiva no braço direito, monitor cardíaco com cinco eletrodos no tórax do paciente, instalar oxímetro em dedo indicador da mão esquerda. Todos os cabos de monitoramento devem estar conectados no monitor multiparâmetros. Na perna contrária da incisão cirúrgica está, ainda, a placa de eletrocautério. Nos membros inferiores instalar máquina anti-trombo. Colocar o impresso da identificação do paciente no acrílico e deixar os papéis do prontuário do paciente próximos a cena, na prancheta agrupados por um clip.

## **4- ORIENTAÇÕES AO PACIENTE SIMULADO**

### **Paciente/ator**

- Você encontra-se deitado no leito da SRPA, você estará usando, somente, uma camisola e estará coberto com um lençol. Quando a cena iniciar um técnico de enfermagem irá entrar na sala. No primeiro momento você responde somente o que ele perguntar.
- Passado um minuto você fala que está com muito frio e com muita dor na perna contrária onde está o curativo. Se ele perguntar qual o valor da dor, se usar escala numérica, você irá falar 07.
- Após falar isso, você faz a expressão de quem está com dor e com muito frio. Mas, não fala mais nada.
- Logo em seguida irá entrar o outro participante de cena. Esse irá receber o plantão do colega que já estava na sala com você. Nesse momento você volta a referir que está com dor na perna contrária da cirurgia e com frio. Muito frio e muita dor. Se perguntarem na escala numérica irá dizer 08. Se tiverem medicado para dor no primeiro momento e coberto você, você não irá reclamar de dor e frio novamente. Contudo, embaixo de sua perna contrária a cirurgia está uma placa de eletrocautério. Caso tenham medicado para dor e não retirado a placa, você continua reclamando da dor. Após isso, aguarda a reação deles.

- Em seguida devem começar a passagem de plantão. O colega que entrou primeiro irá ler o que o outro escreveu (aquele que foi embora com pressa).
- Ator: fica ouvindo com atenção a leitura e passagem do plantão entre a equipe. Quando falarem o local da cirurgia, estará escrito na evolução que a cirurgia foi do lado **ESQUERDO**. Ao ouvir isso você fala imediatamente, gente eu fui operado do lado **direito**. Mas, estou com muita dor no **esquerdo**. Será que fizeram a cirurgia errada?
- Você espera a reação deles e os desfechos de quais condutas irão tomar, manifesta-se apenas se questionado.
- Caso lhe questionem você poderá responder que a cirurgia foi do lado direito.
- Ao retomarem a passagem de plantão de sua situação clínica, se não identificaram a placa de eletrocautério na perna **ESQUERDA** ainda, a qual está provocando a dor, você fala novamente que está com muita dor na perna que não foi operada e que precisam resolver isso.
- Ao continuar o plantão irão dizer que foi dado dipirona endovenosa (**é o que está escrito**). Imediatamente, you grita que é alérgico a dipirona e aguarda os desfechos.
- Nesse momento você diz que está muito nervoso, pois parece que tem muitos erros aí nesse papel que vocês estão lendo.
- Após esses desfechos, deixa as participantes finalizar a passagem de plantão.

## **6- ORIENTAÇÕES E INFORMAÇÕES AO EXAMINADOR/AVALIADOR**

### **Categoria do caso**

Passagem de plantão da sala de recuperação pós anestésicos entre colegas de turno de um paciente submetido a cirurgia de prótese de quadril.

### **Cenário de atendimento**

- Leito da SRPA.

### **Recursos**

- Impresso 1 – Identificação do paciente;
- Impresso 2 – Pulseira de identificação do paciente;
- Impresso 3 – Descrição cirúrgica;
- Impresso 4 – Boletim Anestésico;
- Impresso 5 – Prescrição médica para a SRPA;
- Impresso 6 – Evolução de enfermagem da SRPA;
- Impresso 7 – Descrição do caso para o participante;
- Impresso 8 - Evolução dos sinais vitais da SRPA;

### **Finalidade do caso e descrição breve**

Vocês são profissionais que atuam na SRPA e irão participar da passagem de plantão entre os turnos, onde o foco central será um paciente pós-operatório de prótese de quadril.

## **6.0 INFORMAÇÕES PARA O (A) EXAMINADOR (A)**

**Os participantes deverão ser capazes de:**

- Responder adequadamente as solicitações do paciente;
- Perceber a placa de eletrocautério no MIE;
- Avaliar a escala de dor do paciente e tomar providências;
- Tomar decisão de quais cuidados devem ser feitos diante do fato da paciente referir que é alérgica a dipirona;
- Realizar a passagem de plantão;
- Manter a atenção concentrada durante a passagem de plantão;
- Resolução de conflito quando o paciente demonstra insegurança no atendimento;

### Informações sobre o caso e conduta a serem tomadas

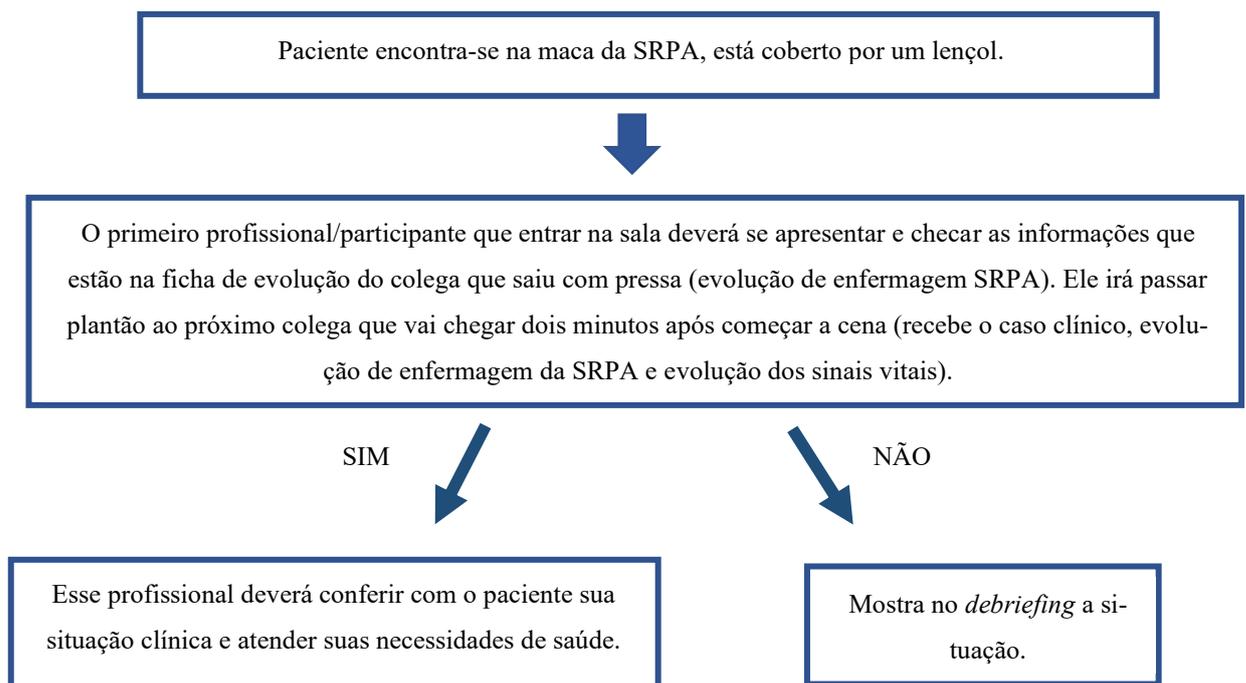
Primeiramente o ator estará deitado na maca de transporte com camisola, touca, máscara e propé. O profissional da enfermagem deverá chegar no leito do paciente e se apresentar, informar que estará cuidando do paciente por alguns minutos até o próximo colega chegar para que ele possa passar o plantão. O paciente responderá as questões conforme solicitado. Após o outro colega chegar, o profissional deverá desenvolver a passagem de plantão.

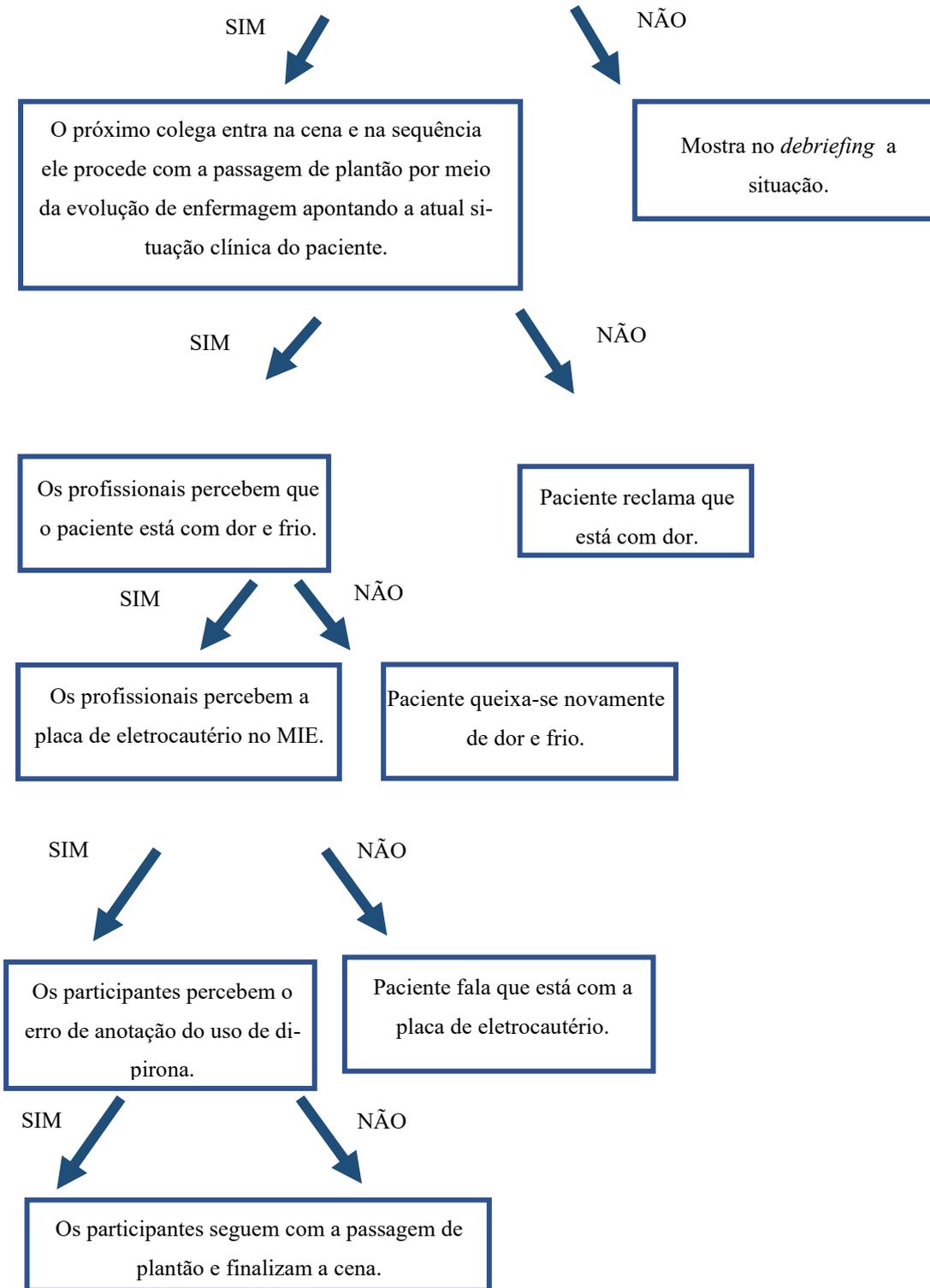
### Momento de entrega dos impressos

No momento do pré-briefing, mostrar aos participantes, todo o cenário. Entregar aos participantes os impressos. Explicar aos participantes que o tempo de simulação será de 10 minutos. O ator já terá conhecimento de suas falas antecipadamente.

## 7.0 FLUXOGRAMA DA ESTAÇÃO

Deve estar colado no leito da simulação a identificação do paciente na parede. Na prancheta com clips, localizada na cabeceira do paciente, deverão estar os seguintes documentos: descrição cirúrgica, boletim anestésico, prescrição médica para a SRPA; evolução de enfermagem; descrição do caso para o participante e evolução dos sinais vitais da SRPA.





**8- CHECKLIST DO (A) EXAMINADOR (A)**

Participante:

Examinador:

Nº	Itens de desempenho avaliados	Desempenho observado			
		Não realizou	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
<b>Organização para a passagem de plantão</b>					
01	Apresentou-se ao paciente e informou que irá cuidar do paciente até ao próximo colega chegar.				
02	Checou as informações na ficha de evolução de enfermagem.				
03	Avaliou as condições clínicas do paciente e suas necessidades de saúde.				
<b>Percepção de possíveis eventos adversos</b>					
04	Identificou a alergia prévia do paciente.				
05	Identificou que a medicação par dor poderia ter sido fito errada.				
06	Percebeu a placa de eletrocautério no MIE.				
07	Identificou o erro na anotação do uso de dipirona.				
08	Realizou a passagem de plantão para o seu colega de forma segura e assertiva.				
09	Questionou o paciente sobre alergias a medicamentos.				
<b>Atendeu as necessidades de saúde do paciente</b>					
10	Cobriu o paciente após a mesma ter reclamado de frio.				
11	Mensurou a dor.				
12	Medicou o paciente para a dor.				
<b>Tomada de decisão</b>					
13	Souberam tomar decisão diante do possível evento adverso				
14	Houve discussão respeitosa entre os profissionais para sanar os problemas surgidos na cena				
15	Soube lidar com o conflito gerado entre os profissionais e paciente.				
<b>Pontuação conforme indicadores: Não realizou: 00; Realizou incorretamente: 0,25; Realizou parcialmente: 0,5; Realizou completamente: 1,0</b> <b>AVALIAÇÃO GLOBAL: soma todas as notas e divide pelo número de itens.</b>					

## ANEXOS

- Impresso 1 – Identificação do paciente;
- Impresso 2 – Pulseira de identificação do paciente;
- Impresso 3 – Descrição cirúrgica;
- Impresso 4 – Boletim Anestésico;
- Impresso 5 – Prescrição médica para a SRPA;
- Impresso 6 – Evolução de enfermagem da SRPA;
- Impresso 7 – Descrição do caso para o participante;
- Impresso 8 - Evolução dos sinais vitais da SRPA;

## IMPRESSO 01 - Identificação do paciente;



**Paciente: Júlio Ferreira**

**Data de Nascimento: 11/04/1966**

**Nome da mãe: Mariana Agustina Ferreira**

## IMPRESSO 02 - Pulseira de identificação do paciente;

Paciente: **JÚLIO FERREIRA**

Data de Nascimento: 11/04/1966

Nome da mãe: Mariana Agustina Ferreira

Atendimento: 387541



## IMPRESSO 03 - Descrição cirúrgica;

**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA****Nome do paciente:** JÚLIO FERREIRA**Número de atendimento:** 387541**Convênio:** Particular**Cirurgião:** Dr. Ricardo Gutierrez**CRM:** 7744**1º auxiliar:** Dr. Pedro Rodrigues**CRM:** 1485**2º auxiliar:** Dr. Felipe Barros**CRM:** 2854**Instrumentadora:** Patrícia Xavier**COREN:** 23564**Código do procedimento:** 30724058 - Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) - tratamento cirúrgico.**Código adicional:** 3.07.32.02-6 Enxerto ósseo**Diagnóstico pré-operatório:** esclerose óssea**Anátomo patológico** ( ) sim ( x ) não**Descrição do procedimento**

Procedimento de substituição da articulação coxofemoral biológica, por componentes articulares inorgânicos metálicos ou de polietileno. As endo-próteses são utilizadas para a substituição de grandes segmentos ósseos, muitas vezes inviáveis por processos tumorais e infecciosos, entre outros. Admite uso de cimento. Instalado dreno de suctor 3,2 mm na ferida operatória.

Assinatura do cirurgião:

CRM:

## IMPRESSO 04 - Boletim Anestésico;

		<h2>BOLETIM ANESTÉSICO</h2>	
<b>Nome do paciente:</b> JÚLIO FERREIRA			
<b>Número de atendimento:</b> 387541			
<b>Convênio:</b> Particular	<b>Cirurgião:</b> Dr. Ricardo Gutierres		<b>CRM:</b> 7744
<b>Anestesista:</b> Dr. Lucas Passold		<b>CRM:</b> 2584	
<b>Código do procedimento:</b> 30724058 - Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) - tratamento cirúrgico.			
<b>Código adicional:</b> 3.07.32.02-6 Enxerto ósseo			
<b>Tipo de anestesia:</b> Raquidiana + sedação			
<b>Horário de início:</b> 13:30	<b>Horário do término:</b> 16:00		
<b>Descrição da técnica anestésica</b>			
<p>1 - Paciente em decúbito lateral esquerdo (preferencial) ou sentada.</p> <p>2 - Punção do espaço subaracnóideo em L2-L3 ou em L3-L4 pelo acesso mediano ou para-mediano, com agulha de calibre 25 ou 27 descartável, observando saída de líquido.</p> <p>3- Administração de anestésico local por via raquidiana: bupivacaína 0,5% hiper ou isobárica 12,5 mg.</p> <p>4 - Administração de opiáceo: morfina 80 mcg.</p>			
<b>Assinatura do anestesista:</b>		<b>CRM:</b>	

## IMPRESSO 05 - Prescrição médica para SRPA;



## PRESCRIÇÃO MÉDICA SRPA

Nome do paciente: JÚLIO FERREIRA

Número de atendimento: 387541

Convênio: Particular

Idade: 56 anos

Motivo Internação: Artroplastia Quadril

Diagnóstico: esclerose óssea

Alergias: Dipirona

Período de vigência: 10/10/2023 – 16:00 até 11/10/2023 – 16:00

Número da prescrição: 145874

Item	Medicamento	Via	Freq.	Aprazamento
01	Morfina 5mg/ml+9ml de água (infundir 3ml se dor acima de 7 conforme escala de dor) de 8 em 8 horas.	EV	SN	
02	Tenoxicam 2ml EV.	EV	8/8hs	
03	Clenaxe 80mg	SC	1X ao dia	
04	Cefazolina 1mg	EV	12/12hs	
05	Soro fisiológico 500ml	EV	8/8hs	
06	Soro glicosado 5% 500ml	EV	8/8hs	

Médico prescritor:

CRM:

## IMPRESSO 06 – Evolução de enfermagem da SRPA;

		<h2>EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM</h2>	
<b>Nome do paciente:</b> JÚLIO FERREIRA			
<b>Número de atendimento:</b> 387541			
<b>Convênio:</b> Particular	<b>Cirurgião:</b> Dr. Ricardo Gutierres		<b>CRM:</b> 7744
<b>Anestesista:</b> Dr. Lucas Passold		<b>CRM:</b> 2584	
<b>Tipo de anestesia:</b> Raquidiana + sedação			
<b>Horário de liberação da evolução:</b> 18:20			
<b>Evolução de enfermagem</b>			
<p>Paciente acomodado no leito da SRPA nº08, respirando em ar ambiente, lúcido, orientado e comunicativo. Não está deambulando no momento. SVVV estáveis. Pós operatório de Artroplastia Quadril, lado esquerdo. Está com curativo oclusivo, limpo e seco. Possui dreno de suctor na região da incisão cirúrgica, com secreção sanguinolenta, em pouca quantidade. Está com acesso venoso em MSE, apresentou dor e foi medicado com dipirona. Está utilizando a bota-antitrombo. Sem acompanhante até o momento. Segue os cuidados de enfermagem. Aguarda tempo de recuperação da anestesia para ser liberado ao setor de internação. Paciente referiu dor no MIE, escala de dor 07, medicado com dipirona EV.</p>			
<b>Técnico de enfermagem:</b> Patrícia Palmer		<b>COREN:</b> 141472	

**IMPRESSO 07** - Descrição do caso para o participante;

18:45 - Vocês acabam de chegar para receber o plantão (técnico de enfermagem e enfermeiro). Contudo, não houve tempo hábil para uma colega (técnica de enfermagem), do plantão anterior, passar o plantão de seus pacientes. Então, ela deixou por escrito para outra colega que irá passar o plantão aos colegas que chegaram na SRPA. O paciente da colega que saiu encontra-se: lúcido, orientado e consciente, respirando em ar ambiente. Este paciente encontra-se na maca na SRPA, vestido com camisola e coberto por um lençol. A maca está com as grades elevadas. Apresenta punção venosa em MSE, curativo compressivo no quadril direito e dreno de suctor na incisão cirúrgica, faz uso de bota antitrombo. Vocês irão receber o plantão dos pacientes dos colegas que estão encerrando o turno e deste paciente que a colega teve que sair às pressas.

## IMPRESSO 08 - Evolução dos sinais vitais da SRPA;



## EVOLUÇÃO DOS SINAIS VITAIS - SRPA

**Nome do paciente:** JÚLIO FERREIRA

**Número de atendimento:** 387541

**Convênio:** Particular

**Idade:** 56 anos

**Motivo Internação:** Artroplastia Quadril

**Alergias:** Dipirona

<b>Data:</b>	<b>Horário</b>	<b>Pressão Arterial</b>	<b>FC</b>	<b>Sat O%</b>	<b>Responsável</b>
12/11/2023	16:30	100x60 mmHg	98	98%	Patrícia
12/11/2023	17:00	110x70 mmHg	99	99%	Patrícia
12/11/2023	17:30	110x60 mmHg	99	99%	Patrícia
12/11/2023	18:00	120x80 mmHg	100	98%	Patrícia
12/11/2023	18:30				
12/11/2023	19:00				

## REFERÊNCIAS

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G.. **Brunner e Suddarth** Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 11 ed. Rio De Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde. **SOBECC**. 7. ed. rev. e atual. Barueri, SP: Manole; São Paulo: SOBECC, 2017.

Metodologias ativas no ensino do cuidado de enfermagem perioperatória. Curitiba: CRV, 2017. v.1. p. 194. Série: **Metodologias ativas no ensino perioperatório**.

## APÊNDICE I - Guias clínicas com ajustes pelos expertises e pesquisadora após o pré-teste

### INFORMAÇÕES SOBRE A ENCOMENDA 1

**DIMENSÃO: 9 - Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares**

**ÁREA: CIRÚRGICA**

~~TEMA: TRABALHO EM EQUIPE NA ORGANIZAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE DA SALA CIRÚRGICA PARA A SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (SRPA)~~

**TEMA: GESTÃO DE CONFLITOS E TRABALHO EM EQUIPE PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NA TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE DA SALA CIRÚRGICA PARA A SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA.**

#### 1. TEMA/CONTEÚDO A SER ABORDADO:

Tema: **Gestão de conflitos e trabalho em equipe para a segurança do paciente na organização e transferência da do paciente da sala cirúrgica operatória para a sala de recuperação pós anestésica. SRPA.**

#### 2. OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM:

Desenvolver uma simulação clínica capaz de treinar as habilidades **na gestão de conflitos e para e trabalho em equipe na organização e para a segurança do paciente na transferência da paciente da sala cirúrgica para a sala de recuperação pós anestésica (SRPA).**

#### 2.1 HABILIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE ENVOLVIDOS:

- Capaz de desenvolver o trabalho em equipe para a transferência da paciente da sala cirúrgica para a sala de recuperação pós anestésica;
- Capaz de pôr em prática o respeito, empatia, harmonia e humanização entre a equipe; ~~na transferência da paciente da sala operatório para a SRPA;~~
- ~~Capaz de organizar a conferência dos materiais e instrumentais, no término da cirurgia;~~
- ~~Realizar a conferência dos materiais e instrumentais, no término da cirurgia;~~
- Capaz de organizar e conferir os materiais e objetos intracavitários antes do fechamento do paciente na sala operatória.
- Capaz de organizar a sala cirúrgica antes a transferência do paciente;
- ~~Capaz de Organizar todos os dispositivos e documentos burocráticos para a transferência da paciente;~~
- ~~Capaz de Atender as necessidades de saúde da paciente durante a organização da transferência;~~
- ~~Capaz de lidar com situações adversas na organização da sala cirúrgica e processo de contagem cirúrgica.~~
- Reconhecer situações adversas na organização da sala cirúrgica e processo de contagem cirúrgica.

**3. TIPO DE SIMULAÇÃO (cênica, híbrida, baixa/média e alta complexidade)**  
Simulação cênica de baixa fidelidade.

**4. PACIENTE (sexo e faixa etária do paciente):**  
Paciente do sexo feminino ~~com faixa etária de~~ 35 anos.

**5. CASO CLÍNICO**

Paciente Júlia Silva, sexo feminino, 35 anos, está na sala cirúrgica n° 06, ~~após realizar~~ realizou cesariana de gemelares (recém-nascido 1: sexo feminino e recém-nascido 2: sexo masculino), ~~o procedimento ocorreu~~ transcorreu sem intercorrências. Seu acompanhante e os recém nascidos encontram-se na ~~sala de recuperação pós anestésica SRPA~~. A paciente encontra-se ~~na sala cirúrgica~~, lúcida e orientada ~~e comunicativa~~, aguarda a finalização do curativo para ser encaminhada a ~~sala de recuperação pós anestésica SRPA~~.

**6. DOENÇA/SITUAÇÃO-PROBLEMA A SER EXPLORADA**

~~Cesária~~

Inconformidade na contagem de itens no campo cirúrgico, ~~não realizada na etapa do Sing out da cirurgia segura~~.

**7. PROCEDIMENTOS (se houverem)**

- ~~Conferência de todos os materiais para organização e liberação da paciente para a SRPA;~~ Contagem e conferência dos instrumentais e materiais utilizados no procedimento cirúrgico;
- ~~Organização da sala cirúrgica;~~
- Organização dos documentos burocráticos para a transferência do paciente;
- Preenchimento da lista de verificação de segurança cirúrgica do paciente (antes de sair da sala);
- ~~Realizar~~ Realização de comunicação clara e efetiva entre a equipe durante a organização da transferência da paciente;
- Realização do curativo na incisão cirúrgica;
- Atendimento das necessidades de saúde da paciente e realizar o curativo cirúrgico;
- Lidar com situações estressoras na sala de cirurgia.

**8. DISTRATORES**

- No momento da contagem cirúrgica, identificam a falta de uma pinça e uma compressa faltando;
- Há dentro da sala som ligado, o que atrapalha a ~~conversa~~ comunicação da equipe cirúrgica;
- ~~A equipe cirúrgica está com pressa para finalizar a transferência da paciente.~~
- A enfermeira está com pressa e isto tumultua o trabalho da equipe cirúrgica.

**9. CENÁRIO DE PRÁTICA - Local/referência de local em que será realizado o atendimento/procedimento.**

- Centro Cirúrgico do hospital Jaraguá, com oito salas cirúrgicas, com atendimento médio de 25 cirurgias/dia, para pacientes neonatais, pediátricos e adultos. A simulação acontecerá na sala cirúrgica 06.

**10. PROBLEMAS DE COMUNICAÇÃO ~~COM PACIENTES E FAMILIARES~~**

- A enfermeira chega estressada e agitada tentando agilizar a transferência ~~da paciente~~, pois há mais cirurgias que precisam acontecer nesta sala cirúrgica.

~~• — A equipe cirúrgica está. Os cirurgiões estão com pressa, haja vista que terá outro procedimento nesta mesma sala de cirurgia em seguida.~~

## 11. CONFLITOS ÉTICOS E JURÍDICOS

Não se aplica.

## 12. Situação interprofissional envolvida (competências comuns e colaborativas):

- Comunicação interprofissional;
- Atenção concentrada;
- Resolução de conflito;
- Trabalho em equipe;
- Tomada de decisão rápida.

## 13. Nível estimado de dificuldade (fácil, médio ou difícil):

Médio.

Difícil.

## 14. Informações complementares - inserir outras informações utilizadas na construção da estação:

~~Nesse cenário teremos a médica residente da obstetria que ficou para finalizar o curativo e exular auxiliar na transferência. Ainda, há um instrumentador cirúrgico, uma circulante de sala, mais uma técnica de enfermagem que é chamada para agilizar a organização da sala, em razão de logo haver outro procedimento nesta mesma sala. Ainda, haverá uma enfermeira que será a atriz, a qual tem o papel de trabalhar com os problemas de comunicação e com os detratores distratores.~~

Neste cenário teremos a participação de quatro pessoas, divididas entre os papéis: 1 médica residente em obstetria + 1 instrumentador cirúrgico + 2 circulantes de sala. Ao iniciar a cena, todos os participantes entrarão no mesmo momento. Além destes, a cena é composta por uma atriz que interpretará o papel de enfermeira do centro cirúrgico.

O cenário será aplicado para profissionais da saúde atuantes no centro cirúrgico.

## ENTREGA DAS ESTAÇÕES SIMULADAS

### ÁREA: CIRÚRGICA

~~TEMA: TRABALHO EM EQUIPE NA ORGANIZAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DA PACIENTE DA SALA CIRÚRGICA PARA A SRPA.~~

**TEMA: GESTÃO DE CONFLITOS E TRABALHO EM EQUIPE PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NA TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE DA SALA OPERATÓRIA PARA A SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA.**

### 1- INSTRUÇÃO PARA O PARTICIPANTE CENÁRIO DE ATUAÇÃO

13:20 — ~~Vocês estão na sala cirúrgica nº 06 (médica residente, técnicos de enfermagem e enfermeira) estão finalizando a cesárea da paciente Júlia Silva, sexo feminino, 35 anos. Neste momento vocês estão na sala cirúrgica nº 06 com a paciente, o residente tirando os campos cirúrgicos, o instrumentador virado de costas para a paciente e de frente a sua mesa cirúrgica, realizando a contagem dos instrumentais e materiais. O circulante está organizando os papéis para~~

a transferência da paciente e o segundo circulante quando entrar na cena, irá auxiliar guardando os medicamentos não utilizados na maleta para devolução na farmácia. A enfermeira ~~não está na sala cirúrgica, ela~~ está no corredor, mas vem até a sala e informa a todos que precisam agilizar na limpeza e troca da sala. A equipe fica ciente que precisam organizar a transferência da paciente para a SRPA o mais breve possível, pois haverá mais cirurgias nesta sala.

13:20 – Vocês serão chamados pela enfermeira para organizar a transferência da paciente da sala cirúrgica nº 06 (1 médica residente + 3 técnicos de enfermagem). Infelizmente a equipe anterior, teve que sair às pressas devido a uma emergência (circular de cordão em outra sala). Vocês são responsáveis para a continuidade/organização da transferência da paciente Julia Silva, sexo feminino, 35 anos, submetida a uma cesárea de gemelares. A cirurgia já finalizou e neste momento será necessário a organização do processo de transferência da sala cirúrgica para a sala de recuperação. A paciente no momento encontra-se lúcida, orientada, sinais vitais estáveis, posicionada na mesa cirúrgica, ainda com os campos dispostos e com a necessidade de realizar o curativo na incisão cirúrgica. Os recém nascidos e o acompanhante não estão mais na sala de cirurgia, já foram encaminhados para a sala de recuperação pós anestésica.

**Nos próximos 10 minutos, deverão ser realizado as seguintes tarefas:**

- 1- A equipe deverá ser capaz de organizar a transferência da paciente **para a sala de recuperação pós anestésica;**
- 3- A equipe deverá atender as necessidades de saúde da paciente/**realizar o curativo na incisão cirúrgica;**
- 2- ~~A O~~ instrumentador deverá contar seus instrumentais e materiais na mesa cirúrgica e identificar a falta de uma pinça e uma **compressa gaze;**
- 4- A equipe deverá tomar decisão de quais ações vão realizar frente a situação passada pela instrumentador;
- 5- A equipe ainda deverá certificar-se de que todos os materiais foram conferidos;
- 6 – A equipe deverá lidar com o conflito gerado pela falta do material e com a pressa da enfermeira para liberar a paciente da sala cirúrgica para a **sala de recuperação pós anestésica SRPA.**
- 7 – ~~A~~ equipe deverá usar o **checklist** de cirurgia segura na última etapa para a transferência da paciente.

## 2- INSTRUÇÃO PARA O CENÁRIO

### DESCRIÇÃO DO CENÁRIO

Sala cirúrgica, paciente encontra-se na mesa cirúrgica em finalização ~~da atividade operatória do ato cirúrgico.~~

Manequim de baixa fidelidade para representar a paciente;

Equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico (CC) representará os técnicos ~~e enfermeiros da cena;~~ e o residente em ginecologia e obstetria;

~~Residentes de ginecologia e obstetria interpretarão o papel de residente da cena;~~

**Mobiliário:** mesa cirúrgica (01), mesa de apoio (01), ~~carrinho de anestesia~~ **aparelho de anestesia** (01), foco cirúrgico (02), mesa de inox (02), ~~mesa de apoio (01)~~, suporte de soro (02), **berço aquecido** (01), ~~mesa para o recém-nascido (01)~~, cadeira (01).

**Equipamentos:** monitor multiparâmetros (01), cabo para monitorização cardíaca (01) cabo para oxímetro adulto (01), cabo para pressão não invasiva (01), ~~celular (01)~~, computador (01);

**Materiais:** **boneco** (01), caixa de instrumentais cirúrgico para cesariana (01), campos cirúrgicos (05), hamper (01), lixeiros (02), **pacote de compressas que contenha 05 unidades** (04), **lençol lençóis** (02), prendedores de campo cirúrgico (02), camisola (01), toucas (06), roupas privativas (06), máscaras descartáveis (06), propés (12), maleta de medicamentos (01), maleta de materiais (01), caixa para instrumentais sujos (01), ~~caixa para instrumentais limpos (01)~~, equipo macrogotas (01), polifix (01), rolo de micropore (01), soro ringer 500ml (01), prancheta (01), pinça kelly (01), pacote de gazes que **contenha 10 unidades** (01), **tintura de bejjoin** (01).

**Documentações de apoio:** prescrição médica para o setor de internação (01), prescrição médica para a **SRPA sala de recuperação pós anestésica** (01), e-boletim anestésico (01), carteirinha da gestante (01), ficha de internação (01), *checklist* de cirurgia segura (01), mapa cirúrgico.

**Adereço:** pulseira de identificação para o paciente (01), **pulseira de identificação mãe e bebê** (02).

### 3- RECURSOS PARA OS PARTICIPANTES

- Roupa privativa do centro cirúrgico;
- Touca;
- Propé;
- Máscara descartável;
- Prontuário médico;
- Prescrição médica para o setor de internação;
- Prescrição médica para a **sala de recuperação pós anestésica SRPA**;
- Boletim anestésico;
- Carteirinha da gestante;
- Ficha de internação;

#### RECURSOS PARA ~~A ATRIZ~~ O MEMBRO SIMULADO DA EQUIPE

Será necessário para a atriz simulada **representada pela técnica de enfermagem de outro setor**: roupa privativa do centro cirúrgico, touca e máscara descartável. A mesma poderá utilizar seu calçado pessoal com os propés. Ela estará fora da sala onde acontecerá a cena principal e só entrará dois minutos após a cena iniciar, neste ambiente a equipe cirúrgica está finalizando o atendimento de uma cesariana. Você estará com uma prancheta e o mapa cirúrgico nela. Você estará ansiosa, estressada e agitada tentando agilizar tudo. Suas falas serão rápidas e objetivas, pois você quer que eles **finalizem este atendimento para iniciarem ~~iniciem~~ outra cirurgia nesta mesa mesma sala cirúrgica.**

#### Checklist de montagem

Montagem da sala cirúrgica nº 06:

- 01 ~~carrinho de anestesia~~ **aparelho de anestesia**;

- 01 cadeira;
- 01 mesa cirúrgica;
- 01 mesa de apoio;
- 02 suportes de soro;
- 02 focos cirúrgicos;
- 02 mesas de inox;
- ~~- 01 mesa de apoio;~~
- 01 berço aquecido;
- ~~- 01 mesa para o recém-nascido;~~
- 01 monitor multiparâmetros;
- 01 cabo para monitorização cardíaca;
- 01 cabo para oxímetro adulto;
- 01 cabo para pressão não invasiva;
- 01 celular;
- 01 computador;
- 01 caixa de instrumentais cirúrgicos para cesariana;
- 05 campos cirúrgicos;
- 01 hamper;
- 02 lixeiros;
- ~~04~~ 01 pacote de compressas que contenha 05 unidades;
- 02 lençóis;
- 02 prendedores de campo cirúrgico;
- 01 camisola;
- 06 toucas;
- 06 máscaras descartáveis;
- 06 roupas privativas;
- 01 maleta de medicamentos;
- 01 maleta de materiais;
- 01 caixa para instrumentais sujos;
- ~~- 01 caixa para instrumentais limpos;~~
- 01 pinça kelly;
- 01 pacote de gazes com 10 unidades;
- 01 equipo macrogotas;
- 01 polifix;
- 01 rolo de micropore;
- 01 soro ringer 500ml;
- 01 tintura de bejjoin;
- 01 pulseira de identificação para o paciente;
- 02 pulseiras de identificação mãe e bebê;
- 01 prancheta;
- 01 prescrição médica para o setor de internação;
- 01 prescrição médica para a sala de recuperação pós anestésica SRPA;
- 01 boletim anestésico;
- 01 carteirinha da gestante;
- 01 ficha de internação;
- 01 checklist de cirurgia segura;
- 01 mapa cirúrgico.

## Preparo

~~Primeiramente deve-se posicionar~~ Posicionar o ~~carrinho de anestesia~~ aparelho de anestesia e a cadeira do anestesista nos fundos da ~~suporta—suposta~~ sala cirúrgica. Em cima do ~~carrinho de anestesia~~ aparelho de anestesia deverá ser instalado o monitor multiparâmetros com os cabos (oxímetro, pressão não invasiva e cardíaca).

Na mesa de apoio deverá ser colocado o computador ~~e o celular~~ com música em volume médio a alto. As documentações de apoio ficarão próximas a este computador ~~celular~~.

Ainda nesta mesa deve-se colocar a maleta de medicamentos e de materiais.

Na sequência deverá ser posicionada a mesa cirúrgica alinhada ao ~~carrinho de anestesia~~ aparelho de anestesia (na qual a parte superior da mesa, fica próxima ao ~~carrinho de anestesia~~ aparelho de anestesia, simulando que a cabeça da paciente ficará perto do suposto anestesista). Os focos cirúrgicos ficarão direcionados para a mesa cirúrgica, localizada na parte medial, ~~lembrar de deixá-los ligados na cena~~. Os suportes de soro ficarão na parte superior dos braços para a montagem da ~~barraca barreira~~ e a manequim deitada em decúbito dorsal.

O berço aquecido ficará no lado oposto ao ~~carrinho de anestesia~~ do aparelho de anestesia. ~~e ao seu lado a mesa para o recém-nascido~~. As mesas de inox ficarão na parte inferior da mesa cirúrgica, com campos cirúrgicos e os instrumentais dispostos como na instrumentação para cesariana. Os campos cirúrgicos cobrirão a manequim, deixando exposto apenas a parte inferior do abdômen, local onde supostamente foi realizado a cesariana. ~~Alguns instrumentais poderão ficar dispostos na parte inferior da paciente, próximo a mesa de instrumentais. A mesa de instrumentais estará posicionada próximo a mesa cirúrgica. Os instrumentais estarão bagunçados, representando o final de uma cirurgia. Nesta mesa teremos as gazes utilizadas (sujas com tintura de bejain, representando o sangue) e gazes novas que não foram utilizadas. O rolo de micropore deverá estar em cima da mesa de instrumentais para a realização do curativo. No braço esquerdo da paciente em seu pulso deverá estar a pulseira de identificação e a pulseira mãe e bebê. Neste mesmo braço deverá estar instalado no antebraço da paciente o suposto acesso venoso (polifix, equipo e ringuer), cobertos por micropore e identificação do acesso que conterà as seguintes informações: (20/01/2023), técnica Laura, abocath n° 18.~~

O hamper estará posicionado próximo a porta e nele deverá ser colocado uma pinça kelly com uma gaze no fundo do mesmo, depois será coberto com outros campos supostamente utilizados na cirurgia. A porta da sala deverá estar fechada para o início da cena.

#### 4- ORIENTAÇÕES PARA A ATRIZ O MEMBRO SIMULADO DA EQUIPE

- Você será a enfermeira do CC/atriz. Lembre-se a cena inicia com a finalização do procedimento ~~de cesariana~~, ou seja, no momento em que a cena inicia, a paciente está bem e com o curativo ~~feito~~ pendente a ser realizado. ~~Só Falta~~ retirar os campos ~~estéreis~~ e iniciar a organização do ambiente cirúrgico ~~para a e a~~ transferência para a ~~sala de recuperação pós anestésica SRPA~~.
- ~~Você estará com uma prancheta e o mapa cirúrgico nela. Você estará ansiosa, estressada e agitada tentando agilizar tudo. Suas falas serão rápidas e objetivas, pois você quer que eles iniciem outra cirurgia nesta mesma sala.~~
- ~~Você vai entrar na cena dois minutos após a equipe iniciar o atendimento. Já estarão dentro da sala uma médica residente, um instrumentador cirúrgico e uma dois circulantes de sala. Você vai abrir a porta com força, interpretará uma voz agressiva estará agitada e agressiva e falará para a equipe: -Pessoal, temos que agilizar esta sala, preciso liberar para a próxima cesariana!! Vou pedir para alguém ajudar vocês na limpeza da sala.~~ Fecha a porta.
- ~~Em seguida entra a técnica de enfermagem que foi chamada para auxiliar na limpeza e organização da sala. Você abre novamente a porta e entra na sala de cirurgia, começa a guardar~~

os medicamentos (mais atrapalha do que ajuda) e fica falando em voz alta: -bora pessoal, vamos lá, precisamos liberar a sala!! precisamos liberar a sala!!

~~• O instrumentador está contato as pinças e de repente percebe que falta uma pinça e uma gaze. O instrumentador fala em voz mediana: está faltando uma gaze e uma kelly. Você escuta e aguarda um tempo até alguém se pronunciar, caso ninguém se pronuncie ela começa a falar: -Cadê a pinça, cadê a pinça, e a gaze, como assim falta uma gaze!!! Enquanto fala, movimentará os campos cirúrgicos retirando as coisas, bagunça as pinças e aguarda a equipe responder. Você os deixará agirem. Caso lhe perguntem algo, você poderá responder, mas sempre com tom de pressa e agressividade. Se a equipe demorar para se pronunciar você fala: vamos lá pessoal, cadê, cadê???~~

• Em seguida você começa a ajudar a organizar os instrumentais e fala: - instrumentador, está tudo certo com estas pinças? -Cadê a pinça kelly? -Foi conferido? -Como foi fechado a paciente se não foram conferidos os instrumentais? Enquanto fala, movimentará os campos cirúrgicos, retirando o que foi jogado no hamper. Você os deixará agirem.

• Caso lhe perguntem algo, você poderá respondê-los, mas sempre com tom de agressividade. Se a equipe demorar para se pronunciar, você fala: -Vamos lá pessoal, cadê a pinça? Cadê?

• Caso o instrumentador não sinalize a falta da pinça e da gaze, você pode se aproximar da mesa de instrumentais, contar visualmente os itens e identificar a falta. E você falará: -Cadê a pinça, cadê a pinça, e a gaze, como assim falta uma gaze?!!! Enquanto fala, movimentará os campos cirúrgicos retirando as coisas, bagunça as pinças e aguarda a equipe responder.

• A pinça e a gaze estarão juntas caixa dentro do hamper, que estará com outros campos jogados dentro dele. Caso algum deles encontre a pinça e a gaze, a cena será finalizada. Caso não achem durante os nove minutos da cena, você poderá pegar a pinça e a gaze do hamper e no décimo minuto a cena será finalizada.

## 5- ORIENTAÇÕES E INFORMAÇÕES AO EXAMINADOR/AVALIADOR

### Categoria do caso

A cena deve acontecer conforme a realidade vivenciada na instituição. Trata-se da finalização de uma cesariana na sala cirúrgica com organização para a transferência do paciente para a [sala de recuperação pós anestésica SRPA](#).

### Cenário de atendimento

- Sala de cirurgia n° 06.

### Recursos

- Impresso 1 – Descrição do caso para os participantes;
- Impresso 2 – Prescrição médica para o setor de internação;
- Impresso 3 – Prescrição médica para a [sala de recuperação pós anestésica; SRPA](#);
- Impresso 4 – Boletim anestésico;
- Impresso 5 – Carteirinha da gestante;
- Impresso 6 – Ficha de internação;
- Impresso 7– Checklist de cirurgia segura;
- Impresso 8 – Mapa cirúrgico;
- Impresso 9 – Pulseira de identificação da paciente.
- [Impresso 10 – Pulseira de identificação mãe e bebê;](#)

### Finalidade do caso e breve descrição

A cena consiste no término de uma cesariana e organização dos documentos e cuidados assistenciais para a transferência da paciente entre a sala cirúrgica e para a sala de recuperação pós anestésica SRPA. Para a cena acontecer a equipe deve trabalhar com uma situação adversa encontrada no final do atendimento. Devem desenvolver o raciocínio rápido e o trabalho em equipe.

## **6 - INFORMAÇÕES PARA O (A) EXAMINADOR (A)**

### **Os participantes deverão ser capazes de:**

- Realizar a organização dos documentos e materiais para a transferência da paciente;
- Atender as necessidades da paciente durante a organização da transferência;
- Tomar decisões frente as situações estressoras da cena;
- Lidar com situação estressora de comportamento e atitudes dos profissionais envolvidos na cena;
- Capaz de trabalhar em equipe para encontrar o melhor desfecho na cena considerando a não identificação dos materiais já mencionados;

### **Informações sobre o caso e condutas a serem tomadas**

O manequim estará deitado na mesa cirúrgica coberto pelos campos cirúrgicos. Os participantes da cena ~~estarão divididos em~~ **deverão realizar as** atividades, sendo elas: **organização dos documentos e circulante está organizando os papéis para a transferência da paciente e circulante está guardando os** e medicamentos que não serão utilizados **de volta** na maleta. O instrumentador ~~está realizando~~ **deverá realizar o curativo cirúrgico com o auxílio da residente e após, realizará a contagem dos instrumentais e materiais e a residente está retirando os campos cirúrgicos.** A enfermeira entrará na cena para apressar a equipe ~~de~~ **para finalizar o atendimento e** liberar a sala, pois precisam atender mais cirurgias. Durante este momento o instrumentador sinalizará que está faltando uma pinça e uma gaze, com isso a equipe precisa tomar condutas em equipe, para a resolução do problema. **Caso o instrumentador não perceba a falta da gaze e pinça, a enfermeira sinalizará verbalmente para a equipe.**

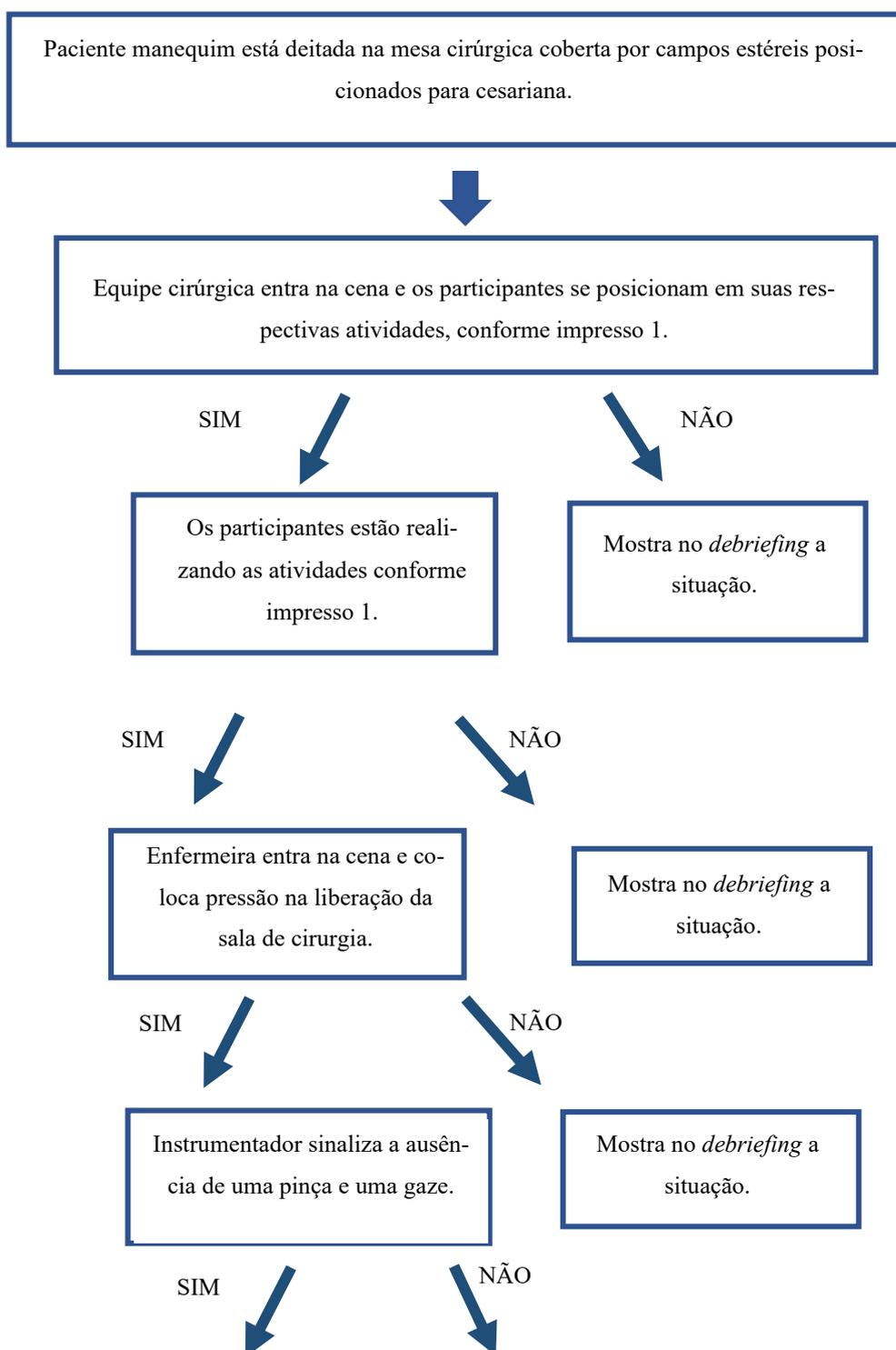
### **Momento de entrega dos impressos**

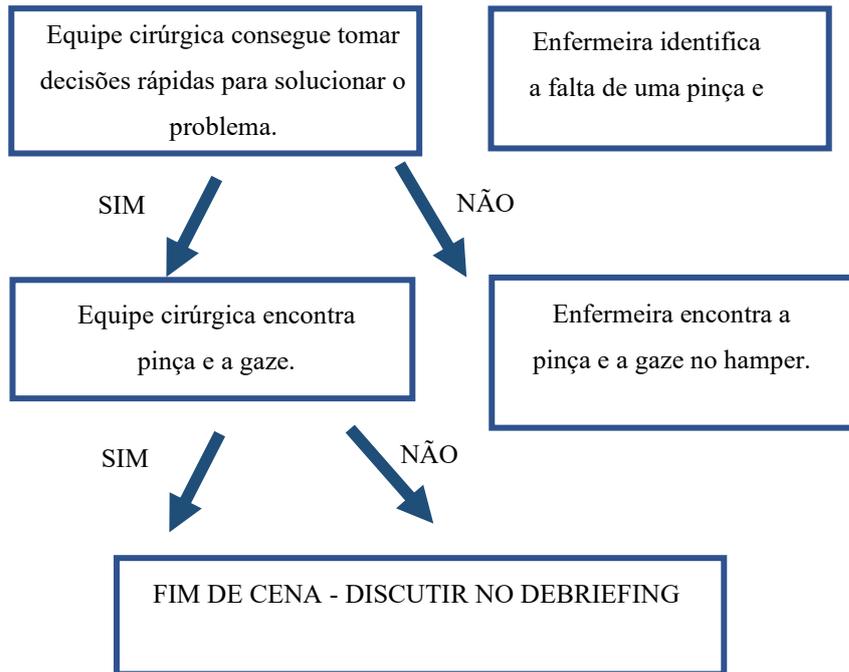
Serão convidados a participar da cena 4 participantes para se dividirem entre: circulante principal; circulante auxiliar; instrumentador; e médica residente. Após a divisão dos **papéis** será entregue o impresso 1 e aguardado dois minutos para a leitura do caso. ~~A atriz~~ O membro simulado da equipe que será interpretado por uma enfermeira já terá conhecimento prévio das suas falas. **Os facilitadores deverão explicar** ~~Explicar~~ aos participantes que o tempo de simulação será de 10 minutos **e que podem conversar e interagir com o manequim, porém ele não responderá.**

## 7 - FLUXOGRAMA DA ESTAÇÃO

O local da simulação já estará todo montado conforme orientações do checklist de montagem e preparo. Entregar aos participantes o impresso 1 antes de entrarem na cena.

Entregar aos participantes o impresso 1 antes de entrarem na cena.





**8- CHECKLIST DO (A) EXAMINADOR (A)**

Participante:

Examinador:

Nº	Itens de desempenho avaliados	Desempenho observado			
		Não realizou	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
<b>Trabalho em equipe</b>					
01	Os participantes se tratam com respeito, cordialidade e humanização.				
02	A equipe discuti entre si para solucionar os problemas identificados.				
03	Há alguém na equipe que lidera a situação e busca trazer resiliência para a situação que a equipe está vivenciando.				
<b>Comunicação</b>					
04	Realizou comunicação com clareza e segurança.				
05	Desenvolveu a comunicação com respeito, empatia, harmonia e humanização.				
06	Houve espaço de comunicação para que todos pudessem falar e se expressar.				
07	<del>Realizou</del> Utilizou da comunicação verbal para solucionar o problema encontrado.				
<b>Tomada de decisão</b>					
08	Desenvolveram o raciocínio clínico no sentido de cogitar a possibilidade de evento adverso e do erro diante da ausência dos materiais na contagem.				
09	Houve espaço para que todos da equipe pudessem opinar e solucionar o problema.				
10	Souberam lidar com resiliência diante da pressão da enfermeira e tomaram uma decisão para a situação desta pressa da colega.				
<b>Organização da transferência do paciente</b>					
11	Discutiram entre eles, no sentido de identificar todos os cuidados que precisam ser feitos para a transferência da paciente.				

12	Realizaram a conferência dos materiais para a transferência da paciente.				
13	Organizaram a sala cirúrgica conforme habilidade e responsabilidade de cada profissional na sala.				
<p><b>Pontuação conforme indicadores: Não realizou: 00;</b>  <b>Realizou incorretamente: 0,25;</b>  <b>Realizou parcialmente: 0,5;</b>  <b>Realizou completamente: 1,0;</b>  <b>AVALIAÇÃO GLOBAL: soma todas as notas e divide pelo número de itens.</b></p>					

### ANEXOS

- Impresso 1 – Descrição do caso para os participantes;
- Impresso 2 – Prescrição médica para o setor de internação;
- Impresso 3 – Prescrição médica para a [sala de recuperação pós anestésica](#); ~~SRPA~~;
- Impresso 4 – Boletim anestésico;
- Impresso 5 – Carteirinha da gestante;
- Impresso 6 – Ficha de internação;
- Impresso 7 – Checklist de cirurgia segura;
- Impresso 8 – Mapa cirúrgico;
- Impresso 9 - Pulseira de identificação da paciente.
- Impresso 10 – Pulseira de identificação mãe e bebê;

### IMPRESSO 1 – Descrição do caso para os participantes

13:20 – Vocês serão chamados pela enfermeira para organizar a transferência da paciente da sala cirúrgica nº 06 (1 médica residente + 3 técnicos de enfermagem). Infelizmente a equipe anterior, teve que sair às pressas devido a uma emergência (circular de cordão em outra sala). Vocês são responsáveis para a continuidade/organização da transferência da paciente Julia Silva, sexo feminino, 35 anos, submetida a uma cesárea de gemelares. A cirurgia já finalizou e neste momento será necessário a organização do processo de transferência da sala cirúrgica para a sala de recuperação. A paciente no momento encontra-se lúcida, orientada, sinais vitais estáveis, posicionada na mesa cirúrgica, ainda com os campos dispostos e com a necessidade de realizar o curativo na incisão cirúrgica.

**IMPRESSO 2 - Prescrição médica para o setor de internação**

 <p align="center"><b>PRESCRIÇÃO MÉDICA SETOR DE INTERNAÇÃO</b></p>			
<b>Nome do paciente:</b> JULIA SILVA			
<b>Número de atendimento:</b> 385697			
<b>Convênio:</b> Particular		<b>Idade:</b> 35 anos	
<b>Motivo Internação:</b> cesariana			
<b>Diagnóstico:</b> Gestação múltipara			
<b>Alergias:</b> Nega			
<b>Período de vigência:</b> 20/01/2023 – 16:00 até 21/01/2023 – 16:00			
<b>Número da prescrição:</b> 159997			
Item	Medicamento	Via	Freq.
1	Claritin 10mg	VO	SN (Prurido)
2	Dipirona 1,0g/ml	EV	8/8hs
3	Buscopan 10mg/ml	EV	8/8hs
4	Ocitocina 5UI + 500 ml SF 0,9%	EV	8/8hs
<b>Recomendações</b>			
1	Dieta livre após 6 horas alta da recuperação pós anestésica	VO	M/T/N
2	Troca do curativo	-----	1x ao dia
<b>Médico prescriptor:</b>		<b>CRM:</b>	

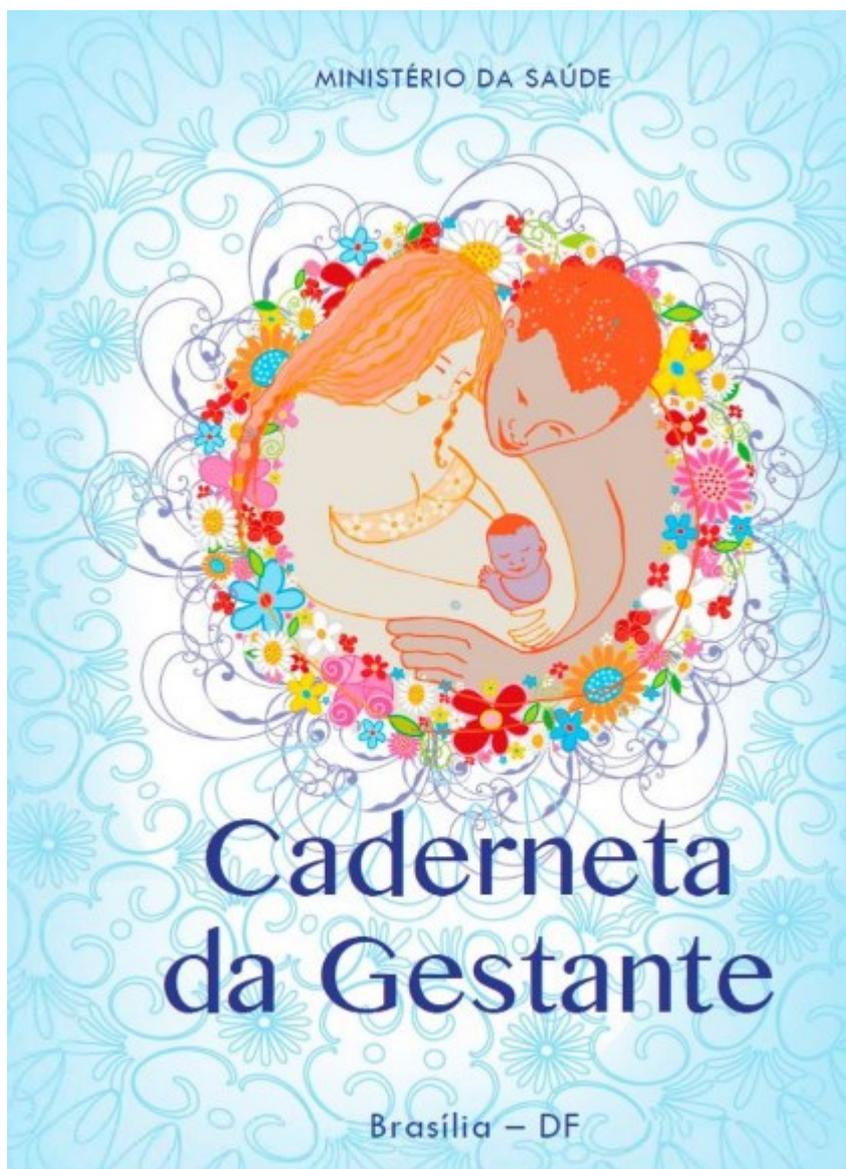
**IMPRESSO 3 - Prescrição médica para a sala de recuperação pós anestésica SRPA**

 <p style="text-align: center;"><b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b> <b>SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA SRPA</b></p>			
<b>Nome do paciente:</b> JULIA SILVA			
<b>Número de atendimento:</b> 385697			
<b>Convênio:</b> Particular		<b>Idade:</b> 35 anos	
<b>Motivo Internação:</b> Cesariana			
<b>Diagnóstico:</b> Gestação múltipara			
<b>Alergias:</b> Nega			
<b>Período de vigência:</b> 20/01/2023 – 16:00 até 21/01/2023 – 16:00			
<b>Número da prescrição:</b> 159997			
Item	Medicamento	Via	Freq.
1	Claritin 10mg	VO	SN (Prurido)
2	Dipirona 1,0g/ml	EV	8/8hs
3	Buscopan 10mg/ml	EV	8/8hs
4	Ocitocina 5UI + 500 ml SF 0,9%	EV	8/8hs
<b>Médico prescriptor:</b>		<b>CRM:</b>	

## IMPRESSO 4 - Boletim anestésico

		<b>BOLETIM ANESTÉSICO</b>	
<b>Nome do paciente:</b> JULIA SILVA			
<b>Número de atendimento:</b> 385697			
<b>Convênio:</b> Particular		<b>Cirurgião:</b> Dra. Paula Paz	<b>CRM:</b> 5264
<b>Anestesista:</b> Dra. Beatriz Oliveira		<b>CRM:</b> 1010149	
<b>Código do procedimento:</b> 31309054 - cesariana			
<b>Código adicional:</b> Não se aplica			
<b>Tipo de anestesia:</b> Raquidiana			
<b>Horário de início:</b> 12:10		<b>Horário do término:</b> 13:10	
<b>Descrição da técnica anestésica</b>			
1 - Paciente em decúbito lateral esquerdo (preferencial) ou sentada.			
2 - Punção do espaço subaracnóideo em L2-L3 ou em L3-L4 pelo acesso mediano ou para-mediano, com agulha de calibre 25 ou 27 descartável, observando saída de líquido.			
3- Administração de anestésico local por via raquidiana: bupivacaína 0,5% hiper ou iso-bárica 12,5 mg.			
4 - Administração de opiáceo: morfina 80 mcg.			
<b>Assinatura do anestesista:</b>		<b>CRM:</b>	

**IMPRESSO 5 - Carteirinha da gestante**



## IMPRESSO 6 – Ficha de internação

		<b>FICHA DE INTERNAÇÃO</b>	
<b>Nome do paciente:</b> JULIA SILVA			
<b>Número de atendimento:</b> 385697			
<b>Convênio:</b> Particular		<b>Procedimento:</b> 31309054 - cesariana	
<b>Endereço:</b> Rua Alfredo Carlos, nº 25. Bairro: Jardim Botânico. Cidade: Jaraguá do Sul.			
O Hospital prestará o serviço de hotelaria/internação na área destinada ao internamento hospitalar, com acomodação de apartamento com banheiro. As despesas oriundas deste contrato constam em uma tabela anexa, cujo encerramento será realizado após a alta médica.			
Fui esclarecido que o valor a ser pago pode variar conforme o número (quantidade) e os materiais /serviços / equipamentos / medicamentos / OPME / acomodações que utilizarei.			
Fui previamente esclarecido sobre os valores ESTIMADOS que poderei ter que pagar de modo particular, ciente que o valor final somente será conhecido no fechamento da conta.			
Declaro para devidos fins que estou ciente dos riscos de internação e do procedimento cirúrgico a qual serei submetido.			
Declaro para devidos fins que estou ciente dos riscos de contrair COVID durante minha internação.			
Assinatura do paciente		Assinatura do responsável quando menor de idade	

## IMPRESSO 7 – Checklist de cirurgia segura

# CHECKLIST DE CIRURGIA

## Ao receber o paciente no C.C

### Confirmar com o paciente:

- Nome
- Data de nascimento
- Procedimento
- Cirurgião
- Conferência pulseira
- Jejum desde às \_\_\_ : \_\_\_
- Tosse  Sim  Não
- Febre  Sim  Não
- Membro demarcado  Sim  Não
  - Direita  Esquerda
- Peso \_\_\_\_\_ Tipagem Sanguínea \_\_\_\_\_

### ALERGIAS

- Não
- Sim \_\_\_\_\_
- Caderneta de gestante
- Prontuário

### Exames

- Acesso venoso
- Puncionado  Conferido

### Medição pré-anestésica:

- Prescrito  Sim  Não
- Administrado  Sim  Não

### Antibiótico profilático:

- Prescrito  Sim  Não
- Administrado  Sim  Não

- Retirado adornos e próteses
- Realizado Tricotomia / Tonsura
- Meias / Sutiã / Tipoia

## Antes da indução anestésica

### Confirmar com o paciente:

- Nome
- Data de nascimento
- Procedimento
- Cirurgião
- Conferência pulseira
- Local (Lado)  Direita  Esquerda

### ALERGIAS

- Não
- Sim: \_\_\_\_\_
- Acesso venoso testado

### Confirmar com o anestesia:

Dificuldade de via aérea ou risco de aspiração:

- Sim  Não

- Equipamentos disponíveis

### Confirmar com o instrumentador: Instrumentais:

- Disponíveis  Esterelizados

### Confirmar com o instrumentador:

- Disponíveis
- Placa de electrocautério instalada
- Revisado as conexões da mesa cirurgica

## Antes do paciente sair da sala

### Ao circulante de sala:

- Anatomopatológico
- Formulário preenchido
- Frasco identificado
- Contagem de compressas, gazes, instrumentais e agulhas estão corretas?

### Há informações importantes para SRPA?

- Dreno \_\_\_\_\_
- Sonda \_\_\_\_\_
- Curativo \_\_\_\_\_

Cliente: \_\_\_\_\_

Internação: \_\_\_\_\_

1º Fase \_\_\_\_\_

2º Fase \_\_\_\_\_

3º Fase \_\_\_\_\_



## IMPRESSO 8 – Mapa cirúrgico



**MAPA CIRÚRGICO**  
**HOSPITAL JARAGUÁ**  
**DATA: 20/01/2023**  
**TURNO VESPERTINO**

<b>SALA 01</b>					
<b>Horário</b>	<b>Idade</b>	<b>Paciente</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Cirurgião</b>	<b>Convênio</b>
13h30	7a	Paula Garcia	Amidalectomia	Dra. Andréia	SUS
<b>SALA 02</b>					
<b>Horário</b>	<b>Idade</b>	<b>Paciente</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Cirurgião</b>	<b>Convênio</b>
14h00	45	Maráisa Farias	Mamoplastia Redutora	Dra. Bruna	Particular
a/s	43	Rúbia Marcelli Gomes	Mamoplastia Redutora	Dra. Bruna	Particular
<b>SALA 03</b>					
<b>Horário</b>	<b>Idade</b>	<b>Paciente</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Cirurgião</b>	<b>Convênio</b>
13h30	28	Paulo Malti	Herniorrafia inguinal	Dr. Lucas	Unimed
<b>SALA 04</b>					
<b>Horário</b>	<b>Idade</b>	<b>Paciente</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Cirurgião</b>	<b>Convênio</b>
a/s	Continuação cirurgia da manhã em andamento				
<b>SALA 05</b>					
<b>Horário</b>	<b>Idade</b>	<b>Paciente</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Cirurgião</b>	<b>Convênio</b>
12h30	18	Katia Paulini	Otoplastia	Dr. Pedro	Particular
<b>SALA 06</b>					
12h00	35	Julia Silva	Cesariana	Dra. Paula	Particular
a/s	37	Beatriz Bruch	Cesariana	Dra. Paula	Unimed
a/s	31	Letícia Martins	Cesariana	Dra. Paula	Unimed

**IMPRESSO 9 - Pulseira de identificação da paciente**

Paciente: <b>JULIA SILVA</b> Data de Nascimento: 31/10/1987 Nome da mãe: Lúcia Peres Silva Atendimento: 385697	 
---	---

**IMPRESSO 9 - Pulseiras de identificação mamãe e bebê**

<b>RN 1 DE JULIA SILVA</b> Data de nascimento: 20/01/2023 Rn: sexo masculino Horário: 12:35	 
--	---

<b>RN 2 DE JULIA SILVA</b> Data de nascimento: 20/01/2023 Rn: sexo feminino Horário: 12:37	 
---	---

**REFERÊNCIAS**

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G.. **Brunner e Suddarth** Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 11 ed. Rio De Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde. **SOBECC**. 7. ed. rev. e atual. Barueri, SP: Manole; São Paulo: SOBECC, 2017.

Metodologias ativas no ensino do cuidado de enfermagem perioperatória. Curitiba: CRV, 2017. v.1. p. 194. Série: **Metodologias ativas no ensino perioperatório**.

## INFORMAÇÕES SOBRE A ENCOMENDA 2

### Dimensão: 11 – Transferência internas e passagem de plantão

#### ÁREA: CIRÚRGICA

~~TEMA: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PASSAGEM DE PLANTÃO NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)~~

TEMA: ASSISTÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE NA TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO PARA A SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA.

#### 1. TEMA/CONTEÚDO A SER ABORDADO:

Tema: Assistência da equipe de saúde na ~~passagem de plantão~~ na transferência do cuidado para a sala de recuperação pós anestésica ~~SRPA~~.

#### 2. OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM:

Oportunizar na simulação clínica o desenvolvimento da equipe frente a conduta inadequada na assistência de enfermagem e problemas de comunicação durante a passagem de plantão na Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA).

#### 2.1 HABILIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE ENVOLVIDOS:

- Capaz de comunicar-se adequadamente no momento da passagem de plantão, considerando ~~humanização, respeito e empatia. com os colegas que recebem o plantão;~~
- Realizar a comunicação na passagem de plantão de maneira segura, clara, simples e efetiva, considerando a situação clínica do paciente;
- Capaz de ~~falar~~ transmitir ~~das~~ alterações clínicas que podem ter ocorrido com o paciente durante o seu turno de trabalho, ~~conforme o procedimento cirúrgico-anestésico.~~
- Capaz de ~~falar~~ descrever sobre os ~~cuidados de enfermagem~~ prestados durante o seu turno de trabalho e pendências inerentes a continuidade do cuidado.
- Capaz de identificar os riscos à segurança do paciente.
- Capaz de tomar decisões frente aos conflitos;

#### 3. TIPO DE SIMULAÇÃO (cênica, híbrida, baixa/média e alta complexidade):

Cênica de baixa complexidade.

#### 4. PACIENTE (sexo e faixa etária do paciente):

Paciente do sexo masculino ~~com faixa etária de~~ 56 anos.

#### 5. CASO CLÍNICO:

Paciente Júlio, sexo masculino, 56 anos, admitido na ~~SRPA~~ sala de recuperação pós anestésica após procedimento de ~~prótese em quadril direito~~ artroplastia de quadril direito, submetido a ~~anestesia raquidiana~~. Apresenta-se lúcido, orientado e consciente, respirando em ar ambiente, pressão arterial 120x80mmHg, Sat: 98%, FC: 100bpm. Possui acesso venoso em membro superior esquerdo, puncionado com abocath n. 18 no dia de hoje (12/11/2023), ~~com infusão de Ringer Lactato em curso de (60 gotas/min),~~ coxim abdutor entre as pernas, curativo compressivo em quadril direito, com micropore, medindo aproximadamente 15 centímetros ~~e dreno de suctor na incisão cirúrgica.~~ O paciente faz uso de meia compressiva e ~~sistema de compressão~~

anti-trombose (Phlebo Press) ~~máquina anti-trombo~~. Neste momento, ~~apresenta-se ansioso para ir ao quarto de internação e apresenta-se com frio e relata dor~~ algia no quadril esquerdo.

**6. DOENÇA/SITUAÇÃO-PROBLEMA A SER EXPLORADA:**

Prótese de quadril.

**7. PROCEDIMENTOS (se houverem):**

- Organizar todos os dados para a passagem de plantão;
- Cobrir o paciente com cobertor;
- Exame físico para identificação da dor;
- Aplicar escala de dor;
- Confirmar a alergia antes da administração de medicamentos.
- Verificar a prescrição médica;
- Mediar o paciente;
- Alterado ordem cronológica conforme sequência da cena.

**8. DISTRATORES:**

- Paciente começa a reclamar de dor;
- Presença de placa de eletrocautério na perna esquerda.
- ~~Dúvida a respeito da medicação administrada anteriormente; Está na evolução de enfermagem que foi administrado dipirona EV. Mas, o paciente grita que é alérgico a dipirona;~~
- Paciente fica preocupado em relação as dúvidas das informações;
- Ausência da pulseira de identificação de alergia;
- Falta de atenção e pressa dos profissionais.

**9. CENÁRIO DE PRÁTICA - Local/referência de local em que será realizado o atendimento/procedimento:**

- Sala de recuperação pós anestésica.

**10. PROBLEMAS DE COMUNICAÇÃO COM PACIENTES ~~E FAMILIARES~~:**

- Paciente ansioso, agoniado devido a uma dor na perna oposta da cirurgia;
- Informação de cirurgia em membro que não corresponde ao operado;
- Paciente está sem pulseira de alergia;

**11. CONFLITOS ÉTICOS E JURÍDICOS:**

Não se aplica.

**12. Situação interprofissional envolvida (competências comuns e colaborativas):**

- Comunicação interprofissional;
- Atenção concentrada;
- Resolução de conflito;
- Passagem de plantão.

**13. Nível estimado de dificuldade (fácil, médio ou difícil):**

Médio.

**14. Informações complementares (inserir outras informações utilizadas na construção da estação):**

Nesta cena o objetivo é que a equipe da sala de **recuperação pós anestésica SRPA** possa organizar a passagem de plantão entre os turnos de trabalho. ~~O objetivo é Com a intenção de~~ abordar os aspectos como falta de atenção e pressa como os **fatores distratores** impactantes para o cuidado.

## ENTREGA DAS ESTAÇÕES SIMULADAS

### ÁREA: CIRÚRGICA

### TEMA: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PASSAGEM DE PLANTÃO.

#### 1- INSTRUÇÃO PARA O PARTICIPANTE

#### CENÁRIO DE ATUAÇÃO

18:45 - Vocês **acabaram** de chegar **no setor** para receber o plantão (técnico de enfermagem e enfermeiro). Contudo, não houve tempo hábil para uma colega (técnica de enfermagem), do plantão anterior, passar o plantão de seus pacientes. Então, ela deixou por escrito **a passagem de plantão, que um participante passará em seu nome. para outra colega que irá passar o plantão aos colegas que chegaram na SRPA.** O paciente da colega que saiu encontra-se: lúcido, orientado, e consciente, e respirando em ar ambiente. **Este paciente** Encontra-se acomodado em ~~na~~ maca na **sala de recuperação pós anestésica, SRPA**, vestido com camisola e coberto por um lençol. A maca está com as grades elevadas. Apresenta **acesso venoso punção venosa** em MSE, **com abocath n.18** infusão de **Ringer Lactato** em curso (60 gotas/min), coxim abdutor entre as pernas, curativo compressivo no quadril direito ~~e dreno de suctor na ineisão cirúrgica,~~ faz uso de **sistema de compressão anti-trombose (Phlebo Press)** ~~bota-antitrombo.~~ Vocês ~~irão-receberão~~ o plantão dos pacientes dos colegas que estão encerrando o turno e deste paciente que a colega teve que sair às pressas.

**Nos próximos 10 minutos, deverão ser realizado as seguintes tarefas:**

- 1- ~~O colega do plantão que está encerrando deverá realizar a passagem de plantão deste paciente, em razão do colega responsável por este paciente ter saído às pressas para pegar a filha na escola.~~ Um participante entrará primeiramente e terá dois minutos para realizar a leitura do caso para passar o plantão aos demais colegas;
- 2- ~~O colega deverá passar as informações referentes ao: tipo de cirurgia, tipo de anestesia, intercorrências e outros cuidados relacionados ao quadro clínico.~~ Após dois minutos, os colegas devem receber o plantão;
- 3- ~~Os profissionais deverão~~ A equipe deverá realizar a leitura da evolução de enfermagem;
- 4- ~~—~~
- 5- ~~Ao receber o plantão os colegas que irão dar darão continuidade ao turno deverão fazer a checagem das informações para dar sequência aos cuidados.~~ Os profissionais deverão fazer a checagem das informações para dar sequência aos cuidados;
- 6- Os profissionais deverão se apresentar ao paciente;
- 7- Os **profissionais colegas** presentes na **sala de recuperação pós anestésica SRPA** deverão atender as necessidades do paciente e lidar com eventuais situações que possam ocorrer.

#### 2- INSTRUÇÃO PARA O CENÁRIO DESCRIÇÃO DO CENÁRIO

Paciente sexo masculino, pós cirurgia de **artoplastia total de quadril direito**, ~~prótese de quadril direito~~, encontra-se deitado no leito nº 09 da **recuperação pós anestésica**. No momento está coberto por um lençol, mas é possível visualizar que está fazendo uso de **sistema de compressão anti-trombose (Phlebo Press)** e **coxim abdutor**. ~~máquina antitrombo~~. Apresenta acesso venoso em MSE, puncionado com abocath nº 18, no dia de hoje (12/11/2023), com infusão de **Ringer lactato** em curso (**60 gotas/min**). Curativo localizado na região do trocanter direito, com aproximadamente 15 centímetros em direção da coxa. O aspecto do curativo encontra-se limpo e seco. A cobertura do curativo é de gaze e micropore, com data de identificação do curativo (12/11/2023). ~~Dentro deste curativo tem-se o dreno de suctor, com 50ml de secreção serosanguinolenta~~. Na perna contrária da incisão cirúrgica está, ainda, a placa de eletrocautério.

Paciente será interpretado por um ator;

Enfermeiras do Centro Cirúrgico (CC) e técnicos de enfermagem, representarão os profissionais da equipe de enfermagem da **sala de recuperação pós anestésica SRPA**;

Mobiliário: maca de transporte (01), suporte de soro (01), ~~esortina (01)~~, mesa de apoio (01), mesa de cabeceira (01);

Equipamentos: monitor multiparâmetros (01), cabo para monitorização cardíaca (01) cabo para oxímetro adulto (01), cabo para pressão não invasiva (01); **sistema de compressão anti-trombose (Phlebo Press)** ~~máquina antitrombo~~ (01);, parede de oxigênio (01), rede de vácuo (01);

Materiais: eletrodos (05), Ringer Lactato 500ml (01), equipo macrogotas (01), polifix (01), camisola (01), touca descartável (01), propé (01), máscara cirúrgica (01), dreno de suctor (01), rolo de micropore (01), lençol (02), cobertor (01), prancheta (01), canetas (02), clips grande (01), placa de eletrocautério (01), álcool a beira leito (01), seringa 20ml (01), agulha 40x12 (01), ~~tinta guache vermelha (01)~~, ~~frasco de aspiração de vácuo (01)~~; máscara de venturi adulto (01), **coxim abdutor (01)**.

Documentações de apoio: identificação do leito (01), prescrição médica para o setor de internação (01), prescrição médica para a **sala de recuperação pós anestésica (01)** e **evolução de enfermagem da sala de recuperação pós anestésica (01)**, **evolução dos sinais vitais na sala de recuperação pós anestésica (01)**, **escala de Aldrete e Kroulik (01)**.

Adereço: pulseira de identificação para o paciente (01).

### 3- RECURSO PARA O PARTICIPANTE

- Roupa privativa do centro cirúrgico;
- Touca;
- Propé;
- Máscara descartável;
- Prescrição médica para a **sala de recuperação pós anestésica SRPA**;
- Boletim anestésico;
- Descrição do procedimento;
- Evolução de enfermagem do colega que saiu do plantão;
- Evolução dos sinais vitais da **sala de recuperação pós anestésica SRPA**.
- **Escala de Aldrete e Kroulik**;

### RECURSOS PARA O ATOR/PACIENTE SIMULADO

Será necessário para o paciente simulado: camisola, touca, propé, máscara e roupa de cama (um lençol para deitá-lo e um lençol para cobri-lo). Ele iniciará e permanecerá na cena toda deitado no leito da sala de recuperação pós anestésica SRPA, em decúbito dorsal. Fará uso de coxim abdutor entre as pernas, sistema de compressão anti-trombose (Phlebo Press) ~~máquina anti-trombo~~ em ambas as pernas e simulação de acesso venoso em MSE, com micropore e identificação do acesso. Também estará monitorizado por oximetria no MSE,, pressão não invasiva no MSD e ECG, com 5 eletrodos colados no tórax. No quadril direito curativo compressivo com aproximadamente 15 centímetros, limpo e seco ~~e dreno de suetor com 50ml de secreção sero-sanguinolenta na incisão cirúrgica, no lado direito do quadril~~. Na perna contrária da incisão cirúrgica está ainda colada, a placa de electrocautério.

### Checklist de montagem

#### Montagem do leito da SRPA:

- 01 identificação do leito n. 09;
- 01 maca de transporte;
- ~~- 01 cortina;~~
- ~~- 01 acrílico para identificação do leito;~~
- 01 monitor multiparâmetros;
- 01 cabo para monitorização cardíaca;
- 01 cabo para monitorização de oxímetro;
- 01 cabo para monitorização de pressão não invasiva;
- 01 suporte de soro;
- 01 equipo macrogotas;
- 01 ringer lactato 500ml;
- 01 polifix;
- 01 rolo de micropore;
- ~~- 01 dreno de suetor;~~
- 01 sistema de compressão anti-trombose (Phlebo Press) ~~bota antitrombo;~~
- 01 camisola;
- 02 lençóis;
- 10 propés;
- 05 toucas descartáveis;
- 05 máscaras cirúrgica;
- 01 cobertor;
- 05 conjuntos de roupas privativas para os participantes da cena;
- 01 prancheta;
- 02 canetas;
- 01 pulseira de identificação do paciente;
- 01 placa de electrocautério;
- 01 celular;
- 01 câmara com tripé para gravação do vídeo;
- 09 documentações de apoio;

### Preparo

Primeiramente o paciente/ator deve-se acomodar na maca de transporte na sala de recuperação pós anestésica, localizada no leito nº 09 devidamente vestido com camisola, touca, máscara, avental e propé. Colocar curativo em MSE para simular o acesso venoso, conectar o polifix + equipo + ringer lactato e pendurá-lo no suporte de soro, instalar pulseira de identificação no paciente, no MSD. Deve-se fazer um curativo compressivo da região do trocanter direito, com

aproximadamente 15 centímetros em direção da coxa direita, ~~para simular o curativo pós-cirúrgico e identificá-lo com a data 12/11/2023~~. Monitorizar o ator com pressão não invasiva no braço direito, monitor cardíaco com cinco eletrodos no tórax do paciente, instalar oxímetro em dedo indicador da mão esquerda. Todos os cabos de monitoramento devem estar conectados no monitor multiparâmetros. Na parte interior das coxas, deverá ser colocado o coxim abdutor. Na perna contrária da incisão cirúrgica ~~estará~~, ainda, a placa de eletrocautério. Nos membros inferiores instalar ~~sistema de compressão anti-trombose (Phlebo Press) máquina-antitrombo~~. Colocar o impresso da identificação do paciente na ~~cabeceira do leito no-aerílico~~ e deixar os papéis do prontuário do paciente próximos a cena, na prancheta agrupados por um clipe.

#### 4- ORIENTAÇÕES AO PACIENTE SIMULADO

##### Paciente/ator

- Você encontra-se deitado no leito da SRPA, você estará usando, somente, uma camisola e estará coberto com um lençol. ~~Quando a cena iniciar um técnico de enfermagem irá entrar na sala. No primeiro momento você responde somente o que ele perguntar.~~ Quando a cena iniciar e a equipe de enfermagem entrar na cena, você responde somente o que lhe perguntarem.
- ~~Passado um minuto você fala que está com muito frio e com muita dor na perna contrária onde está o curativo. Se ele perguntar qual o valor da dor, se usar escala numérica, você falará: irá falar 07.~~ Inicialmente entrará um técnico de enfermagem que fará a passagem de plantão no lugar de outro colega, que já teve que ir embora do trabalho, por questões pessoais. Este técnico permanecerá dois minutos sozinho com você.
- ~~Passado um minuto da entrada deste profissional, você fala que está com muito frio e com muita dor na perna contrária onde está o curativo. Se ele lhe perguntar qual o valor da sua dor, e solicitar que você fale numericamente, você falará: 07.~~
- Após falar isso, você faz a expressão de quem está com dor e com muito frio. Mas, não fala mais nada.
- ~~Logo em seguida irá entrar o outro participante de cena. Dois minutos depois entram os demais participantes da cena.~~ Esse irá receber o plantão do colega que já estava na sala com você. Nesse momento você volta a referir que está com dor na perna contrária da cirurgia e com frio. Muito frio e muita dor. Se perguntarem na escala numérica irá dizer 07. Se tiverem medicado para dor no primeiro momento e coberto você, você não irá reclamar de dor e frio novamente. Contudo, embaixo de sua perna contrária a cirurgia está uma placa de eletrocautério. Caso tenham medicado para dor e não retirado a placa, você continua reclamando da dor. Após isso, aguarda a reação deles.
- Em seguida devem começar a passagem de plantão. O colega que entrou primeiro irá ler o que o outro escreveu (aquele que foi embora com pressa).
- Ator: fica ouvindo com atenção a leitura e passagem do plantão entre a equipe. Quando falarem o local da cirurgia, estará escrito na evolução que a cirurgia foi do lado **ESQUERDO**. Ao ouvir isso você fala imediatamente, gente eu fui operado do lado direito. Mas, estou com muita dor no esquerdo. Será que fizeram a cirurgia errada?
- Você espera a reação deles e os desfechos de quais condutas irão tomar, manifesta-se apenas se questionado.
- Caso lhe questionem você poderá responder que a cirurgia foi do lado direito.
- Ao retomarem a passagem de plantão de sua situação clínica, se não identificaram a placa de eletrocautério na perna ESQUERDA ainda, a qual está provocando a dor, você fala novamente que está com muita dor na perna que não foi operada e que precisam resolver isso.
- Ao continuar o plantão irão dizer que foi ~~da~~ administrado dipirona endovenosa (**é o que está escrito**). Imediatamente, você grita que é alérgico a dipirona e aguarda os desfechos.

- Nesse momento você diz que está muito nervoso, pois parece que tem muitos erros aí nesse papel que vocês estão lendo.
- Caso os participantes não realizem o exame físico, para identificação da dor, você poderá questioná-los: “ninguém vai olhar a minha perna para ver o que está acontecendo?”.
- Após esses desfechos, deixa as participantes finalizar a passagem de plantão.

## 5- ORIENTAÇÕES E INFORMAÇÕES AO EXAMINADOR/AVALIADOR

### Categoria do caso

Passagem de plantão da sala de recuperação pós anestésicos entre colegas de turno de um paciente submetido a **cirurgia de prótese artroplastia total** de quadril.

### Cenário de atendimento

- Leito da SRPA.

### Recursos

- Impresso 1 – Identificação do paciente;
- Impresso 2 – Pulseira de identificação do paciente;
- Impresso 3 – Descrição cirúrgica;
- Impresso 4 – Boletim Anestésico;
- Impresso 5 – Prescrição médica para a SRPA;
- Impresso 6 – Evolução de enfermagem da SRPA;
- Impresso 7 – Descrição do caso para o participante;
- Impresso 8 - Evolução dos sinais vitais da SRPA;
- **Impresso 9- Escala de Aldrete e Kroulik;**

### Finalidade do caso e descrição breve

Vocês são profissionais que atuam na SRPA e irão participar da passagem de plantão entre os turnos, onde o foco central será um paciente pós-operatório de prótese de quadril.

## 6 - INFORMAÇÕES PARA O (A) EXAMINADOR (A)

### Os participantes deverão ser capazes de:

8. Avaliar a escala de dor do paciente e tomar providências;
9. Realizar a passagem de plantão;
10. Manter a atenção concentrada durante a passagem de plantão;
11. Tomar decisão de quais cuidados devem ser feitos diante do fato do paciente referir que é alérgica a dipirona;
12. Responder adequadamente as solicitações do paciente;
13. Perceber a placa de eletrocautério no MIE;
14. Resolução de conflito quando o paciente demonstra insegurança no atendimento;

### Informações sobre o caso e conduta a serem tomadas

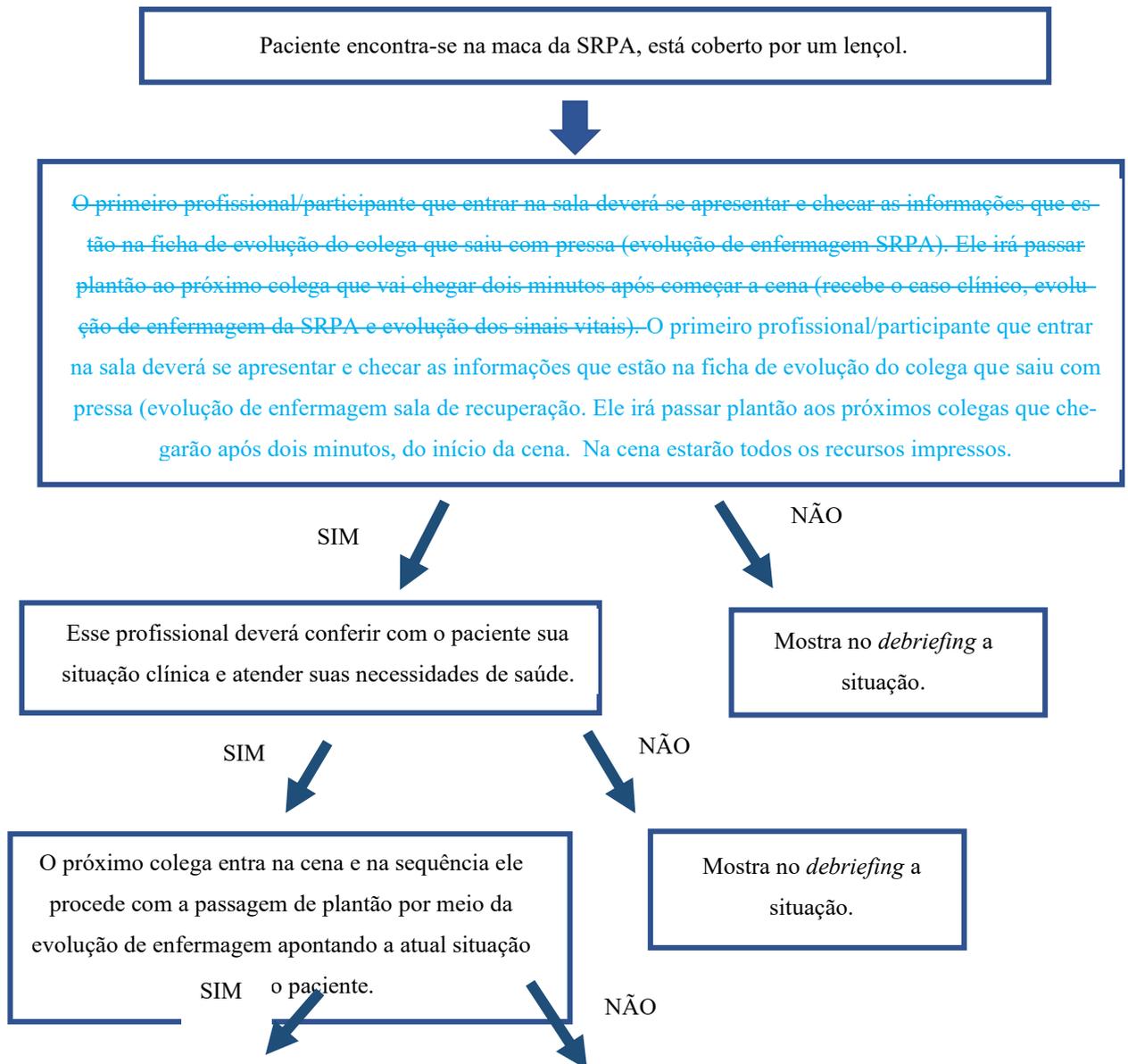
Primeiramente o ator estará deitado na maca de transporte com camisola, touca, máscara e propé. O profissional da enfermagem ~~deverá chegar~~ chegará no leito do paciente e se apresentará, informará que estará cuidando do paciente por alguns minutos até o próximo colega chegar para que ele possa passar o plantão. O paciente responderá as questões conforme solicitado. Após o outro colega chegar, o profissional deverá desenvolver a passagem de plantão.

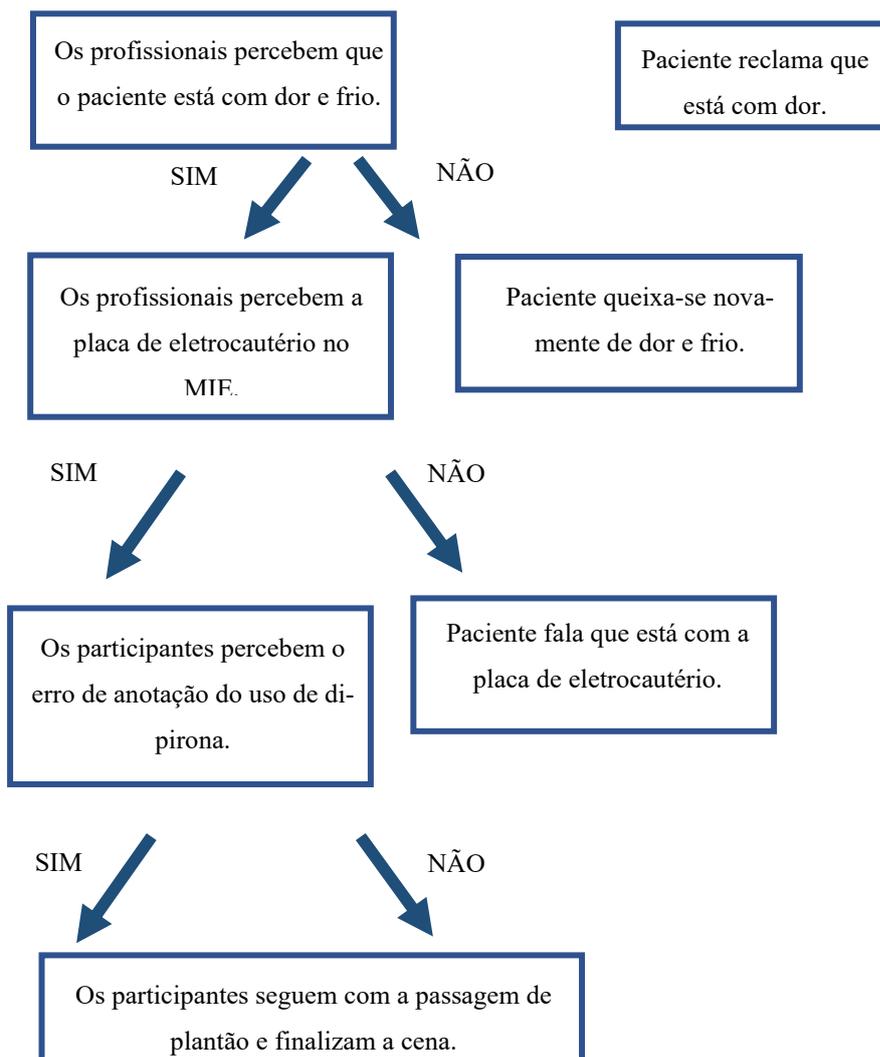
**Momento de entrega dos impressos**

No momento do pré-briefing, mostrar aos participantes, todo o cenário. Entregar aos participantes os impressos. Explicar aos participantes que o tempo de simulação será de 10 minutos. O ator já terá conhecimento de suas falas antecipadamente.

**7 - FLUXOGRAMA DA ESTAÇÃO**

Deve estar colado no leito da simulação a identificação do paciente na parede. Na prancheta com clips, localizada na cabeceira do paciente, deverão estar os seguintes documentos: descrição cirúrgica, boletim anestésico, prescrição médica para a SRPA; evolução de enfermagem; descrição do caso para o participante e evolução dos sinais vitais da SRPA.





## 8- CHECKLIST DO (A) EXAMINADOR (A)

Participante:

Examinador:

Nº	Itens de desempenho avaliados	Desempenho observado			
		Não realizou	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
<b>Organização para a passagem de plantão</b>					
01	Apresentou-se ao paciente e informou que irá cuidar do paciente até ao próximo colega chegar.				
02	Checou as informações na ficha de evolução de enfermagem.				
03	Avaliou as condições clínicas do paciente e suas necessidades de saúde.				
<b>Percepção de possíveis eventos adversos</b>					
04	Identificou a alergia prévia do paciente.				
05	Verificou <del>Identificou</del> que a medicação par dor poderia ter sido <del>fito</del> feita errada.				
06	Percebeu a placa de eletrocautério no MIE.				
07	Identificou o erro na anotação do uso de dipirona.				
08	Realizou a passagem de plantão para os seus colegas de forma segura e assertiva.				
09	Questionou o paciente sobre alergias a medicamentos.				
<b>Atendeu as necessidades de saúde do paciente</b>					
10	Cobriu o paciente após <del>ao</del> mesmo ter reclamado de frio.				
11	Mensurou a dor.				
12	Medicou o paciente para a dor.				
<b>Tomada de decisão</b>					
13	<del>Souberam</del> Conseguiu tomar decisão diante do possível evento adverso				
14	Houve discussão respeitosa entre os profissionais para sanar os problemas surgidos na cena				
15	Conseguiu lidar com o conflito gerado entre os profissionais e paciente.				

**Pontuação conforme indicadores: Não realizou: 00; Realizou incorretamente: 0,25; Realizou parcialmente: 0,5; Realizou completamente: 1,0**  
**AVALIAÇÃO GLOBAL: soma todas as notas e divide pelo número de itens.**

## ANEXOS

- Impresso 1 – Identificação do paciente;
- Impresso 2 – Pulseira de identificação do paciente;
- Impresso 3 – Descrição cirúrgica;
- Impresso 4 – Boletim Anestésico;
- Impresso 5 – Prescrição médica para a SRPA;
- Impresso 6 – Evolução de enfermagem da SRPA;
- Impresso 7 – Descrição do caso para o participante;
- Impresso 8 - Evolução dos sinais vitais da SRPA;
- **Impresso 9- Escala de Aldrete e Kroulik;**

### IMPRESSO 01 - Identificação do paciente;



**Paciente: Júlio Ferreira**

**Data de Nascimento: 11/04/1966**

**Nome da mãe: ~~Mariana Agustina Flora~~ Ferreira**

### IMPRESSO 02 - Pulseira de identificação do paciente;

Paciente: **JÚLIO FERREIRA**

Data de Nascimento: 11/04/1966

Nome da mãe: ~~Mariana Agustina Flora~~ Ferreira

Atendimento: 387541



## IMPRESSO 03 - Descrição cirúrgica;

 <b>DESCRIÇÃO CIRÚRGICA</b>	
<b>Nome do paciente:</b> JÚLIO FERREIRA	
<b>Número de atendimento:</b> 387541	
<b>Convênio:</b> Particular	
<b>Cirurgião:</b> Dr. <b>Lírio</b> Gutierrez	<b>CRM:</b> 7744
<b>1º auxiliar:</b> Dr. <b>Girassol</b> Rodrigues	<b>CRM:</b> 1485
<b>2º auxiliar:</b> Dr. <b>Lótus</b> Barros	<b>CRM:</b> 2854
<b>Instrumentadora:</b> <b>Margarida</b> Xavier	<b>COREN:</b> 23564
<b>Código do procedimento:</b> 30724058 - Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) - tratamento cirúrgico.	
<b>Código adicional:</b> 3.07.32.02-6 Enxerto ósseo	
<b>Diagnóstico pré-operatório:</b> Esclerose óssea	
<b>Anátomo patológico</b> ( ) sim ( x ) não	
<b>Descrição do procedimento</b>	
<p>Realizado posicionamento do paciente em decúbito dorsal, com incisão lateral.</p> <p>Procedimento de substituição da articulação coxofemoral biológica, por componentes articulares inorgânicos metálicos ou de polietileno. As endo-próteses são utilizadas para a substituição de grandes segmentos ósseos, muitas vezes inviáveis por processos tumorais e infecciosos, entre outros.</p> <p>Admite uso de cimento. Instalado dreno de suctor 3,2 mm na ferida operatória.</p>	
<b>Assinatura do cirurgião:</b>	<b>CRM:</b>

## IMPRESSO 04 - Boletim Anestésico;

		<b>BOLETIM ANESTÉSICO</b>	
<b>Nome do paciente:</b> JÚLIO FERREIRA			
<b>Número de atendimento:</b> 387541			
<b>Convênio:</b> Particular	<b>Cirurgião:</b> Dr. <b>Lírio</b> Gutierres	<b>CRM:</b> 7744	
<b>Anestesista:</b> Dr. <b>Cactus</b> Passold		<b>CRM:</b> 2584	
<b>Código do procedimento:</b> 30724058 - Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) - tratamento cirúrgico.			
<b>Código adicional:</b> 3.07.32.02-6 Enxerto ósseo			
<b>Tipo de anestesia:</b> Raquidiana + sedação			
<b>Horário de início:</b> 13:30	<b>Horário do término:</b> 16:00		
<b>Descrição da técnica anestésica</b>			
<p>1 – Paciente com punção venosa em MSE com abocath n.18.</p> <p>2 – Posicionado em decúbito lateral esquerdo.</p> <p>3 – Palpação do local a ser puncionado.</p> <p>4 - Punção do espaço subaracnóideo em L2-L3 ou em L3-L4 pelo acesso mediano ou para-mediano, com agulha de calibre 25 ou 27 descartável, observando saída de líquido.</p> <p>5 - Administração de anestésico local por via raquidiana: bupivacaína 0,5% hiper ou isobárica 12,5 mg.</p> <p>6 - Administração de opiáceo: morfina 80 mcg.</p> <p>7 – Realizado teste de bloqueio.</p> <p>8 - Liberado para o procedimento cirúrgico.</p>			
<b>Assinatura do anestesista:</b>		<b>CRM:</b>	

## IMPRESSO 05 - Prescrição médica para SRPA;

 <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA SRPA</b>				
<b>Nome do paciente:</b> JÚLIO FERREIRA				
<b>Número de atendimento:</b> 387541				
<b>Convênio:</b> Particular			<b>Idade:</b> 56 anos	
<b>Motivo Internação:</b> Artroplastia Total de Quadril				
<b>Diagnóstico:</b> esclerose óssea				
<b>Alergias:</b> Dipirona				
<b>Período de vigência:</b> 10/10/2023 – 16:00 até 11/10/2023 – 16:00				
<b>Número da prescrição:</b> 145874				
Item	Medicamento	Via	Freq.	Aprazamento
01	Morfina 5mg/ml+9ml de água (infundir 3ml se dor acima de 7 conforme escala de dor) de 8 em 8 horas.	EV	SN	
02	Tenoxicam 2ml EV.	EV	8/8hs	
03	Clenaxe 80mg	SC	1X ao dia	
04	Cefazolina 1mg	EV	12/12hs	
05	Soro fisiológico 500ml	EV	8/8hs	
06	Soro Ringer 500ml	EV	8/8hs	
<b>Médico prescriptor:</b>			<b>CRM:</b>	

## IMPRESSO 06 – Evolução de enfermagem da SRPA;

		<b>EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM</b>	
<b>Nome do paciente:</b> JÚLIO FERREIRA			
<b>Número de atendimento:</b> 387541			
<b>Convênio:</b> Particular	<b>Cirurgião:</b> Dr. Lírio Gutierres		<b>CRM:</b> 7744
<b>Anestesista:</b> Dr. Cactus Passold		<b>CRM:</b> 2584	
<b>Tipo de anestesia:</b> Raquidiana + sedação			
<b>Horário de liberação da evolução:</b> 18:20			
<b>Evolução de enfermagem</b>			
<p>Paciente acomodado no leito da SRPA n°098, respirando em ar ambiente, lúcido, orientado e comunicativo. Não está deambulando no momento. SVVV estáveis. Pós operatório de Artroplastia Quadril, lado esquerdo. Está com curativo oclusivo, limpo e seco. <del>Possui dreno de suctor na região da incisão cirúrgica, com secreção sanguinolenta, em pouca quantidade.</del> Está com acesso venoso em MSE, apresentou <del>algia de</del> escala de dor 07, medicado com dipirona EV. Está utilizando o sistema de compressão anti-trombose (Phlebo Press) <del>bota-antitrombo</del>. Sem acompanhante até o momento. Segue os cuidados de enfermagem. Aguarda tempo de recuperação da anestesia para ser liberado ao setor de internação.</p>			
<b>Escala de Aldrete e Kroulik</b>			
16:00 – 6		17:00 – 8	
16:15 – 6		17:15 – 8	
16:30 – 6		17:30 – 8	
16:45 – 7		18:00 – 10	
<b>Técnico de enfermagem:</b> Rosa Palmer			<b>COREN:</b> 141472

**IMPRESSO 07 - Descrição do caso para o participante;**

18:45 - Vocês acabam de chegar para receber o plantão (técnico de enfermagem e enfermeiro). Contudo, não houve tempo hábil para uma colega (técnica de enfermagem), do plantão anterior, passar o plantão de seus pacientes. Então, ela deixou por escrito para outra colega que irá passar o plantão aos colegas que chegaram na SRPA. O paciente da colega que saiu encontra-se: lúcido, orientado e consciente, respirando em ar ambiente. Este paciente encontra-se na maca na SRPA, vestido com camisola e coberto por um lençol. A maca está com as grades elevadas. Apresenta **acesso venoso punção-venosa** em MSE, curativo compressivo no quadril direito e dreno de suctor na incisão cirúrgica, faz uso de **sistema de compressão anti-trombose (Phlebo Press) bota-antitrombo**. Vocês irão receber o plantão dos pacientes dos colegas que estão encerrando o turno e deste paciente que a colega teve que sair às pressas.

**IMPRESSO 08 - Evolução dos sinais vitais da SRPA;**

 <b>EVOLUÇÃO DOS SINAIS VITAIS - SRPA</b>					
<b>Nome do paciente:</b> JÚLIO FERREIRA					
<b>Número de atendimento:</b> 387541					
<b>Convênio:</b> Particular				<b>Idade:</b> 56 anos	
<b>Motivo Internação:</b> Artroplastia Quadril					
<b>Alergias:</b> Dipirona				<b>Horário de chegada:</b> 16:00	
<b>Data:</b>	<b>Horário</b>	<b>Pressão Arterial</b>	<b>FC</b>	<b>Sat O%</b>	<b>Responsável</b>
12/11/2023	16:00	110x60 mmHg	99 bpm	99%	Rosa
12/11/2023	16:30	100x60 mmHg	98 bpm	98%	Rosa
12/11/2023	17:00	110x70 mmHg	99 bpm	99%	Rosa
12/11/2023	17:30	110x60 mmHg	99 bpm	99%	Rosa
12/11/2023	18:00	120x80 mmHg	100 bpm	98%	Rosa

12/11/2023	18:30				
12/11/2023	19:00				

### IMPRESSO 09 – Escala de Aldrete e Kroulik;

ESCALA DE ALDRETE E KROULIK		
Atividade muscular	Movimenta os quatro membros	2
	Movimenta dois membros	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1
	Tem apneia	0
Circulação	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2
	Desperta, se solicitado	1
	Não responde	0
Saturação de O <sub>2</sub>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior que 92% respirando em ar ambiente	2
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter a saturação maior que 90%	1
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio.	0

### REFERÊNCIAS

Metodologias ativas no ensino do cuidado de enfermagem perioperatória. Curitiba: CRV, 2017. v.1. p. 194. Série: **Metodologias ativas no ensino perioperatório**.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G.. **Brunner e Suddarth** Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 11 ed. Rio De Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde. **SOBECC**. 7. ed. rev. e atual. Barueri, SP: Manole; São Paulo: SOBECC, 2017.

## ANEXOS

**ANEXO A - Questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) – Pesquisa sobre segurança do paciente em hospitais**

**SEÇÃO A- A seguir você deverá responder esse primeiro quadro com suas informações. Nas questões, basta responder SIM ou NÃO.**

Profissional (espaço do pesquisador)	
Idade	
Qual seu gênero (Masculino ou Feminino)	
Formação profissional	
Grau de escolaridade	
Local de trabalho	
Tempo de atuação no hospital (em meses)	
Tempo de atuação na unidade (em meses)	
Quantas horas por semana você trabalha nessa unidade	
Qual seu cargo e ou função nesta unidade de trabalho (Ex: Médico Residente/ Médico em Treinamento; enfermeiro, técnico de enfermagem, circulante, instrumentador, anestesista, entre outros)	
Você sabe o que é segurança do paciente?	( ) Sim ( ) Não
Você sabe o que é evento adverso?	( ) Sim ( ) Não
Você conhece o <i>checklist</i> cirurgia segura?	( ) Sim ( ) Não
No seu cargo/função, em geral você tem interação ou contato direto com os pacientes?	( ) Sim ( ) Não
Indique o número de eventos relatados nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos você preencheu e apresentou?	
Por favor, dê uma nota geral para a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital: (01) Excelente; (02) Muito boa; (03) Regular; (04) Ruim; (05) Muito Ruim.	

Esta pesquisa solicita suas opiniões sobre segurança do paciente, erros do cuidado de saúde e relato de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchido. Em cada um dos quadros você deverá assinalar:

Discordo totalmente (01)	Discordo (02)	Não Concordo nem Discordo (03)	Concordo (04)	Concordo totalmente (05)
-----------------------------	---------------	-----------------------------------	---------------	-----------------------------

**SEÇÃO B- Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho.**

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Temos quadro de pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(Continuação) Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Nesta unidade, o quadro de pessoal trabalha mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Usamos mais pessoal temporário/terceirizado do que seria desejável para o cuidado do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. O quadro de pessoal considera que suas falhas podem ser usadas contra ele.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Falhas mais graves não acontecem por aqui apenas por sorte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Quando um evento é relatado, parece que é a pessoa quem está sendo avaliada, e não o problema.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em prol de mais quantidade de trabalho concluído.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. O quadro de pessoal se preocupa que suas falhas sejam registradas em suas fichas funcionais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SEÇÃO C: O seu supervisor/chefe, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente.**

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões do quadro de pessoal para melhoria da segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. O meu supervisor/chefe não dá importância aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SEÇÃO D: Comunicação: Com que frequência às situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho?**

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Somos informados sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. O quadro de pessoal tem liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. O quadro de pessoal sente-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. O quadro de pessoal tem receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SEÇÃO E: Frequência de eventos relatados: Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem as falhas a seguir, com que frequência elas são relatadas?**

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente (Nunca)	Discordo (Não)	Não Concordo nem Discordo	Concordo (Sim)	Concordo totalmente (Sempre)
1. Quando ocorre uma falha, mas ela é <b>percebida e corrigida antes de afetar o paciente</b> , com que frequência ela é relatada?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Quando uma falha acontece, mas <b>não há risco de dano ao paciente</b> , com que frequência ela é relatada?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Quando ocorre uma falha que <b>poderia causar danos ao paciente</b> , mas não causa, com que frequência ela é relatada?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

**SEÇÃO F: O seu hospital: Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital.**

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Algumas coisas se perdem, quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com o quadro de pessoal de outras unidades do hospital.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão são problemáticas para os pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SEÇÃO G: Seus comentários**

Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança de paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital, bem como quais as principais aspectos que você elencaria para disseminar a cultura de segurança.

---



---



---

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.

**ANEXO B - Guia clínica-projeto de simulação (encomenda e estação simulada)****INFORMAÇÕES SOBRE A ENCOMENDA****ÁREA:****TEMA:****1. Tema/Conteúdo a ser abordado:****2. Objetivos de aprendizagem:**

Habilidades a serem desenvolvidas:

**3. Tipo de simulação (cênica, híbrida, baixa/média e alta complexidade)****4. Paciente (sexo e faixa etária do paciente):****5. Caso clínico****6. Doença/Situação-problema a ser explorada****7. Procedimentos (se houverem)****8. Distratores****9. Cenário de prática - Local/referência de local em que será realizado o atendimento/procedimento.****10. Problemas de comunicação com pacientes e familiares****11. Conflitos éticos e jurídicos:**

**12. Situação interprofissional envolvida (competências comuns e colaborativas)**

**13. Nível estimado de dificuldade (fácil, médio ou difícil):**

**14. Informações complementares - inserir outras informações utilizadas na construção da estação**

## **ENTREGA DAS ESTAÇÕES SIMULADAS**

**ÁREA:**

**TEMA:**

**1-INSTRUÇÃO PARA O PARTICIPANTE**

**CENÁRIO DE ATUAÇÃO**

**Nos próximos 10 minutos, deverão ser realizado as seguintes tarefas:**

**2-INSTRUÇÃO PARA O CENÁRIO**

**DESCRIÇÃO DO CENÁRIO**

**RECURSOS PARA SALA/ESTAÇÃO**

**RECURSOS PARA O PARTICIPANTE**

**RECURSOS PARA O ATOR/PACIENTE SIMULADO****4-ORIENTAÇÕES AO PACIENTE SIMULADO****Paciente/ator****5-ORIENTAÇÕES E INFORMAÇÕES AO EXAMINADOR/AVALIADOR****CATEGORIA DO CASO****CENÁRIO DE ATENDIMENTO****RECURSOS****FINALIDADE DO CASO E DESCRIÇÃO BREVE****INFORMAÇÕES PARA O (A) EXAMINADOR (A)****O participante deverá ser capaz de:**

## INFORMAÇÕES SOBRE O CASO E CONDUTA A SEREM TOMADAS

### MOMENTO DE ENTREGA DOS IMPRESSOS

### FLUXOGRAMA DA ESTAÇÃO

Recebe os impressos 1 e 2 ANTES DE ENTRA NA CENA

### CHECKLIST DO (A) EXAMINADOR (A)

Participante:

Examinador:

Nº	Itens de desempenho avaliados	Desempenho observado			
		Não realizou	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
<p><b>Pontuação conforme indicadores: Não realizou: 00; Realizou incorretamente: 0,25; Realizou parcialmente: 0,5; Realizou completamente: 1,0</b></p> <p><b>AVALIAÇÃO GLOBAL: soma todas as notas e divide pelo número de itens</b></p>					

### ANEXOS



N.º	Itens avaliados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	Satisfação com o grau de dificuldade dos cenários										
9	Satisfação com a discussão pós-cenário ( <i>debriefing</i> )										
10	Ligação dos cenários à teoria										
11	Adequação às temáticas desenvolvidas nas aulas Teórico-Práticas										
12	Produtividade durante as aulas práticas										
13	Realismo dos cenários desenvolvidos										
14	Credibilidade durante o cenário										
15	Qualidade do material utilizado nas práticas										
16	Qualidade do equipamento utilizado nas práticas										
17	Qualidade dos simuladores										

**ANEXO D - Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança com a Aprendizagem**

Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança com a Aprendizagem		1	2	3	4	5
		discordo fortemente da afirmação	discordo da afirmação	não concordo nem discordo da afirmação	concordo com a afirmação	concordo fortemente com a afirmação
1	Os métodos de ensino utilizados nesta simulação foram úteis e eficazes.					
2	A simulação forneceu-me uma variedade de materiais didáticos e atividades para promover a minha aprendizagem do currículo médico-cirúrgico.					
3	Eu gostei do modo como a enfermeira ensinou através da simulação.					
4	Os materiais didáticos utilizados nesta simulação foram motivadores e ajudaram-me a aprender.					
5	A forma como a enfermeira ensinou através da simulação foi adequada para a forma como eu aprendo.					
6	Estou confiante de que domino o conteúdo da atividade de simulação que a enfermeira me apresentou.					
7	Estou confiante que esta simulação incluiu o conteúdo necessário para o domínio do atendimento em centro cirúrgico.					
8	Estou confiante de que estou desenvolvendo habilidades e obtendo os conhecimentos necessários a partir desta simulação para executar os procedimentos necessários em um ambiente cirúrgico.					
9	A enfermeira recursos úteis para ensinar a simulação.					

<b>Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança com a Aprendizagem (continuação)</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
		<b>discordo fortemente da afirmação</b>	<b>discordo da afirmação</b>	<b>não concordo nem discordo da afirmação</b>	<b>concordo com a afirmação</b>	<b>concordo fortemente com a afirmação</b>
10	É minha responsabilidade como o aluno aprender o que eu preciso saber através da atividade de simulação.					
11	Eu sei como obter ajuda quando eu não entender os conceitos abordados na simulação.					
12	Eu sei como usar atividades de simulação para aprender habilidades.					
13	É responsabilidade da enfermeira dizer-me o que eu preciso aprender na temática desenvolvida na simulação durante a aula.					

## ANEXO E - Carta de Anuência



HOSPITAL JARAGUÁ

### Carta de Anuência Institucional para Desenvolvimento de Pesquisa

Prezado Diretor

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada: Tecnologias educacionais: simulação clínica como apoio na disseminação da cultura de segurança no bloco cirúrgico a ser realizada no bloco cirúrgico do Hospital Jaraguá (HJ), junto aos profissionais de enfermagem e da área médica que atuam no bloco cirúrgico. O desenvolvimento da pesquisa será coordenado pela pesquisadora principal professora, doutora Neide da Silva Knihs e mestranda Leticia Marie Sakai, aluna do curso de Mestrado Profissional de Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC, e coordenadora de enfermagem dos setores: centro cirúrgico, hospital dia e central de materiais esterilizados. A pesquisa tem como objetivos específicos: Mapear estratégias capazes de promover a cultura de segurança do paciente no ambiente cirúrgico; Mensurar a cultura de segurança por meio do instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS); Desenvolver e validar guias clínicos de simulação para disseminar a cultura de segurança a partir das necessidades dos profissionais que atuam no ambiente cirúrgico. Para a coleta de dados serão utilizados questionários estruturados e semiestruturados, além de uma atividade pré-teste para desenvolvimento de uma simulação clínica no ambiente cirúrgico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, que trata da Pesquisa envolvendo seres humanos. Salientamos, ainda, que tais dados serão utilizados tão somente para a realização deste estudo e que a pesquisa terá início apenas após a APROVAÇÃO do Comitê de Ética em Pesquisa registrado na CONEP da Universidade Federal de Santa Catarina. Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessário.

*Neide da Silva Knihs*

Neide da Silva Knihs

Coordenadora e pesquisadora principal do Projeto

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Todos os pesquisadores participantes deste estudo DEVEM ter seu nome descrito no presente documento; O pesquisador cujo nome não constar neste documento, terá seu acesso vedado à Instituição.

() Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação

*Sérgio Luis Alves*

Sérgio Luis Alves  
Diretor executivo Hospital Jaraguá

Jaraguá do Sul, 22 fevereiro, 2022

## ANEXO F - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e de Pesquisa

 				
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>				
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>				
<b>Título da Pesquisa:</b> Tecnologias educacionais: simulação clínica como apoio na disseminação da cultura de segurança no bloco cirúrgico				
<b>Pesquisador:</b> NEIDE DA SILVA KNIHS				
<b>Área Temática:</b>				
<b>Versão:</b> 3				
<b>CAAE:</b> 57625422.7.0000.0121				
<b>Instituição Proponente:</b> CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE				
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio				
<b>DADOS DO PARECER</b>				
<b>Número do Parecer:</b> 5.425.353				
<b>Apresentação do Projeto:</b>				
As informações que seguem e as elencadas nos campos "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1904801.pdf, de 26/04/2022, preenchido pelos pesquisadores.				
<b>Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:</b>				
<b>Tipo Documento</b>	<b>Arquivo</b>	<b>Postagem</b>	<b>Autor</b>	<b>Situação</b>
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1904801.pdf	18/05/2022 13:49:51		Aceito
Outros	CR_1805.pdf	18/05/2022 13:49:12	NEIDE DA SILVA KNIHS	Aceito
Outros	TCLE_1805_02.docx	18/05/2022 13:48:47	NEIDE DA SILVA KNIHS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_1805_01.docx	18/05/2022 13:48:31	NEIDE DA SILVA KNIHS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PR_1805.docx	18/05/2022 13:48:21	NEIDE DA SILVA KNIHS	Aceito
Folha de Rosto	FR_2803.pdf	28/03/2022	NEIDE DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FR_2803.pdf	19:22:54	KNIHS	Aceito
Outros	CA_2502.pdf	25/02/2022 16:44:34	NEIDE DA SILVA KNIHS	Aceito

**ANEXO G - Comprovante de submissão do manuscrito à Revista Anna Nery**

Escola Anna Nery - Manuscript ID EAN-2022-0335   Caixa de entrada x

**Escola Anna Nery Revista de Enferm...** ter., 13 de set. de 2022 22:20     
para mim, neide.knihs, keyla.n, a.graziela, fabisebold, juliana.trierweiler ▼

13-Sep-2022

Dear Mrs. Sakai:

Your manuscript entitled "Estratégias educacionais capazes de promover a cultura de segurança do paciente no ambiente cirúrgico" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Escola Anna Nery.

Your manuscript ID is EAN-2022-0335.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/ean-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/ean-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Escola Anna Nery.

Sincerely,  
Escola Anna Nery Editorial Office