



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARIA MILANEIDE LIMA VIANA

CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA
SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE NA
UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

João Pessoa

2022

MARIA MILANEIDE LIMA VIANA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, **área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Fundamentos Teórico Filosóficos do Cuidar em Enfermagem e Saúde

Projeto de pesquisa vinculado: Cuidados de Enfermagem no atendimento ao indivíduo/família/comunidade nos diversos cenários de prática

Orientadora: Profa. Dra. Jacira dos Santos Oliveira

João Pessoa

2022

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial desse trabalho, por qualquer meio convencional, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

V614c Viana, Maria Milaneide Lima.

Construção de uma cartilha educativa sobre segurança do paciente na unidade de recuperação pós anestésica / Maria Milaneide Lima Viana. - João Pessoa, 2022.

121 f. : il.

Orientação: Jacira dos Santos Oliveira. Dissertação
(Mestrado) - UFPB/CCS.

UFPB/BC

CDU 616-083(043)

MARIA MILANEIDE LIMA VIANA

Construção de uma cartilha educativa sobre segurança do paciente na unidade de recuperação pós-anestésica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba-UEPB, como pré-requisito para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidados em Enfermagem e Saúde

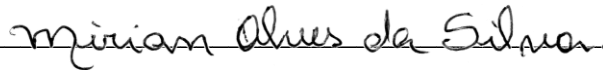
Aprovada em 08/ abril / 2022

BANCA EXAMINADORA



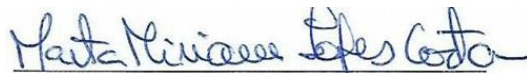
Profa. Dra. Jacira dos Santos Oliveira (Presidente)
Universidade Federal da Paraíba

Dra. Patrícia Josefa Fernandes Beserra (Membro Externo Titular)



Profa. Dra. Miriam Alves Silva (Membro Interno Titular)

Universidade Federal da Paraíba



Profa. Dra. Marta Miriam Lopes da Costa (Membro Interno Suplente)

Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dr. Mailson Marques de Sousa (Membro Externo Suplente)

Universidade Federal da Paraíba

Dedico

Dedico imensamente a Deus;

Dedico ao meu querido e amado esposo José Rodrigo;

A minha mãe Maria das Neves;

Milena e Aparecida minhas queridas irmãs, meu pai Sebastião;

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo e todos, a **Deus**, por ter tido sempre misericórdia de mim e por ser bondoso mesmo diante da minha pequenez, fez maravilhas.

A **José Rodrigo Viana Monteiro**, meu digníssimo esposo, por ter vivido junto comigo esse sonho, desde quando casamos, pausou seus sonhos para viver minha caminhada, me apoiando e não saindo do meu lado nos momentos em que fraquejei, com muita paciência carinho e amor este sempre aqui.

À **Maria das Neves** (mãe) por ter sido meu alicerce e me ensinado como ser forte e viver nesse mundo tão difícil;

À **minha família**, Milena, Aparecida, Sebastião, Albanisa, Pollyana, por terem acreditado em mim, ficado felizes com minha caminhada.

Aos meus amigos (irmãos), **Bruno Gonçalo** e **Maria Alice**, que a enfermagem me presenteou e que abracei com muito amor por sempre estarem fazendo parte da minha vida, com amor, paciência e amizade em todos os momentos. **Principalmente Bruno Gonçalo**, sem ele, não estaria escrevendo agora o nome “*fim*” nesta dissertação, ele foi e sempre será o caminho que posso correr para pedir um abrigo nos momentos difíceis.

À minha amiga **Maria Carolina** que segurou em minha mão e guiou meus passos até aqui.

À minha orientadora, **Jacira Oliveira**, pela paciência, presteza e dedicação nas minhas orientações durante todos os momentos, e nos momentos em que comecei a fraquejar e ela me deu suporte para prosseguir.

Aos membros da banca examinadora: Dra. **Patrícia Beserra**, Profa. **Mirian Alves** Profa. **Marta Mirian** e Prof. **Mailson Marques**, por aceitarem contribuir com a finalização desta etapa importante em minha vida.

A funcionária técnica administrativa do Programa de Pós- Graduação/PPGENF - **Nathali Costa**, que sempre foi solícita para comigo em todas as minhas dúvidas.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior** (CAPES), pela concessão de bolsa de estudo, a qual possibilitou a realização desta pesquisa.

"Sempre que puder, fale de amor e com amor para alguém. Faz bem aos ouvidos de quem ouve e à alma de quem fala"



Santa Dulce dos pobres.

LISTA DE FIGURAS E IMAGENS

Figura 1	Procedimento metodológico da pesquisa	26
Figura 2	Fluxograma do processo de seleção e exclusão dos estudos no período entre os anos de 2010 a 2020, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2021.....	34
Figura 3	Síntese dos indicadores que contribuíram para a construção da cartilha educativa: segurança do paciente de URPA.....	48
Figura 4	Mapa conceitual resultado do grupo focal.....	53

LISTA DE FIGURAS E IMAGENS DA CARTILHA

Figura 1	Etapas de atendimentos da enfermagem para admissão do paciente.....	62
Figura 2	Segurança do paciente mediante conhecimento dos pacientes.....	63
Figura 3	Segurança do paciente mediante conhecimento dos pacientes.....	64
Figura 4	Elaboração de estratégias de cuidado.....	65
Figura 5	Como implementar as estratégias de cuidado com ênfase nos conhecimentos dos pacientes.....	65
Figura 6	Etapas de atendimentos iniciais da enfermagem na URPA.....	66
Figura 7	Como implementar as estratégias de cuidado com ênfase nos conhecimentos dos pacientes.....	67
Figura 8	Etapas do fluxo de cuidados de enfermagem da admissão a alta da URPA.....	68
Figura 9	Elementos sequenciais para a alta da URPA.....	69
Figura 10	Charge resultante de respostas de pacientes internos na URPA.....	70
Figura 11	Charge resultante de indagações dos pacientes de pós-operatório sobre a infraestrutura.....	71
Figura 12	Charge apresentando as particularidades dos pacientes de pós-operatório.....	72
Figura 13	Mapa conceitual resultante de categorias de necessidades que os pacientes podem apresentar e evidenciar na URPA.....	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Níveis de evidência dos estudos selecionados, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2021.....	36
Quadro 2	Tipos de tecnologias utilizadas segundo: base de dados, ano, idioma, título e periódico, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2021.....	37
Quadro 3	Síntese das produções científicas cujas estratégias envolveram tecnologias voltadas a segurança do paciente no ambiente cirúrgico, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2021.....	39
Quadro 4	Síntese das produções científicas com ênfase nos aspectos da segurança do paciente, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2021.....	40
Quadro 5	Quadro 5 - Síntese das produções científicas com ênfase nos indicadores de avaliação da segurança do paciente. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2021.....	41
Quadro 6	Coeficiente de validade para cada item do instrumento. João Pessoa – PB. Brasil, 2021. (N=4)	43
Quadro 7	Coeficiente de validade de conteúdo total aos itens do instrumento por juiz. João Pessoa – PB. Brasil, 2021. (N=4)	44
Quadro 8	Categorias e subcategorias construídas a partir da análise das unidades de registro.....	47

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

UFPB	Universidade Federal da Paraíba
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CCS	Centro de Ciências da Saúde.
CC	Centro Cirúrgico
URPA	Unidade de Recuperação Pós-Anestésica
TE	Tecnologia Educacional
CVC	Coeficiente de Validade de Conteúdo
POI	Pós-Operatório Imediato
ATLS	Advanced Trauma Life Support
OMS	Organização Mundial de Saúde

RESUMO

VIANA, Maria Milaneide. Construção de uma cartilha educativa sobre segurança do paciente na unidade de recuperação pós-anestésica. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, 2022. 123f

Introdução: As tecnologias educativas auxiliam o enfermeiro a desenvolver uma visão diferenciada da segurança do paciente e favorecem o processo ensino-aprendizagem dos profissionais e pacientes/familiares. Diante da complexidade que envolve o período perioperatório, mais precisamente o pós-operatório imediato são necessárias estratégias que fortaleçam a assistência de enfermagem. **Objetivo:** Construir uma cartilha educativa para os enfermeiros sobre segurança do paciente na unidade de recuperação pós-anestésica. **Método:** Estudo metodológico, desenvolvido no período de fevereiro de 2021 a janeiro de 2022 composto por duas etapas: a primeira etapa revisão de integrativa da literatura, construção e validação de aparência de um instrumento para entrevista com os pacientes, aplicação do instrumento com os pacientes e o grupo focal com enfermeiros, a segunda etapa constituiu-se no desenvolvimento de uma cartilha educativa de segurança do paciente. Utilizou-se da estatística descritiva e da análise de conteúdo. Estudo aprovado sob parecer de nº 4.474.565. **Resultados:** Com a revisão integrativa encontrou-se as modalidades de tecnologias educativas e identificaram-se os indicadores de segurança do paciente, que contribuíram para a construção do instrumento. Validou-se por aparência o referido instrumento que alcançou CVC de 0,94. Após aplicação do instrumento com os pacientes observou-se que 66% eram do sexo feminino, com cirurgias eletivas (88,0%), cirurgias ginecológicas (28,0%) e cirurgias de retirada de nódulos cancerígenos (20,0%), os indicadores de segurança apontados pelos pacientes foram a infraestrutura, equipe multiprofissional, família/cuidador e pessoa/paciente. Realizou-se grupo focal com quatro enfermeiras da URPA alcançando os seguintes resultados: indicadores de segurança relacionados à admissão do paciente, procedimentos, escala, protocolo e avaliação/alta. Construiu-se a cartilha educativa com base na revisão integrativa, entrevista com os pacientes e grupo focal com os enfermeiros da URPA. **Conclusão:** a cartilha educativa para segurança do paciente irá subsidiar os enfermeiros na assistência qualificada e segura na unidade de recuperação pós-anestésica.

Descritores: Enfermagem. Segurança do paciente. Tecnologia Educacional. Unidade de Recuperação Pós-Anestésica.

ABSTRACT

VIANA, Maria Milaneide. Construction of an educational booklet on patient safety in the post anesthetic recovery unit. Dissertation (Master's in Nursing) – Federal University of Paraíba, 2022.123f

Introduction: Educational technologies help nurses to develop a differentiated view of patient safety and favor the teaching-learning process of professionals and patients/family members. Given the complexity that involves the perioperative period, more precisely the immediate postoperative period, strategies are needed to strengthen nursing care.

Objective: To build an educational booklet for nurses on patient safety in the post anesthetic recovery unit. **Method:** Methodological study, developed from February 2021 to January 2022, consisting of two stages: the first stage integrative literature review, construction and validation of the appearance of an instrument for interviewing patients, application of the instrument with patients and the focus group with nurses, the second stage consisted of the development of an educational booklet on patient safety. Descriptive statistics and content analysis were used. Study approved under opinion No. 4,474,565. **Results:** With the integrative review, the modalities of educational technologies were found and the patient safety indicators were identified, which contributed to the construction of the instrument. The aforementioned instrument was validated by appearance, reaching a CVC of 0.94. After application of the instrument with the patients, it was observed that 66% were female, with elective surgeries (88.0%), gynecological surgeries (28.0%) and surgeries to remove cancerous nodules (20.0%), the safety indicators pointed out by the patients were the infrastructure, multidisciplinary team, family/caregiver and person/patient. A focus group was held with four nurses from the PACU, achieving the following results: safety indicators related to patient admission, procedures, scale, protocol and assessment/discharge. The educational booklet was built based on an integrative review, an interview with patients and a focus group with URPA nurses. **Conclusion:** the educational booklet for patient safety will support nurses in qualified and safe care in the post anesthetic recovery unit.

Descriptors: Nursing. Patient safety. Educational technology. Post Anesthetic Recovery Unit

RESUMEN

VIANA, María Milaneide. Construcción de una cartilla educativa sobre seguridad del paciente en la unidad de recuperación postanestésica. Disertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Federal de Paraíba, 2022. 123f

Introducción: Las tecnologías educativas ayudan a los enfermeros a desarrollar una visión diferenciada de la seguridad del paciente y favorecen el proceso de enseñanza-aprendizaje de profesionales y pacientes/familiares. Dada la complejidad que envuelve el perioperatorio, más precisamente el postoperatorio inmediato, se hacen necesarias estrategias para fortalecer los cuidados de enfermería. **Objetivo:** Construir una cartilla educativa para enfermeros sobre seguridad del paciente en la unidad de recuperación postanestésica. **Método:** Estudio metodológico, desarrollado de febrero de 2021 a enero de 2022, que consta de dos etapas: la primera etapa revisión integrativa de la literatura, construcción y validación de la aparición de un instrumento para entrevistar a pacientes, aplicación del instrumento con pacientes y el grupo focal con enfermeras, la segunda etapa consistió en la elaboración de una cartilla educativa sobre seguridad del paciente. Se utilizó estadística descriptiva y análisis de contenido. Estudio aprobado bajo dictamen N° 4.474.565. **Resultados:** Con la revisión integradora se encontraron las modalidades de tecnologías educativas y se identificaron los indicadores de seguridad del paciente, que contribuyeron para la construcción del instrumento. El mencionado instrumento fue validado por apariencia, alcanzando un CVC de 0,94. Después de la aplicación del instrumento con los pacientes, se observó que el 66% eran del sexo femenino, con cirugías electivas (88,0%), cirugías ginecológicas (28,0%) y cirugías para extirpación de nódulos cancerosos (20,0%), indicadores de seguridad señalados por los pacientes fueron la infraestructura, el equipo multidisciplinario, la familia/cuidador y la persona/paciente. Se realizó un grupo focal con cuatro enfermeras de la UCPA, lográndose los siguientes resultados: indicadores de seguridad relacionados con el ingreso del paciente, procedimientos, escala, protocolo y valoración/alta. La cartilla educativa se construyó a partir de una revisión integradora, una entrevista con pacientes y un grupo focal con enfermeras de la URPA. **Conclusión:** la cartilla educativa para la seguridad del paciente apoyará a los enfermeros en el cuidado calificado y seguro en la unidad de recuperación postanestésica.

Descriptores: Enfermería. Seguridad del paciente. Tecnología Educacional. Unidad de Recuperación Postanestésica.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVO.....	17
2.1	Objetivo Geral	17
2.2	Objetivos Específicos.....	17
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	18
3.1	Unidade de Recuperação Pós-Anestésica.....	18
3.2	Segurança do paciente	20
3.3	Tecnologias educativas.....	22
4	MÉTODO.....	25
4.1	Tipo de estudo	25
4.2	Procedimento metodológico.....	25
4.3	PRIMEIRA ETAPA	26
4.3.1	Primeiro momento.....	26
4.3.2	Segundo momento: Construção e validação de aparência do instrumento sobre segurança do paciente na URPA.....	28
4.3.3	Terceiro momento: Entrevista com os pacientes.....	29
4.3.4	Quarto momento: Grupo focal com enfermeiros.....	30
4.4	SEGUNDA ETAPA.....	32
4.4.1	Cartilha educativa: segurança do paciente na Unidade de Reabilitação Pós-anestésica.....	32
5	RESULTADOS.....	33
5.1	Revisão Integrativa.....	33
5.2	Construção do instrumento de coleta de dados dos pacientes validação da aparência.	42
5.3	Aplicação do instrumento de coleta de dados dos pacientes.....	45
5.3.1	Características sociodemográficas e condições de saúde dos pacientes entrevistados após cirurgia.....	45
5.3.2	Categorias e subcategorias resultantes das respostas dos pacientes.....	46

5.3.3	Aplicação do instrumento junto aos pacientes participantes da pesquisa.....	49
5.4	Grupo focal com enfermeiros.....	49
5.5	Cartilha educativa de segurança do paciente na unidade de recuperação pós-anestésica.....	54
6	DISCUSSÃO.....	80
6.1	Revisão Integrativa.....	80
6.2	Construção do instrumento de coleta de dados dos pacientes e validação da aparência.....	83
6.3	Aplicação do instrumento de coleta de dados com os pacientes.....	84
6.4	O grupo focal com os enfermeiros.....	86
6.5	Cartilha Educativa de segurança do paciente na URPA.....	89
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
	REFERÊNCIAS.....	93
	APÊNDICES.....	104
	Apêndice A - Carta convite aos juízes.....	
	Apêndice B - Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE enfermeiros avaliadores.....	
	Apêndice C - instrumento de coleta de dados do paciente para avaliação dos juízes.....	
	Apêndice D - termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE Pacientes.....	
	Apêndice E - Instrumento de coleta de dados do paciente.....	
	Apêndice F - Carta convite para o grupo focal com enfermeiros.....	
	Apêndice G - Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE Enfermeiros Grupo focal.....	
	Apêndice H - Forms para os enfermeiros do grupo focal.....	
	ANEXOS.....	110
	Anexo A - Parecer substanciado do Comitê de Ética e Pesquisa CEP ..	

APRESENTAÇÃO

A ânsia por estudar e aprender mais a respeito de questões voltadas para a complexidade da unidade operatória sempre me causaram inquietação durante o período da graduação, logo, ainda nesta fase, em meados de 2019 realizei um curso de capacitação para instrumentação cirúrgica, onde pude realizar 50h de estágios dentro de hospitais públicos e particulares na cidade de João Pessoa, entre a sala de cirurgia com a instrumentação, passando pela central de material de esterilização e pela unidade de recuperação pós-anestésica, este universo foi ganhando forma, fui conhecendo pessoas especiais e que me fizeram voltar os olhos para a assistência de enfermagem em todos os setores perioperatórios, uma destas pessoas foi a enfermeira Sandra Martins, que foi professora no curso de instrumentação e por coincidência a encontrei no Hospital Universitário Lauro Wanderley onde foi realizada a presente pesquisa.

Ao longo da minha jornada árdua como enfermeira e amante da pesquisa fui obtendo conhecimentos acerca da segurança do paciente, lapidando os conhecimentos até o ponto em que compreendi que a assistência de enfermagem precisa estar alinhada com a cultura de segurança do paciente.

A formulação e reestruturação da tecnologia educacional que almejava construir voltada para a Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA) foi tomando forma já após as orientações e contribuições da orientadora Prof. Dra. Jacira, que me apresentou meios para que eu pudesse ir ao encontro das tecnologias e assim construir a cartilha de segurança do paciente na URPA, como, por exemplo, participando do curso de validação de tecnologias ministrado pela profissional que mais se destaca neste meio a Dra. Elizabete Teixeira.

A labuta para a construção e finalização desta dissertação foi conduzida mediante conhecimentos e saberes adquiridos ao longo da trajetória acadêmica interligando eventos científicos, cursos, e conhecimentos de professores do projeto de extensão da UFPB “Educação para saúde sobre prevenção de quedas em adultos e idosos hospitalizados” onde pude aprimorar a escrita científica bem como o amadurecimento pessoal e profissional que culminou no aperfeiçoamento do produto final da dissertação, nesse ínterim, essas contribuições foram positivas mediante orientações realizadas pela

orientadora Dra. Jacira dos Santos Oliveira, que conseguiu lapidar a pesquisa até o processo de finalização.

O resultado da dissertação configurou-se com a sequência a seguir: Introdução, objetivos, objetivos específicos, revisão da literatura, método disposto em etapas: Primeira etapa: Construção de uma revisão integrativa da literatura, segundo momento: Construção e validação de aparência do instrumento sobre segurança do paciente na URPA, terceiro momento: entrevista com os pacientes, quarto momento: Grupo focal com enfermeiros. Segunda etapa: cartilha educativa sobre segurança do paciente na Unidade de Recuperação Pós-anestésica, resultados, discussão, e considerações finais.

1 INTRODUÇÃO

Acontecimentos importantes ocorreram no passado na disciplina da Enfermagem que culminaram na segurança, eventos como problemas institucionais e profissionais. Acentua-se nesta fase de entendimento acerca do que era a segurança, a enfermeira e precursora da Enfermagem, Florence Nightingale que compreendeu o que acarretava em problemas aos soldados de guerra e implementou medidas de segurança que se mostraram positivas e até os dias atuais são utilizadas para promover a segurança do paciente (NASCIMENTO, DRAGANOV 2015).

Como relevância do estudo, aludimos Hipócrates (460 a 370 a.C.), que relatava com a máxima precisão “*primum non nocere*”. Questionado por alguns, apoiado por outros, era perceptível que os cuidados a saúde não estavam isentos de falhas, e que para esta condição ser benéfica, necessitavam de um cuidado específico, voltado para o atendimento com excelência e segurança do paciente (CORONA; PENICHE, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), preconiza a conjuntura de protocolos que devem ser utilizados diariamente nos serviços de saúde acobertados sobre a portaria nº 529/2013 do Ministério da saúde para implementação de medidas que visem a redução de lesões por pressão e quedas, favorecendo o aumento das medidas de cirurgia segura, administração de medicações de forma segura, identificação do paciente, todos estes fatores implicam diretamente na qualidade do atendimento para com a segurança do paciente (WHOS; 2013).

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), apresenta objetivos singulares para promover e contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, adotando medidas que favoreçam a ampliação das informações acerca da segurança da saúde para toda a sociedade, por meio de protocolos, manuais e guias de segurança (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

A segurança do paciente engloba uma dimensão extensa acerca dos cuidados prestados, sendo medida através das ações efetivas, demonstrando a eficiência dos serviços e estabelecimentos de saúde, a depender da utilização dos protocolos de segurança. estes podem surtir efeitos tanto negativos quanto positivos, frente à saúde do paciente, por este pressuposto se torna indispensável medidas de segurança (CARVALHO et al., 2015).

Assistência com ênfase na segurança do paciente está inteiramente correlacionada com as práticas de enfermagem no ambiente educacional, e na prática, é notório a

identificação de que tecnologias educacionais podem desenvolver um olhar diferenciado e favorecer o processo de ensino aprendizagem, com a utilização das tecnologias educacionais o paciente recebe um atendimento de qualidade, com resolutividade, holístico e o profissional de enfermagem torna-se cada vez mais capacitado, levando-se em consideração que tecnologias podem surtir efeitos extremamente positivos no desenvolvimento de habilidades do profissional (DOMINGUES et al., 2015).

A complexidade do cuidado ao paciente precisa estar interligada com qualidade do atendimento, tendo em vista que o enfermeiro possui a incumbência de trazer uma resolutiva e não causar danos, conseguindo prever possíveis efeitos adversos aos procedimentos e dentre eles a anestesia e complicações no período do pós-operatório, com conhecimentos práticos e científicos a equipe de enfermagem precisa ter resultados positivos nestes eventos inerentes ao processo cirúrgico, mesmo diante do enfrentamento diário de problemas humanos, burocráticos e financeiros das instituições (KLEIN et al., 2019).

Inúmeros processos são realizados após o período da cirurgia que compreendem os cuidados da enfermagem direcionados ao paciente e família, de forma empática e holística. Esta cadeia de cuidados na unidade pode estar direta ou indiretamente ligados a processos cirúrgicos (BRASIL, 2013).

Para o atendimento holístico no pós-operatório, a equipe de enfermagem deve considerar todo o processo perioperatório até a alta hospitalar do paciente, promovendo um ambiente seguro e com atendimento de qualidade, para evitar danos e promover a segurança do paciente (COSTA et al., 2018).

Para alicerçar a assistência, os enfermeiros possuem o recurso da teoria de enfermagem preconizada por Wanda de Aguiar Horta, que enfatiza as necessidades humanas básicas, como, por exemplo: cuidados corporais, ambiente e diversas necessidades, elementos constitutivos que alicerçam as condutas frente à realidade ambientalista dos sistemas de saúde. O processo de enfermagem, com a teoria de Horta, compreende etapas interrelacionadas visando a assistência holística ao paciente, com este recurso o enfermeiro juntamente com sua equipe consegue articular um atendimento diferenciado frente a todos os níveis de segurança do paciente (PERÃO et al., 2017); (HORTA, 1979). Consequentemente a teoria pode ser utilizada em todos os níveis de atenção à saúde dos pacientes, principalmente no momento perioperatório onde vários fatores podem influenciar na segurança do paciente.

O paciente permanecerá na URPA até que seus sinais vitais sejam estabilizados, o nível de consciência esteja adequado, segundo os parâmetros da normalidade, nesse caso, este será um local onde poderá ser organizadas medidas para evitar danos e complicações pós-anestésicas. Durante esta passagem do paciente pela unidade de recuperação, este pode apresentar algumas complicações a nível cardiorrespiratório, termorregular, locomotor, com relação às eliminações fisiológicas, de grande parte dos sistemas, como um todo ainda considerando o estado emocional (OLIVEIRA; JUNIOR, 2016).

Um estudo realizado por Oliveira e Junior (2016), mostrou as principais complicações pós-anestésicas, bem como, a atuação do enfermeiro frente a cada uma delas e a necessidade de intervenções específicas, as principais ocorrências apontadas foram hipotermia, dor, hipoxemia, náuseas, vômitos e alterações da pressão arterial.

A relevância do tema acerca da segurança do paciente é de extrema importância, para que sejam implementadas normas que visem a redução de danos e demais complicações pós-anestésicas. Neste íterim, vale ressaltar a seriedade da instituição de saúde na valorização de protocolos e medidas atualizadas com a finalidade de intervir com segurança (CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014).

Tendo em vista a complexidade que envolve o período perioperatório, mais precisamente o pós-operatório, se faz necessário medidas que venham fortalecer e sistematizar a assistência de enfermagem. As tecnologias educacionais promovem a construção de saberes, configuram-se como uma reunião de conhecimentos voltados à temática que compreendem estratégias de trabalho, como: cartilhas, manuais, e-book entre outras tecnologias, que favorecem profissionais e pacientes. Dessa forma, o conhecimento prévio dos profissionais da enfermagem antes da confecção de qualquer produção científica tecnológica se faz importante a busca na literatura por meio de trabalhos científicos, para levantamento de dados que servirão como alicerce no embasamento das tecnologias educativas (SOUZA; RIBEIRO; 2017).

Tendo em vista a complexidade da assistência de enfermagem a um paciente em pós-operatório e a quantidade de eventos que podem ocorrer dentro da URPA que envolvem desconfortos e complicações ao paciente, este estudo servirá para contribuir com a assistência de enfermagem. Logo: Quais aspectos/indicadores de segurança do paciente são necessários para a construção da cartilha educativa a partir da literatura científica, conhecimento do paciente e da prática do enfermeiro de unidade de recuperação pós-anestésica?

O presente projeto possui como hipótese: Existem aspectos/indicadores de segurança do paciente na literatura científica, no conhecimento do paciente e na prática do enfermeiro de unidade de recuperação pós-anestésica que possa subsidiar a construção de uma cartilha educativa com a finalidade de guiar uma assistência de qualidade e segura.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Construir uma cartilha educativa para os enfermeiros sobre segurança do paciente na unidade de recuperação pós-anestésica.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar na literatura nacional e internacional estudos desenvolvidos acerca da segurança do paciente na unidade de recuperação pós-anestésica;
- Construir um instrumento de avaliação de segurança do paciente a partir de indicadores identificados na literatura;
- Realizar uma validação de aparência do instrumento de avaliação de segurança do paciente;
- Identificar os indicadores de segurança junto aos pacientes da URPA;
- Averiguar a prática dos enfermeiros da unidade de recuperação pós-anestésica frente a segurança do paciente;
- Elaborar uma cartilha educativa sobre segurança do paciente para os enfermeiros na unidade de recuperação pós-anestésica.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Unidade de Recuperação Pós-Anestésica

O Centro Cirúrgico (CC) é uma das áreas mais enigmáticas da unidade hospitalar, com o agrupamento de profissionais especializados, devido a tipos de procedimentos realizados e seu nível de complexidade, podendo o paciente estar submetido a diversos riscos. O bloco cirúrgico pode ser composto por: Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA), Central de Material e Esterilização, Sala Operatória, entre outros ambientes (MACENA; ZEFERINO; ALMEIDA, 2014).

A Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA) é o local dentro do ambiente hospitalar destinado a receber os pacientes pós cirúrgicos e ofertar as melhores condições para o bem estar do paciente até a estabilização de seus sinais vitais, este tempo pode variar de acordo com a modalidade da cirurgia, o tipo de anestesia e a individualidade do paciente (TANAKA et al 2021; NASCIMENTO; JARDIM, 2015). Na URPA a equipe de enfermagem exerce cuidados específicos e intensivos até a estabilização de sinais vitais e melhora da condição hemodinâmica dos pacientes, mantendo vigilância constante para prevenir possíveis erros e para que seja efetivado é necessária uma equipe com habilitação para prestar uma assistência eficaz (PORTES, BISPO; NOGUEIRA, 2019).

Conforme o Ministério da Saúde (1994), a implantação das URPA foi idealizada através da portaria do MS/GM 1884/94 de 11.11.94, a qual preconizou meios para assegurar o bom funcionamento da unidade com a finalidade de prestar assistência até os pacientes atingirem boas condições para receber alta da URPA (PORTES; BISPO; NOGUEIRA, 2019).

O período de estadia do paciente na URPA subordina-se ao tipo de cirurgia e tipo de anestesia a qual o paciente foi submetido, logo, ele permanece até cessarem os efeitos anestésicos e até que retorne o nível de consciência, equilíbrio da dor, e demais sinais vitais, durante este tempo na unidade o paciente ficará sob cuidados diretos da equipe de enfermagem que tomará as medidas cabíveis diante das intercorrências e efeitos adversos (TANAKA et al 2021; NASCIMENTO; JARDIM, 2015).

Nesta fase pós operatória onde o paciente está internado na URPA e pode apresentar diversos sintomas e que a equipe precisa estar apta para intervir quando necessário sendo eles: depressão cardiorrespiratória, náuseas e vômitos, algias, alterações neurológicas, diminuição da temperatura corporal entre outros (SOBECC, 2013). Esses

sintomas e condições adversas no pós-operatório podem estar relacionados com múltiplos eventos bem como condições clínicas pré-operatórias, o tempo e o tipo de cirurgia complicações cirúrgicas ou anestésicas (OLIVEIRA; SILVA JUNIOR, 2016; CAMPOS, 2018).

Mendonça et al (2019) realizaram um estudo acerca da problemática que pode ocorrer na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (URPA), onde foram incluídos 78 pacientes, dos quais 69,2% apresentaram hipotermia na admissão, os autores exploraram o objeto de estudo compreendendo que a hipotermia pós-operatória ainda é um infortúnio predominante. A estabilização e controle da hipotermia é imprescindível para evitar demais danos a saúde do paciente como por exemplo: aumento da infecção de sítio cirúrgico, prolongamento da recuperação do paciente, a equipe necessita realizar medidas preventivas e cuidado integral até o paciente receber a alta da URPA (NUNES; MATTOS; MATTIA, 2014).

A dor é considerada o quinto sinal vital, pode ser definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) com uma experiência desagradável e individual potencialmente associada a lesões, traumas, processo cirúrgico, é uma sensação vivenciada por todos os seres humanos, e durante a assistência de enfermagem esse sinal pode ser verificado através de escalas, exames para o seu devido controle (XAVIER, 2018; CORGOZINHO; SOUZA 2016).

Uma pesquisa feita por Panazzolo., (2017) estimou o uso de analgésicos no pós-operatório imediato. Foram entrevistados 336 pacientes em uma URPA de um hospital do Rio Grande do Sul, e verificou a correlação entre pacientes que fizeram o uso e os que não fizeram o uso de opioides no pós-cirúrgico, bem como o fentanil e remifentanil, para cirurgias com anestesia geral, resultando em 266 pacientes sem relatos de dor após o uso de analgésicos opioides.

O processo de trabalho do enfermeiro é dividido em três esferas centrais de atendimento na unidade de recuperação pós-anestésica: competência, responsabilidade e participação. O enfermeiro realiza toda a organização do CC sem que nada passe despercebido tendo total controle do ambiente, o enfermeiro coordena toda a equipe elencando atribuições, e mantendo um relacionamento interpessoal favorável para o êxito da assistência (STUMM; MAÇALAI; KIRCHNER, 2006).

Para tanto, Campos et al., (2018) e Dill et al., (2018) determinam que os profissionais devem ficar atentos a todos os sinais e sintomas e procedimentos a serem realizados nesse período bem como analisar o débito urinário, repor os líquidos

necessários, atentar para os cuidados com cateteres e drenos, ferida operatória, o enfermeiro exerce papel primordial visto que está na URPA vigilante para prestar as ações necessárias para evitar que ocorra alguma intercorrência.

Conforme mencionado, diversas complicações, sintomas e eventos esperados podem acometer o paciente nesse momento de fragilidade pós cirúrgico, cabe destacar a dor, a hipotermia, hipoxemia, náuseas e vômitos, estas podem ser apresentadas mediante fatores internos e externos, e o enfermeiro na URPA necessita de realizar o monitoramento efetivo para prever e prover condições favoráveis para evitar maiores danos ao paciente, para tanto, os enfermeiros acabam por qualificar-se aumentando o conhecimento técnico e científico para que aumente a expertise e capacitação própria para atingir a excelência do cuidado (PORTES; BISPO; NOGUEIRA, 2019).

Um estudo de modalidade revisão integrativa foi realizado com o intuito de identificar a importância da equipe de enfermagem na recuperação pós-anestésica, tipificando a temática, os autores expuseram a importância da equipe de enfermagem nesta fase crítica em que o paciente se encontra, onde exercem papel fundamental com procedimentos e cuidado prudentes até a estabilização dos sinais do paciente, logo, o estudo enfatizou todas as atribuições e expertises cujo os enfermeiros exercem diariamente para manterem os pacientes até a alta na URPA (SOUZA; SILVA; BASSINE, 2020).

3.2 Segurança do paciente

Um estudo realizado por Nascimento e Draganov (2015) realizou uma linha do tempo com os principais eventos e modificações envolvidos na qualidade em segurança do paciente, factualmente a eficácia na segurança do paciente sempre esteve relacionada a adversidades que os profissionais enfrentavam para obter uma assistência de qualidade, desde a anosidade houve debates acerca de como prestar uma assistência de maior qualidade pelos pesquisadores, pois a medida que o cuidado é tão importante, os erros sempre estiveram presentes. Uma das fases importantes para estes estudos foi quando Florence Nightingale, enfermeira inglesa, analisou as condições evidenciadas na guerra e priorizou as condições de segurança dos soldados de guerra.

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) elencou diligências com a finalidade de aprimorar o cuidado prestado ao paciente, um grande marco acerca do objeto da pesquisa foi a divulgação do estudo denominado *To Err is Human* (Errar é humano), logo após alavancaram-se as pesquisas voltadas para a segurança do paciente (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015).

O Ministério da Saúde (MS) concebeu no ano de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com a finalidade de efetivar medidas assistenciais educativas com o propósito voltado para a segurança do paciente nas áreas de atenção à saúde do paciente, instituindo os protocolos e regulamentações para prevenção de quedas; cirurgia segura, prática de higiene das mãos; úlcera por pressão; de identificação do paciente; de segurança na prescrição e de uso e administração de medicamentos (BRASIL, 2014).

Inquietações voltadas para a segurança do paciente tomaram força por volta da década de 1990 após a publicação do estudo americano '*To err is human: building a safer health system*', do Instituto de Medicina (IOM), onde o estudo evidenciou a morte de 44.000 a 98.000 americanos em grande parte devido a problemas e erros evitáveis, uma assistência voltada para cuidados efetivos e de maior qualidade minimiza doenças possíveis danos que podem interferir diretamente na vida do paciente, dos profissionais, e da instituição hospitalar (SILVA et al., 2016).

Logo, fazer o uso da cultura de segurança do paciente é muito mais do que atitudes diárias, é um arcabouço de valores, comportamentos, competências que visam a qualidade da assistência (RAIMONDI, et al., 2019). Desenvolver a cultura de segurança do paciente possibilita o entendimento das instituições de como lidar com as questões necessárias

para a obtenção da segurança, existem disponíveis instrumentos que possibilitam a avaliação dessa cultura de segurança dentro das instituições, sendo eles: o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). O HSOPSC é um método qualitativo que afere a cultura de segurança, ele consegue detectar áreas carentes neste aspecto para promoverem a melhoria e perpetuar a promoção da segurança do paciente (PRIETO; FONSECA; MASCARENHAS, 2021). E o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) que também se apresenta como ferramenta significativa e com rigor nos critérios para avaliar a segurança do paciente nos hospitais (GABRANI, HOXHA, SIMAKU 2015).

Um estudo realizado por PRIETO; FONSECA; MASCARENHAS, (2021) esmiuçou a literatura a fim de identificar as características da segurança do paciente nas unidades hospitalares no Brasil, que aplicaram o *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, os autores identificaram 36 estudos. O HSOPSC reconhece 12 dimensões, variáveis da cultura de segurança do paciente, a segurança é avaliada de acordo com porcentagem de respostas positivas.

O PNSP foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS), pela portaria nº 529 em 1º de abril de 2013 cujo objetivo é proporcionar segurança do paciente por meio de núcleos de segurança do paciente (NSP), logo, a OMS tendo a visão da expansão dos problemas envolvendo a segurança a nível mundial estipulou medidas voltadas a Aliança Mundial para Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety) a fim de aumentar a perspectiva do cuidado voltado para o paciente sob uma perspectiva de segurança (BRASIL, 2018).

Extensivamente percorrida pelo mundo e apontada como problema de saúde pública a segurança do paciente se apresenta como fator importante a nível mundial. Pode-se considerar como segurança do paciente a redução dos danos e problemas decorrentes da assistência (BRASIL, 2015).

Uma pesquisa realizada por Siqueira et al (2021), realizou um estudo com uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, com a finalidade de planejar ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente em Unidade de Pronto Atendimento, identificar que para conseguir o objetivo de melhoria na segurança do paciente é necessário um conjunto de fatores como a confecção de fluxos e rotinas, uma melhor comunicação entre profissionais e aumento do quadro deles na instituição.

Os profissionais de saúde, sobretudo, os da enfermagem, carecem de desenvolver o trabalho assistencial de forma a prevenir riscos e aumentar a segurança do paciente, empenhando-se para superar os desafios diários bem como a dificuldade na comunicação, excesso de trabalho e demais adversidades diárias, essas mudanças assistenciais para aumentar a segurança do paciente podem fazer-se uso de escalas de risco de quedas, de lesão por pressão através da escala de Braden, notificar todos os eventos adversos (SIMAN; BRITO, 2016). Isto posto os enfermeiros têm de lidar diariamente com o enfrentamento em prol da cultura de segurança do paciente para aprimorar os cuidados assistenciais.

3.3 Tecnologias educativas

Techné na Grécia antiga significava conhecimento, que simboliza um conhecimento prático, uma técnica de realizar determinada ação, logo, conseguimos identificar a tecnologia na qual faz parte hoje do cotidiano profissional. A partir do século XIX houve a expansão da tecnologia em diversos ramos da ciência e migrando para área de ensino para resolução de problemas e aprimoramento de técnicas (NIETSCHE; TEIXEIRA; MEDEIROS, 2017).

A crescente massa de informações progrediu na época da revolução industrial, quando o acesso ao conhecimento e informações era limitado, logo, perpetuou-se o uso das tecnologias com o objetivo de repercutir o conhecimento de forma a estabelecer conexões em esferas distintas melhorando o acesso ao conhecimento, informação e pesquisa (SILVA., CORREA. 2014). A caracterização das tecnologias educacionais prosperou ao longo dos anos, o progressivo avanço trouxe novos métodos para aprimoramento da prática de ensino e assistência em saúde (ÁFIO., et al 2014). As tecnologias na ciência acompanharam as mudanças feitas pelo homem, proporcionando mudanças significativas em larga escala com impacto na saúde mediante as tecnologias educacionais, gerenciais e assistenciais (BARRA., et al 2006).

Uma pesquisa de revisão integrativa identificou várias Tecnologias Educativas Digitais (TED), foram selecionados no estudo 30 artigos que apresentaram essas TED como manequim simulador de alta fidelidade, simulador em ambiente virtual, vídeos, jogos educativos, aplicativos para telefonia móvel, entre outros, evidenciando como existe uma crescente de tecnologias e que a enfermagem está acompanhando essa evolução (SILVEIRA., COGO 2017).

Pode-se classificar as tecnologias que envolvem os artifícios de trabalho como: tecnologias duras, leve-duras e leves. As tecnologias leves compreendem os processos que envolvem profissionais enfermeiros/usuários, são as relações, as tecnologias leve-duras são os conhecimentos juntamente com as teorias, e a duras correspondem a equipamentos, máquinas processos mais estruturados e tecnológicos (LISBOA., SANTOS., LIMA 2017. MERHY; 2002. SILVA., OGATA., PEDRO 2017).

Um estudo realizado por Pessoa., et al (2019) por meio de uma revisão integrativa, com a seguinte questão norteadora: Que tecnologias vêm sendo utilizadas na educação em saúde de pacientes renais crônicos sobre o seu autocuidado? O estudo considerou 17

artigos para amostra total, foram identificadas tecnologias educativas por meio de material escrito que foram: folhetos, livreto, apostila, manuais. Tecnologias educativas por meio de material audiovisual: vídeo, apresentação de *PowerPoint*, Websites, CD interativo, telenovela e jogos educativos.

As tecnologias educacionais contribuem para maximizar as capacidades e enriquecer o cuidado voltado para o paciente, logo, as tecnologias possibilitam ao enfermeiro avultar os conhecimentos, trazendo impacto na qualidade de vida (PESSOA et al., 2019).

As tecnologias resultam em métodos robustos, mediante vivência cotidiana e por meio da pesquisa, elas podem ser classificadas em múltiplos tipos, como as: Tecnologias Educacionais que usam de aparatos que favorecem o aprendizado entre profissionais, pacientes, educadores; Tecnologias Assistenciais mensuração do processo do cuidado desvelado por profissionais nas esferas da atenção primária, secundária até a terciária, e as Tecnologias Gerenciais que medem os processos na gestão do trabalho em vastos ambientes de atenção à saúde (NIETSCHE., et al, 2005).

As Tecnologias Educacionais (TE), não se restringem apenas ao meio específico, mas sim, um caminho de encontro entre o homem e o mundo, o profissional e o processo de educação, compreende a delineação e execução de ações voltadas para o processo educacional, através da criatividade, da ludicidade se expandem o conhecimento através das tecnologias educacionais (NIETSCHE., et al, 2005).

Obtém destaque as TE que podem ser tocadas como as táteis, as expositivas, impressas, audiovisuais, não obstante as tecnologias realizadas por meios impressos como folders, cartazes, cartilhas, manuais, cadernos de orientação ou apostilas, nem sempre passam por processos rigorosos de confecção e implantação como os processos de validação (TEIXEIRA, 2010). Esses materiais estabelecem um conhecimento que é preferível ser procedência apropriada antes de ser entregue para os profissionais ou população.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo metodológico, com abordagem quanti-qualitativa, acerca dos cenários da prática de enfermagem em unidade de recuperação pós-anestésica. Os estudos metodológicos são realizados em fases ou etapas distintas e correlacionadas, o quantitativo de fases de cada estudo depende do objetivo do pesquisador, entrelaçando-se nas abordagens de métodos mistos para validar ou construir algum instrumento (TEXEIRA, 2019).

Interpretar os acontecimentos e dar significância aos mesmos faz parte da pesquisa qualitativa, não necessitando de métodos estatísticos para análise dos resultados. O pesquisador conhece e mantém contato direto com o objeto de estudo, favorecendo assim a credibilidade e legitimidade dos dados da pesquisa (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Na abordagem quantitativa o pesquisador verifica problemas e os estuda, alcançando níveis altos acerca do conhecimento dos sujeitos envolvidos na pesquisa, de forma sistemática, completa compreendendo e edificando suas particularidades (PUGLIA; LAUXEN 2017).

4.2 Procedimento metodológico

O estudo foi desenvolvido no período fevereiro de 2021 a janeiro de 2022 em duas: a primeira etapa compreendeu quatro momentos, sendo eles a revisão de integrativa, construção e validação de aparência de um instrumento para entrevista com os pacientes, aplicação do instrumento com os pacientes e o grupo focal com enfermeiros, a segunda etapa constituiu-se no desenvolvimento de uma cartilha educativa para enfermeiros sobre segurança do paciente na URPA (Figura 1).

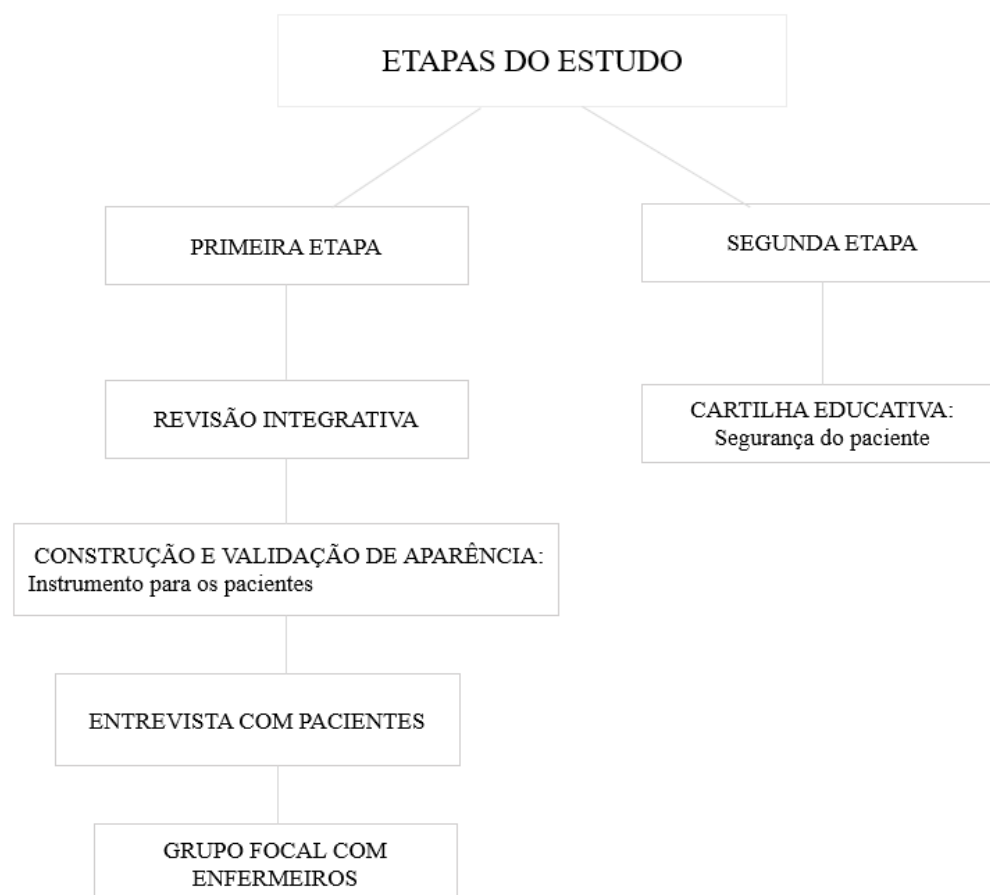


Figura 1. Procedimento metodológico da pesquisa.

4.1 Primeira Etapa: Construção de uma revisão integrativa da literatura.

4.3.1 **Primeiro momento:** Foi realizada uma revisão integrativa que obteve como meio teórico a sequência dos passos preconizados por Mendes; Silveira; Galvão (2008), onde toda a trajetória percorrida pelo pesquisador é realizada em seis etapas correlacionadas e hierarquizadas, logo, é realizado: determinação da escolha do tema, o objetivo específico do trabalho, palavras chaves, formulação da pergunta, os questionamentos, hipóteses que foram desenvolvidas ao longo do trabalho, realizando-se os critérios de inclusão e exclusão dos estudos, então é realizada uma busca criteriosa nas bases de dados. Após as leituras foram extraídas todas as informações necessárias à pesquisa, construindo um banco de dados com todos os resultados, organizados por quadro no programa *Excel*. Os estudos incluídos foram analisados, estruturados e organizados. Com todo o material selecionado, realizou-se uma discussão dos dados, que

poderá trazer sugestões para pesquisas futuras com a mesma temática, e por fim foi realizada a síntese do conhecimento.

Nesse íterim, a questão norteadora da revisão de literatura foi: quais as evidências nas literaturas nacionais e internacionais relacionadas às tecnologias educativas sobre a segurança do paciente em unidade de recuperação pós-anestésica?

Utilizou-se para aprimoramento da pergunta e de uma melhor busca de dados o acrônimo PICO (*Patient, Intervention, Control, Outcome*), onde o P corresponde ao paciente ou população, I é relacionado a intervenção, C a comparação ou controle e O é referente ao desfecho primário ou os resultados. Para a revisão de literatura em questão utilizou-se da seguinte forma: P – referente ao paciente na unidade de recuperação pós-anestésica; I- tecnologias educativas, C- não se aplica, O- Identificação de estudos relevantes para o aprimoramento das tecnologias educativas na Unidade de recuperação pós-anestésica (ERCOLE; ALCOFORADO, 2014).

Os critérios de inclusão foram artigos que abordassem sobre tecnologias educacionais, segurança do paciente e enfermagem na unidade de recuperação pós-anestésica, não obtendo restrições de idiomas, unidade temporal 2010 a 2020 e que atendessem a questão norteadora. Os critérios de exclusão dos artigos foram os artigos de revisões integrativas, resumos e trabalhos de fim de curso.

A realização da busca pelos artigos se deu através de uma busca criteriosa nas bases de dados: *Cummulative Index to Nursin gand Alied Health Literature (CINAHL)*; *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*; *Scorpus Elsevier (SCOPUS)*; *Web of Science e Pubmed*, utilizando os descritores Desc/MeSH, com booleanos AND, sendo eles: *Patient Safety, educational technology, Nursing e Perioperative nursing*, e os descritores em português: Segurança do paciente, Tecnologia Educacional enfermagem perioperatória e Enfermagem.

Vale ressaltar que, para escolha dos descritores foi realizada uma simulação criteriosa com as possibilidades disponíveis de descritores relacionados a temática, para esta etapa inicial da revisão foi utilizado um colaborador para tornar mais fidedigno e reduzir a possibilidade de erros.

A priori foi realizada a leitura flutuante dos títulos e resumos para identificar os artigos que seriam escolhidos para contemplar a pesquisa. Para análises dos dados, foi realizado um banco de dados com as informações pertinentes à pesquisa, selecionando os artigos incluídos de acordo com a temática para realizar um estudo mais aprofundado sobre eles. Para analisar cada um destes dados, foram dispostos em planilhas do Excel

com dados acerca dos profissionais, das tecnologias, realizando análise por meio de categorias. Após a análise, foi realizada a síntese dos dados encontrados.

4.3.2 Segundo momento: Construção e validação de aparência do instrumento sobre segurança do paciente na URPA.

Para a etapa de construção do instrumento foram utilizados os dados encontrados na revisão integrativa da literatura realizada anteriormente, os dados foram unificados em uma ordem lógica e mediante objetivos da pesquisa adentrando em aspectos inerentes as tecnologias educacionais voltadas à segurança do paciente na URPA. Foi verificada nas literaturas a relevância de cada indicador de segurança para alicerçar a construção do instrumento (LEITE et al., 2018).

Convém ressaltar que se tomou também como referência uma cartilha que fez uma readaptação dos dez passos da OMS acerca da segurança do paciente, que compreendem questões relacionadas a: 1 Identificação do paciente; 2. Cuidado limpo e cuidado seguro – higienização das mãos; 3. Cateteres e sondas – conexões corretas; 4. Cirurgia segura; 5. Sangue e hemocomponentes – administração segura; 6. Paciente envolvido com sua própria segurança; 7. Comunicação efetiva; 8. Prevenção de queda; 9. Prevenção de úlcera por pressão e 10. Segurança na utilização de tecnologia, a cartilha desenvolve um conhecimento crítico de cada etapa de forma explicativa e didática (BRASIL, 2010).

Utilizou-se também das categorias da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, descrita por Wanda Horta, que estabelece conexões entre condições psicobiológicas, psicológicas, psicossociais mediante concepções entre o ser humano o ambiente e a enfermagem, julgamentos acerca da literatura foram extraídos a fim de integralizar o instrumento como: Identificação do paciente, Cateteres e sondas – conexões corretas, Oxigenação, Eliminação, Regulação vascular, Regulação neurológica, Segurança física/ambiente, (PERÃO, et al., 2017).

A escolha dos juízes foi realizada por conveniência. Para a seleção dos juízes de uma população de docentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba e de enfermeiros/docentes do Hospital Universitário Lauro Wanderley, com expertise na área pretendida, preferencialmente com competências e conhecimentos voltados para a área cirúrgica, que possuíam disponibilidade para analisar

e contribuir com o instrumento. Foram convidados seis juízes para realizar a validação de aparência. A amostra foi composta por conveniência.

Foi adotado percentual de concordância de 80% para indicação de clareza e pertinência dos itens conforme recomendado por Polit e Beck (2006). Bem como a concordância entre os juízes por meio do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC), determinado pela fórmula proposta por Pasquali (2019):

$$(1) \quad M_x = \frac{\sum_{i=1}^J X_i}{J} \quad \sum_{xi} = \text{Soma das notas dos Juizes}$$

$$(2) \quad CVC = \frac{M_x}{V_{máx}} \quad J = \text{Número de Juizes}$$

$$V_{máx} = \text{Valor máximo atribuído ao item}$$

O cálculo do erro Pe_i foi estimado pela fórmula (3) resultando no cálculo do CVC final indicado na fórmula (4):

$$a. \quad Pe_i = \frac{1}{J} \quad (4) \quad CVC_c = CVC_i - Pe_i$$

Encaminhou-se E-mail para seis juízes convidando-as para participar da pesquisa, obteve-se resposta de quatro enfermeiras que fizeram suas contribuições, e, após o processo de validação de aparência do instrumento e correções pertinentes, a coleta foi iniciada.

Os enfermeiros foram primeiramente convidados por meio do E-mail e anexado carta convite, (APÊNDICE A), Instrumento de coleta de dados do paciente para avaliação dos juízes, (APÊNDICE B), instrumento de coleta de dados do paciente, (APÊNDICE C), Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE D), também foi enviado uma apresentação pessoal da mestranda e uma descrição da pesquisa e seus objetivos.

4.3.3 Terceiro momento: Entrevista com os pacientes

Realizou-se um teste piloto com os três primeiros pacientes, a entrevista teve o tempo cronometrado e atentou-se para a dinâmica sequencial para identificar possíveis erros iniciais do instrumento ou da entrevista (DANA; 2012). Logo, participaram desta etapa pacientes que passaram pela unidade de recuperação pós-anestésica (URPA) e encontravam-se na unidade de clínica cirúrgica do Hospital Universitário Lauro Wanderley na cidade de João Pessoa, em tempo oportuno para ter estabelecido os sinais vitais e que o atendimento de enfermagem inicial já tenha sido realizado.

A amostragem desta etapa se deu no período de setembro a dezembro de 2021, de forma não probabilística e por conveniência, onde foram incluídos na pesquisa pacientes internados na clínica cirúrgica que passaram por um processo cirúrgico envolvendo anestesia do tipo raquidiana, peridural, geral, procedimentos de complexidades maiores, pacientes com idade ≥ 18 anos que já estavam com sinais vitais estabilizados, com condições hemodinâmicas e psicológicas dentro da normalidade e livre de efeitos anestésicos.

Foram excluídos do estudo aqueles pacientes que estavam aguardando procedimentos cirúrgicos como (cirurgias gerais, torácicas, bariátricas), Pacientes com procedimentos cirúrgicos que envolviam apenas sedação e que não necessitavam de estabilização na unidade de recuperação pós-anestésica, procedimentos simples como: implantação de cateter, retirada de cisto sebáceo entre outros de caráter mais simples.

Para a realização da atividade de coleta de dados foi aplicado um instrumento semiestruturado com os pacientes (APÊNDICE C), ele está dividido em duas etapas, uma etapa sociodemográfica e clínica, e outra etapa com dados relevantes acerca da temática da pesquisa. Realizou-se previamente uma sondagem para identificar o dia e horário mais adequado para abordá-los. A entrevista deu-se após autorização prévia por escrito no Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E) dos participantes. Ressalta-se que a pesquisadora realizou a entrevista de forma respeitosa para com os pacientes, tendo a possibilidade de parar e/ou continuar a qualquer momento, para contemplar esta etapa e seguiu os preceitos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram importados para os programas da *Microsoft, Excel* e *Word* para possibilitar a análise de dados, foi utilizada a estatística descritiva para os achados quantitativos e análise de conteúdo proposto por Bardin (2016) nos dados qualitativos. Na apresentação dos resultados decidiu-se utilizar a letra P maiúscula seguida do número que representa a ordem dos pacientes entrevistados após cada fala, assim se manteve os aspectos éticos da pesquisa no tocante ao anonimato.

4.3.4 Quarto momento: Grupo focal com enfermeiros.

Para operacionalização do grupo focal, foi necessária uma equipe de auxílio, constituída de três moderadores que auxiliaram no foco das participantes, e interação,

dois observadores que, registraram expressões faciais, falas, bem como controle do tempo e emissão de um relatório final, logo, todo o material já havia sido previamente estabelecido com um roteiro e os participantes puderam responder de forma livre e com suas palavras (MUNARETTO; CORRÊA; CUNHA, 2013).

O grupo focal preconizou a sequência proposta de grupo focal de kinalski et al (2017), iniciando pela abertura, com uma dinâmica para quebrar o gelo, a apresentação de todos os participantes, da pesquisadora e da pesquisa, os informes de como se dariam os encontros, logo, realizando o grupo focal, a síntese das questões apresentadas e por último, a dinâmica de encerramento.

A coleta de dados proposta para obter informações pertinentes sobre a segurança do paciente na unidade de recuperação pós-anestésica foi realizada por meio da técnica de grupo focal, que é uma tática realizada através de uma abordagem qualitativa em pesquisas que por meio de um planejamento realiza discussões em grupo semelhante a uma roda de conversa com a interação grupal, porém com suas características individuais da coleta, onde é abordado sobre determinado tema importante em saúde trazendo a realidade como foco (BUSANELLO et al., 2012).

Foram convidados para participar da pesquisa, por meio de uma carta-convite (APÊNDICE F) os enfermeiros assistenciais do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB da URPA para colaborar no estudo por meio de um Grupo Focal. A amostragem se deu de forma não probabilística, por conveniência. Todos os enfermeiros foram convidados através de uma carta convite por meio de aplicativo telefônico e logo após, de forma presencial resultando em quatro enfermeiras que optaram em participar.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: ser enfermeiro do HULW/UFPB da Unidade de recuperação pós-anestésica, ter no mínimo um ano de experiência nessas unidades. Como critério de exclusão: aqueles que estivessem de férias, licenças por qualquer motivo.

Sinaliza-se que em virtude do contexto pandêmico instalado devido o Coronavírus, os encontros presenciais com os enfermeiros passaram por modificações, após a assinatura do TCLE que continha informações acerca do uso de imagens, foi acordado com os enfermeiros com antecedência todas as informações, com horário marcado, esta etapa realizou-se por meio de webconferência na plataforma do *Google Meet*, foi utilizado o recurso disponível de gravação da plataforma. O GF foi realizado em dois encontros seguidos da mesma estratégia de concretização.

Durante o encontro virtual, os enfermeiros responderam sobre: idade, dados da formação, área de atuação, e os dados específicos referentes à segurança dos pacientes URPA (APÊNDICE G) Foi planejado dois encontros virtuais com os enfermeiros com no mínimo uma hora para cada momento e no máximo duas horas de atividades. No ato, foi solicitada a permissão para gravar as falas das participantes, com a finalidade de armazenar os dados relevantes para o estudo.

Todos os participantes foram acobertados pelo que consta na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, não sofrendo nenhum tipo de dano, logo, quaisquer eventualidades que pudessem vir a acontecer, caso algum participante se sentisse fragilizado e lesado de alguma forma, seria resolvida a problemática para que ele não viesse a correr nenhum risco, todos foram convidados a assinar o TCLE (APÊNDICE - H) após a explicação do objetivo da pesquisa que é construir um instrumento uma tecnologia educativa sobre a segurança do paciente na unidade de recuperação pós-anestésica, o participante ficaria livre para desistir a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Os resultados foram analisados por meio de programas da *Microsoft Excel e Word*. O material obtido foi transcrito e analisado de forma quantitativa e qualitativa. Os quantitativos foram analisados por meio da estatística descritiva e os qualitativos por meio da técnica de análise de conteúdo em sua modalidade de análise temática, proposta por (BARDIN, 2016). Para organizar os indicadores de avaliação de segurança do paciente apontados pelos enfermeiros participantes do GF foi utilizado o Mapa conceitual e para manter o sigilo dos participantes decidiu-se utilizar ENF seguido do número que representa os participantes após cada fala, assim se manteve a ética na pesquisa.

4.4 SEGUNDA ETAPA

4.1 Cartilha educativa: segurança do paciente na Unidade de Recuperação Pós-anestésica.

Nesta etapa foi realizada a elaboração da cartilha educativa acerca da segurança do paciente na unidade de recuperação pós-anestésica. Esta etapa consistiu em uma resolutiva das evidências científicas encontradas, e por meio de indicadores de segurança

do paciente no ambiente hospitalar, referidos pelos enfermeiros durante o grupo focal e pelos pacientes durante a entrevista.

A cartilha educativa é composta por ilustrações que será um facilitador do trabalho do enfermeiro, as imagens e todo o conteúdo respeitou as normas preconizadas pela ABNT, tem uma sequência lógica do conteúdo, atentando para a harmonia entre ilustrações e textos, utilizando a fonte: times new Roman tamanho 12, negrito para títulos e informações importantes, as informações de maior impacto serão demonstradas no início da cartilha, a fim de envolver o profissional de imediato no conteúdo.

A cartilha contribuirá para aumentar a segurança do paciente e diminuir os riscos de danos ao mesmo. A cartilha tem um número de folhas acessível e que não ficará árdua para o profissional enfermeiro, tornando-se prazeroso o ato de obter mais conhecimento acerca da segurança do paciente e de fácil manuseio no momento da aplicação na prática assistencial. Um profissional de designer gráfico auxiliou no rigor metodológico do designer para reorganização dos dados da cartilha após a finalização realizada pela autora, a estruturação da cartilha foi confeccionada através de programas da *Microsoft e Canva*.

4.5 Ética na pesquisa

Todas essas etapas metodológicas seguiram rigorosamente todos os requisitos de pesquisas realizadas com seres humanos preconizados pela Resolução Nº 466 de dezembro de 2012. A pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Paraíba UFPB, parecer de aceite nº 4.474.565. CAEE: 40782020.3.0000.5183.

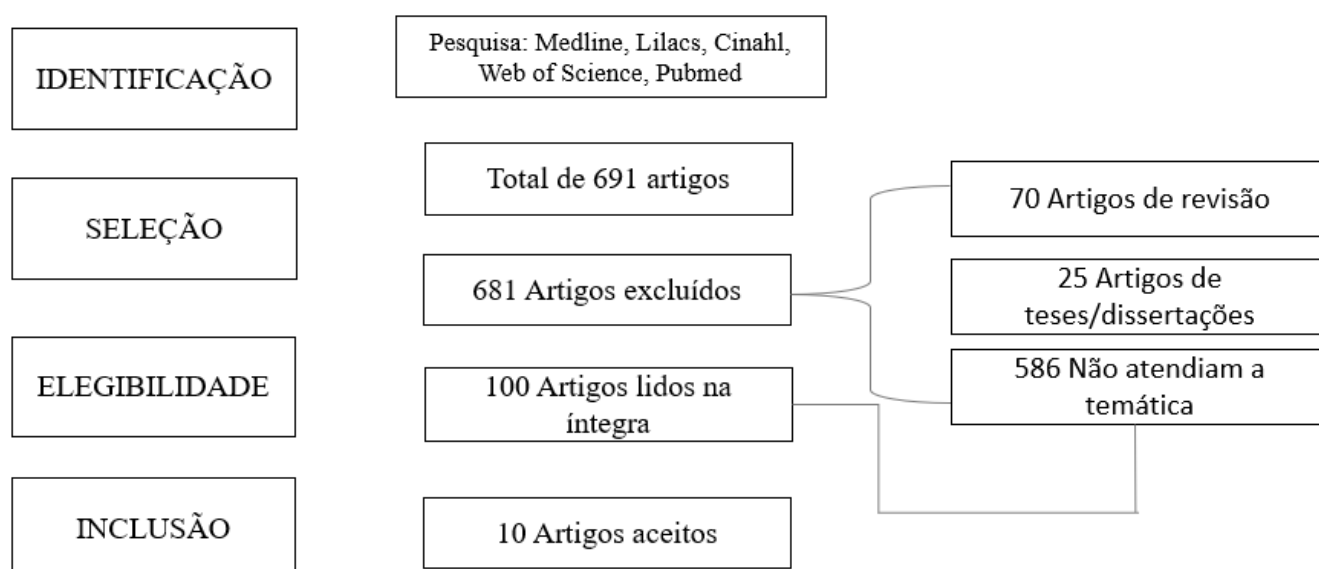
5 RESULTADOS

5.1 Resultado da Revisão Integrativa

Após a realização de diferentes simulações com descritores para encontrar um resultado satisfatório nas buscas dos artigos, obteve-se os seguintes resultados: LILACS 52 artigos, dos quais foram aceitos 6 artigos, na CINAHAL 48 artigos, totalizando 0 artigos aceitos, Web of Science 219 artigos, com 1 artigos aceitos, PUBMED 372 artigos, sendo 3 artigos aceitos.

Após a busca, um total de 691 artigos foram encontrados, logo, foram apreciados os títulos e resumos destes, no qual 100 artigos encontravam-se no contexto temático e foram lidos na íntegra para identificar se realmente respondiam à questão norteadora da pesquisa, além de verificar aspectos metodológicos. Após a análise destes artigos, foram selecionados e aceitos um total de 10 artigos. A figura 02 mostra a síntese dos resultados da busca.

Figura 2 - Fluxograma do processo de seleção e exclusão dos estudos no período entre os anos de 2010 a 2020, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2021.



De forma descritiva, a respeito do ano de publicações dos artigos, prevaleceram com quatro publicações no ano de 2018, seguido de duas publicações no ano de 2019, e respectivamente com uma publicação os anos de 2015, 2016, 2017 e 2020. Sobre a língua de origem dos artigos, seis artigos corresponderam ao idioma português e quatro artigos em inglês. A respeito da formação dos primeiros autores de cada artigo, oito eram enfermeiras, seguido de um médico e uma biomédica. A seguir, apresenta-se o quadro 1 com os níveis de evidência dos estudos de forma sistemática e organizada que seguiu os métodos apresentados de Melnyk, Williamson (2010).

Quadro 1 – Níveis de evidência dos estudos selecionados, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2021.

Estudos (N =10)	Ano	Título	Nível em evidência
01	2015	Construção e validação de <i>checklist</i> cirúrgico para prevenção de infecção de sítio cirúrgico.	VI
02	2017	Construção de manual sobre cirurgia segura para profissionais de saúde	VI
03	2018	Percepções acerca de um instrumento para avaliação e alta da sala recuperação pós-anestésica	VI
04	2019	Implantação do protocolo de termorregulação para recém-nascido em procedimentos cirúrgicos	VI
05	2019	Transferência do cuidado de pacientes com baixo risco de mortalidade no pós-operatório: relato de experiência	VI
06	2020	Elaboração, validação e fidedignidade do protocolo de segurança para o manejo da sede pediátrica	VI
07	2016	Experiências do paciente usando um registro de saúde pessoal de paciente interno	VI
08	2018	Avaliação de usabilidade e viabilidade intra-hospitalar do Panda, um aplicativo para o manejo da dor em crianças em casa.	III
09	2018	Refinar a avaliação e o gerenciamento de enfermagem com uma nova ferramenta de alta da assistência pós-anestésica para minimizar o risco do paciente cirúrgico.	VI
10	2018	STOPDVTs: Desenvolvimento e teste de uma ferramenta de avaliação clínica para orientar a avaliação de enfermagem de pacientes no pós-operatório de Trombose Venosa Profunda.	VI

Os achados na pesquisa apresentaram o nível VI em destaque dentre os demais estudos com 90%, logo, este nível de evidência faz referência aos estudos de coorte e de caso controle bem delineados, seguido de 10% referentes ao nível III, que tange aos ensaios clínicos bem delineados, porém sem randomização.

Em seguida, tem-se o quadro 2, que apresenta a sintetização das informações pertinentes sobre cada estudo, fazendo-se relevante identificar o número do estudo, base de dados, ano, idioma, título e periódico de cada estudo incluído.

Quadro 2 - Tipos de tecnologias utilizadas segundo: base de dados, ano, idioma, título e periódico. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2021.

Estudos (N =10)	Base de dados	Ano	Idioma	Título	Periódico
01	Lilacs	2015	Português	Construção e Validação de checklist cirúrgico para prevenção de infecção de sítio cirúrgico.	Acta Paulista de Enfermagem
02	Lilacs	2017	Português	Construção de manual sobre cirurgia segura para profissionais de saúde	Cogitare Enfermagem
03	Lilacs	2018	Português	Percepções acerca de um instrumento para avaliação e alta da sala recuperação pós-anestésica	Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental (Online)
04	Lilacs	2019	Português	Implantação do protocolo de termorregulação para recém-nascido em procedimentos cirúrgicos	Revista Gaúcha de enfermagem
05	Lilacs	2019	Português	Transferência do cuidado de pacientes com baixo risco de mortalidade no	Revista Gaúcha de enfermagem

				pós-operatório: relato de experiência	
06	Lilacs	2020	Português	Elaboração, validação e fidedignidade do protocolo de segurança para o manejo da sede pediátrica	Revista Latino-americana de Enfermagem
07	Web of Science	2016	Inglês	Experiências do paciente usando um registro de saúde pessoal de paciente interno	Applied clinical informatics
08	Pubmed	2018	inglês	Avaliação de usabilidade e viabilidade intra hospitalar do Panda, um aplicativo para o manejo da dor em crianças em casa	Paediatr Anaesth
09	Pubmed	2018	inglês	Refinar a avaliação e o gerenciamento de enfermagem com uma nova ferramenta de alta da assistência pós-anestésica para minimizar o risco do paciente cirúrgico.	Journal of Advanced Nursing
10	Pubmed	2018	inglês	STOPDVTs: Desenvolvimento e teste de uma ferramenta de avaliação clínica para orientar a avaliação de enfermagem de pacientes no pós-operatório de Trombose Venosa Profunda.	Journal of Clinical Nursing

O quadro 3 apresenta as modalidades das tecnologias educativas utilizadas para a aquisição de conhecimento entre profissionais e pacientes de diversos setores na saúde. Na qual foram citadas a validação de instrumentos, criação de aplicativos e aplicação de protocolos específicos sobre o tema estudado bem como: protocolos, cartilhas educativas, manuais, aplicativos, validação de *checklist*, criação de instrumentos e ferramentas clínicas.

Quadro 3 - Síntese das produções científicas cujas estratégias envolveram tecnologias educativas voltadas à segurança do paciente no ambiente cirúrgico. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2021.

Nº/Primeiro autor	Modalidades de tecnologias educativas
01. Alessandra Nazareth Cainé Pereira Roscani ⁽¹²⁾	Construção e validação de <i>checklist</i> de segurança cirúrgica criado para segurança do paciente e para prevenção de infecção de sítio cirúrgico.
02. Gisele Silva Lopes Souza ⁽¹³⁾	Construção de um manual sobre cirurgia segura, envolvendo aspectos no manual sobre o pré-operatório, operatório e pós-operatório.
03. Márcia Cristina Pereira Dill ⁽¹⁴⁾	Elaboração de um instrumento para avaliação e alta da sala recuperação pós-anestésica. Descrever as percepções dos enfermeiros diante dele.
04. Lucas Amaral Martins ⁽¹⁵⁾	Construção, implantação e aplicabilidade de um protocolo, que tiveram como norteador o ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Action). Possuindo ações e recomendações/rotinas para implantação do protocolo.
05. Kátia Bottega Moraes ⁽¹⁶⁾	Implantação de um projeto piloto entre sala de recuperação pós-anestésica e unidade de internação cirúrgica. Descrever as percepções de profissionais de enfermagem acerca de um instrumento para avaliação e alta da Sala de Recuperação Pós-anestésica. Projeto piloto que utilizou o modelo de risco SAMPE, fluxograma baseado em um modelo de risco de mortalidade pós-operatória.

06. Isadora Pierotti ⁽¹⁷⁾	Elaboração, validação e fidedignidade de um protocolo de segurança para o manejo da Sede Pediátrica.
07. Janet Woollen ⁽¹⁸⁾	Experiências do paciente usando um registro de saúde pessoal de pacientes de pós-operatório. Aplicativo de internação de PHR. Registro pessoal de saúde de paciente internado (PHR) em um Tablet Apple iPad para aumentar o envolvimento em seus cuidados hospitalares.
08. Terri Sun ⁽¹⁹⁾	Elaboração de um aplicativo intitulado: Panda. Para o manejo da dor em crianças em pós-operatório em casa. Avaliação de usabilidade e viabilidade.
09. Maryann Street ⁽²⁰⁾	Desenvolvimento e avaliação de uma ferramenta intitulada Care Tool de alta, cuidados pós-anestésicos.
10. Alanna O'Brien ⁽²¹⁾	Desenvolvimento e aplicação teste de uma ferramenta de avaliação clínica para avaliação de enfermagem em pacientes no pós-operatório de Trombose Venosa Profunda intitulada: STOPDVTs.

A seguir, o quadro 4 corresponde aos indicadores de avaliação de segurança do paciente que foram encontradas nos estudos selecionados.

Quadro 4 - Síntese das produções científicas com ênfase nos indicadores de avaliação da segurança do paciente. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2021.

Indicadores de avaliação de segurança do paciente	Número do estudo
Tosse	06
Frequência respiratória / Padrão respiratório. Bradipneia/ Falta de ar	09,06. 03/ 10
Saturação de oxigênio	09
Perdas sanguíneas	05
Vômito	05, 06, 09
Náusea	05, 06
Lesões de pele	05
Avaliação e monitorização do débito urinário	03

Reposição de líquidos	03
Avaliação de sangramentos / Hemorragia	03/ 09
Temperatura/ termorregulação no perioperatório/ Redução da hipotermia/ Hipertermia	09/04
(TVP) Trombose Venosa profunda	10
Frequência cardíaca/ Taquicardia/ Arritmias	09/03/05
HAS Hipertensão Arterial Sistêmica / Pressão arterial sistólica,	03/ 09
Choro	06
Mal estar	07
Estado de consciência / Nível de consciência/ Estado geral	09/06/ 03
Motricidade	03
Câimbras musculares	10
Dor / Escala de dor	05, 06, 07, 08, 09/03, 08
Quedas	05

Quadro 5 - Síntese das produções científicas com ênfase nos indicadores de avaliação da segurança do paciente. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2021.

Indicadores de avaliação de segurança do paciente utilizados pelos enfermeiros	Número do estudo
Identificação/Confirmação	01
Investigação do pré e pós-operatório	
Procedimento certo/ Local certo	
Prevenção de infecção do sítio cirúrgico	
Pulseira de identificação	
Está sob precaução específica	
Lesão de pele relacionada ao posicionamento cirúrgico/Ato operatório,	
Recomendação específica para o pós-operatório.	
Cirurgia segura	

Cuidados na clínica e alta hospitalar	02
Notificação de eventos adversos	
Infraestrutura,	
Higiene	
Alimentação	
Orientações para a alta	
Utilização de cateteres e Drenos	03
Sinais Vitais (SSVV)	
Nível de consciência	
Horário de aprazamentos de medicamentos	
Sonda nasogástrica/ vesical	
Tipo de anestesia	

5.2 Construção do instrumento de coleta de dados dos pacientes e validação da aparência.

A respeito dos juízes, 100% eram mulheres, doutoras em enfermagem, 90% eram docentes na Universidade Federal da Paraíba e 10% enfermeira assistencial no hospital Universitário Lauro Wanderley.

A validação do conteúdo dos itens do instrumento de coleta dos dados dos pacientes encontra-se no quadro 5, no qual observa-se que a maioria dos itens apresentaram concordância com CVC 54 ($\geq 0,80$). O item 1.5 (Data de Nascimento), não apresentou CVC ($< 0,80$) no tocante a clareza e a pertinência; ao mesmo tempo que os itens 4.2 (oxigenação), 4.3 (regulação vascular), 4.5 (eliminações) e 4.8 (integridade da pele) também apresentaram CVC ($< 0,80$) no tocante a clareza (ALEXANDRE., COLUCI, 2011).

Quadro 6 - Coeficiente de validade para cada item do instrumento de coleta de dados do paciente. João Pessoa – PB. Brasil, 2021. (N=4).

ITENS	Clareza	Pertinência
	CVC _i *	CVC _i *
I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS DO PACIENTE		
1.1 Iniciais do paciente:	0,996	0,996
1.2. Tempo de internação:	0,996	0,996
1.3 Sexo ()F ()M	0,996	0,996
1.4 Idade (em anos)	0,829	0,913
1.5 Data de Nascimento:	0,663	0,746
1.6. Estado civil: () Casado/União estável () Viúvo () Solteiro () Separado/Divorciado	0,996	0,996
1.7. Cor/Raça () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena	0,996	0,996
1.8. Escolaridade:	0,829	0,913
1.9. Religião:	0,913	0,996
1.10. Profissão:	0,996	0,996
1.11. Ocupação:	0,996	0,996
1.12. Renda mensal:	0,829	0,913
1.13. Renda proveniente: () Aposentadoria () Pensão () Aluguel () Trabalho Próprio () Outros	0,996	0,913
II- DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE		
2.1 Diagnóstico médico	0,996	0,996
2.2 Diagnóstico secundário	0,913	0,913
2.3 Modalidade de cirurgia	0,913	0,913
2.4 Nome do procedimento cirúrgico (a)	0,829	0,913
2.5 Utilização de algum dreno cirúrgico	0,913	0,996
2.6 Antes da cirurgia utilizava algum dispositivo para mobilidade	0,996	0,996
2.7 Após o procedimento cirúrgico precisará utilizar algum dispositivo para mobilidade	0,996	0,996

* CVC_i = Coeficiente de validade de conteúdo por item

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

O item III do instrumento: Aspectos de segurança do paciente para o paciente na URPA que continham quatro perguntas abertas a fim de identificar o que os pacientes entendiam por segurança do paciente, notificação de eventos adversos, ambiente/infraestrutura e cirurgia segura, a avaliação quanto a clareza e a pertinência obtiveram como resultado respectivamente quanto a clareza: 0,996, 0,913, 0,913, 0,913 e pertinência 0,996, 0,913, 0,913, 0,996, resultado de CVC $\geq$ 0,80.

O quadro 7 indica a média de validação por juízes de acordo com o número de itens do instrumento para realização do cálculo do coeficiente de validade de conteúdo total. Após o cálculo da estimativa de erro, o CVC foi considerado e manteve-se com $CVC \geq 0,80$, sendo então válido o conteúdo na sua totalidade.

Quadro 7 – Coeficiente de validade de conteúdo total aos itens do instrumento por juiz. João Pessoa – PB. Brasil, 2021. (N=4).

ITENS	Juiz			
	1	2	3	4
I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS DO PACIENTE				
1.1. Iniciais do paciente:	0,091	0,091	0,091	0,091
1.2. Tempo de internação:	0,091	0,091	0,091	0,091
1.3. Sexo ()F ()M	0,091	0,091	0,091	0,091
1.4. Idade (em anos)	0,091	0,061	0,076	0,091
1.5. Data de Nascimento:	0,030	0,076	0,061	0,091
1.6. Estado civil: () Casado/União estável () Viúvo () Solteiro () Separado/Divorciado	0,091	0,091	0,091	0,091
1.7. Cor/Raça () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena	0,091	0,091	0,091	0,091
1.8. Escolaridade:	0,061	0,091	0,076	0,091
1.9. Religião:	0,091	0,091	0,076	0,091
1.10. Profissão:	0,091	0,091	0,091	0,091
1.11. Ocupação:	0,091	0,091	0,091	0,091
1.12. Renda mensal:	0,061	0,091	0,076	0,091
1.13. Renda proveniente: ()Aposentadoria()Pensão ()Aluguel ()Trabalho Próprio ()Outros	0,091	0,076	0,091	0,091
II- DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE				
2.1 Diagnóstico médico	0,091	0,091	0,091	0,091
2.2 Diagnóstico secundário	0,091	0,091	0,091	0,091
2.3 Modalidade de cirurgia	0,091	0,061	0,091	0,091
2.4 Nome do procedimento cirúrgico (a)	0,061	0,091	0,091	0,091
2.5 Utilização de algum dreno cirúrgico	0,061	0,091	0,091	0,076
2.6 Antes da cirurgia utilizava algum dispositivo para mobilidade	0,091	0,091	0,076	0,091
2.7 Após o procedimento cirúrgico precisará utilizar algum dispositivo para mobilidade	0,091	0,091	0,091	0,091
III - ASPECTOS DE SEGURANÇA PARA O PACIENTE NA URPA				
3.1 O que o Sr ou Sr. ^a entende por Segurança do paciente?	0,091	0,091	0,091	0,091
3.2 Qual seu entendimento acerca das Notificações de eventos adversos?	0,061	0,091	0,091	0,091

3.3 Como Sr ^o ou Sra percebe a infraestrutura na segurança do paciente?	0,061	0,091	0,091	0,091
3.4 O que é uma cirurgia segura para Sr ^o ou Sra?	0,076	0,091	0,091	0,091
IV- COMO O SR^o CONSIDERA OS SEGUINTE ASPECTOS DE SEGURANÇA NA URPA				
4.1 Dados da admissão	0,091	0,061	0,091	0,091
4.2 Oxigenação	0,076	0,061	0,091	0,076
4.3 Regulação vascular	0,076	0,091	0,076	0,076
4.4 Regulação térmica	0,061	0,091	0,091	0,076
4.5 Eliminações	0,076	0,091	0,076	0,076
4.6 Regulação neurológica	0,061	0,091	0,076	0,091
4.7 Senso percepção	0,061	0,091	0,091	0,091
4.8 Integridade da pele	0,061	0,091	0,076	0,076
4.9 Nutrição: Cuidado corporal e ambiental	0,030	0,091	0,091	0,091
4.10 Preparação para a alta da URPA	0,061	0,091	0,076	0,091
Média_j[*]	0,859	0,980	0,970	1,000
CVC_j^{**}	0,952			
Pe_i[†]	0,004			
CVCc^{††}	0,948			

* Média_j = Média Global por juiz; ** Pe_j = Erro padrão; † CVC_j = Coeficiente de validade de conteúdo entre juizes; †† CVCc = Coeficiente de validade de conteúdo final

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

5.3 Aplicação do instrumento de coleta de dados dos pacientes.

O resultado do teste piloto foi realizado criteriosamente, reparados somente a formulação de como seriam as perguntas afim de reduzir o tempo de entrevista, no tocante ao contexto. Foi necessário a colaboração de um segundo pesquisador, enfermeira e mestre em enfermagem, servidora do Hospital Universitário. Todas as questões referentes a pesquisa como objetivo, método e como se deu a construção dos instrumentos bem como o manejo para cada pergunta foi cuidadosamente explicado para a colaboradora.

Os pacientes contribuíram com a pesquisa no leito de internamento, sem necessariamente movimentar-se ou deslocar-se para outro ambiente, alguns, contaram com ajuda dos acompanhantes no momento das perguntas sociodemográficas para otimizar o tempo e para participarem do momento. Após o cenário pandêmico vivenciado, o número de cirurgias no hospital selecionado para a pesquisa foi reduzido, logo, a amostra foi de 50 pacientes.

5.3.1 Características sociodemográficas e condições de saúde dos pacientes entrevistados após cirurgia

Neste estudo, observou-se uma maior frequência do sexo feminino (66,0%) com prevalência de idade 50-59 anos (24,0%), casados ou que viviam em união estável (50%), solteiros (40,0%), com escolaridade de nível médio completo (32,0%), fundamental completo (20,0%) e superior completo (10,0%), religião católica (60,0%), evangélica (30,0%), apresentavam renda pessoal de um salário mínimo (40,0%) e dois salários (32,0%), renda proveniente de trabalho próprio (36,0%), aposentadorias (18,0%), sem ocupação (16,0%). Quanto às condições de saúde relacionadas à presença de diagnóstico secundário: Hipertensão Arterial (22,0%), Diabetes Mellitus tipo 2 (16,0%) e sem diagnóstico secundário (48,0%). A modalidade da cirurgia foi eletiva (88,0%). Prevaleram as cirurgias ginecológicas com (28,0%) e cirurgias de retirada de nódulos cancerígenos (20,0%). No momento da entrevista, 82,0% dos participantes estavam sem drenos e 100,0% encontravam-se sem dispositivos de mobilidade.

5.3.2 Categorias e subcategorias resultantes das respostas dos pacientes

Apresenta-se a seguir o quadro 8 com as categorias e subcategorias construídas a partir da análise das unidades de registro. A Categoria 1 refere-se ao conhecimento sobre segurança do paciente e alberga quatro subcategorias: Humanização, processo de cuidar, medicação e acompanhante. A categoria 2 trata do conhecimento sobre notificações de eventos adversos e contém duas subcategorias: Comunicação para os profissionais e comunicação para os pacientes. Categoria 3 mostra-se a percepção sobre o ambiente cirúrgico/infraestrutura com três subcategorias: Equipamentos, ambiente e higienização. Categoria 4 demonstra o conhecimento sobre cirurgia segura e abarca quatro subcategorias: Equipe multiprofissional, ambiente, condições de saúde e espiritualidade.

Quadro 8 - Categorias e subcategorias construídas a partir da análise das unidades de registro.

CATEGORIA 1: Conhecimento sobre segurança do paciente	
Subcategoria: Humanização	“Ter atendimento humanizado por parte dos profissionais, ter cuidado” (P09). “Conversar, ter um certo cuidado com o paciente, ter uma amizade, transmitir certa simpatia” (P37). “E quando você tem a certeza como ele trabalha a segurança dele que ele passa para a gente seguro do que esta fazendo, se você ta fazendo um procedimento e o paciente vê que você está fazendo com respeito carinho a gente se sente seguro” (P23).
Subcategoria: Processo do Cuidado	“Bom auxilio dos profissionais que estejam atendendo no pós-operatório”. (P30). “Cuidado assim, de mostrar ao paciente os riscos, cuidado ao levantar uma grade na cama, não deixar o paciente só, tanto do funcionário quanto do paciente ta só, área de risco” (P36). “Todo procedimento realizado antes, depois e durante qualquer procedimento em hospitais ou postinhos de saúde em relação a saúde dele” (P15).
Subcategoria: Medicação	“Bom atendimento ne, atenção, é o que eu to tendo aqui atenção medicação sempre estão aqui na sala limpeza” (P48). “Limpeza, higiene dentro do hospital, troca de medicação,” (P40). “Um atendimento adequado medicação na hora certa” (P16).
Subcategoria: Acompanhante	“segurança no meu ponto de vista o paciente é para ter acompanhante porque tem hora que o paciente não responde por si próprio [...]o acompanhante ta ali para transferir o que o paciente sente, não todos os momentos depende do paciente ele não se responsabiliza por ele mesmo, no meu ponto de vista e necessário um acompanhante” (P49). “Segurança do paciente acho que a pessoa estar com acompanhante para cuidar direitinho, cuidado para não cair, escorregar no banheiro” (P27).
CATEGORIA 2: Conhecimento sobre notificações de eventos adversos	
Subcategoria: Comunicação para os Profissionais	“Chama a enfermeira ne informa o que aconteceu” (P27). “É necessário tudo o que aconteça se sair algo fora do normal o paciente precisa saber ne, e a gente também ne, comunicar para o médico para a equipe de enfermagem” (P36).
Subcategoria: Comunicação Para os Paciente	“Mulher, eu acho que o paciente tem que saber de tudo ne, e se acontecer algo tem que ser informado. Segurança dos dois lados ne” (P40). “É importante a gente ficar por dentro de tudo que acontece, inclusive tem algumas informações que eu ainda não tive a respeito do procedimento, se foi direitinho” (P26).

CATEGORIA 3: Percepção sobre o ambiente cirúrgico/infraestrutura	
Subcategoria: Equipamentos	“Pelo menos aqui eu gostei muito a parte de maquinas e tudo, aparentemente parece ser tudo certinho funcionando direitinho” (P26). “Tem haver principalmente a equipe médica, só que eu acho muito estreitinha a mesa, mas eles tem cuidado ne” (P02). “Tem segurança sim, a gente passa pouco tempo, sai sedada, sempre tem pessoas perto para cuidar, botar a grade, informar” [...] (P36). “Eu achei seguro, quando vi os equipamentos a equipe eu senti tanta segurança que não tive medo” (P05). “Sim, olha só esse é um hospital universitário eu entendo que os alunos tem que ser formado e tudo, tinha 2 médicos particular me atendendo um disse que ia abrir e outro por vídeo, estrutura do governo federal, para os alunos também aprenderem fizeram aberta, eu queria que tivesse sido por vídeo” (P03).
Subcategoria: Ambiente	“Ambiente confortável” (P24). “Ambiente ótimo, estrutura boa eles têm” (P32). “Boa condição” (P09). “Tudo organizado” (P35).
Subcategoria: Higienização	“Olho tudo isso, higiene, tudo limpinho, coisa que eu nem esperava o atendimento é top aqui” (N44). “Até onde eu lembro tava tudo ok, higienização limpinho” (P34).
CATEGORIA 4: Conhecimento sobre cirurgia segura	
Subcategoria: Equipe Multiprofissional	“É ter profissionais qualificados e competentes para estruturar e ter uma boa cirurgia” (P09). “Ter uma equipe boa em conjunto responsabilidade com a vida do outro” (P42).
Subcategoria: Ambiente	“Higiene o ambiente ser limpo, todo mundo ta corretamente preparado, não só vestido, mas os acessórios que tem” (P37). “Todos os equipamentos, equipamentos modernos para não precisar cortar” (P08). “Todos os equipamentos adequados, é tanto que meu médico só fazia a cirurgia se tivesse um leito da uti da equipe desocupado, se não tivesse ele não faria” (P05).
Subcategoria: Condição Clínica	“sei lá sei nem o que dizer, deu branco agora, assim, exames específicos com o resultado dos exames o médico decidir se pode ou não” (P48).
Subcategoria: Espiritualidade	“Vai com fé e volta” (P31). “Ter confiança no medico na equipe dele, confio em Deus, naquele que e o dono das nossas vidas, sua equipe e o tratamento durante o tempo que passar aqui” (P29).

Na figura 3 apresentam-se os indicadores que contribuíram para a construção da cartilha educativa: segurança do paciente na URPA a partir das perguntas abertas.

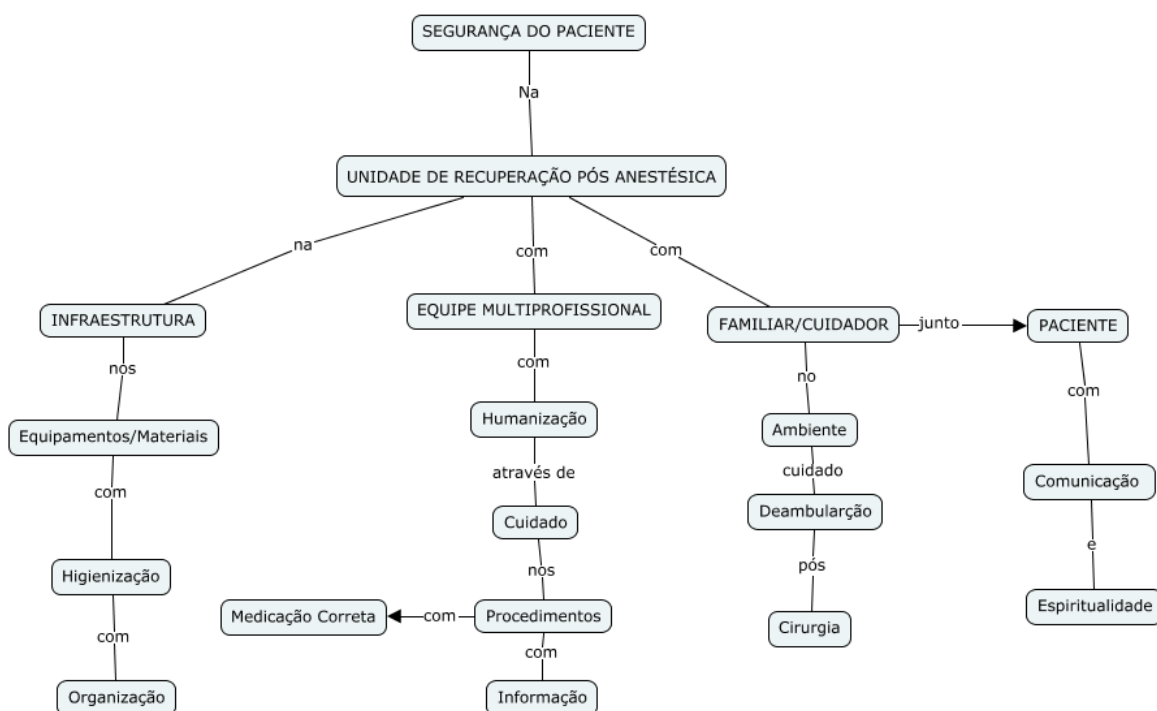


Figura 3 – Síntese dos indicadores que contribuíram para a construção da cartilha educativa: segurança do paciente de URPA.

5.3.3 Aplicação do instrumento junto aos pacientes participantes da pesquisa

Verificou-se que uma percentagem de 2,0% dos pacientes participantes considerou os itens: Identificação do paciente, Pulseira de identificação do paciente, Sinais vitais, Registro das ações realizadas e Temperatura corporal/redução da hipo e hipertermia como Não Importante (NI), e 2,0% considerou os itens: Local certo da cirurgia, está sob precaução específica e Horário de aprazamento de medicamentos como Não Opinado (NO). Os demais itens foram considerados pelos pacientes participantes como Muito Importante (MI) (100,0%).

5.4 Grupo focal com enfermeiros

Participaram do grupo focal quatro enfermeiras da Unidade de Recuperação Pós-anestésica com atuação 100% na assistência. Quanto a titulação, duas tinham mestrado, uma com pós graduação na modalidade residência e uma com pós graduação *lato senso*. Quanto a publicações sobre segurança do paciente em unidade de cirurgia nenhuma pontuou nesse quesito.

Foram realizados dois encontros, seguindo o roteiro pré determinado no método. A moderadora do grupo focal foi a própria responsável pela pesquisa, juntamente com mais duas moderadoras sendo elas doutorandas em enfermagem pelo PPGENF/UFPB e enfermeiras do hospital universitário, já capacitadas e com expertise em estudos que envolvem essa técnica de grupo focal. As duas observadoras, foram duas enfermeiras do hospital universitário, uma doutoranda em enfermagem PPGENF/UFPB, e outra mestre em enfermagem.

O grupo focal teve como local, o espaço virtual, por meio da plataforma *Google Meet*, em dois encontros, a pesquisadora fez o primeiro contato por telefone e, depois se dirigiu a instituição para confirmar o aceite presencialmente, aproveitando para informar como se daria estes dois encontros, com informações sobre tempo, dinâmica, interação. Anteriormente ao grupo focal, foi elaborado um roteiro determinado de como aconteceriam os encontros e possíveis questões que seriam levantadas.

O primeiro encontro foi realizado dia 25 de novembro de 2022, com uma dinâmica de quebra de gelo, apresentação de todos presentes na videoconferência. Logo foi perguntado através de uma animação no Power point quais as expectativas das enfermeiras para o encontro do grupo focal e, puderem já adiantar a importância da pesquisa para o ambiente da URPA, visto que, existia uma lacuna de pesquisas no setor, trouxeram que a pesquisa será válida se apresentar uma Construção, implantação e manutenção dentro do setor da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica que traria uma parcela de Contribuição, normas, rotinas e consolidação na unidade.

Grande valia para o serviço, contribuição enorme, é o último local onde se pensa em segurança, se pensa na cirurgia dentro da sala e termina que a URPA fica comprometida, a construção da cartilha vai ajudar na criação de normas e rotinas na implantação até dos POPS da gente, para ser consolidado, efetivado (ENF 02).

A lista de verificação de cirurgia segura não contempla a URPA, sinto essa falta (ENF 03).

E para finalizar a dinâmica também foi proposto que escolhessem um animal no qual se identificavam, e lhes foi apresentado opções para escolherem e debaterem, nesse momento de interação. Após esse momento descontraído e lúdico entre os participantes, foi adentrado no conteúdo da segurança do paciente propriamente dito, onde as enfermeiras puderam falar abertamente sem imposição, acerca da rotina assistencial e funcionamento do setor. Foram indagadas sobre alguma situação específica na qual vivenciaram a segurança do paciente.

Enfatizaram a rotina na URPA, de cuidados interligados entre técnicos e enfermeiros trabalhando em conjunto com cuidado na passagem de plantão e de casos bem como a diminuição de cirurgias em decorrência da pandemia do Coronavírus (ENF 04).

Foi enviado através do Chat de palavras da plataforma *Google Meet* um link de acesso a um *Google Forms* contendo informações pessoais e uma pergunta aberta para que pudessem responder sobre os aspectos de segurança do paciente desde a admissão até a alta da URPA, estas informações foram de extrema relevância para o segundo encontro que se deu através de um Mapa conceitual idealizado a partir das falas dos enfermeiros.

A realização do segundo encontro de grupo focal foi sediada também de forma online via da plataforma *Google Meet*, no dia 02 de dezembro de 2022. A dinâmica realizada no início foi um quebra de gelo, com a seguinte pergunta: Qual foi o momento marcante em sua vida pessoal ou profissional?

De forma unânime, todas elas apresentaram situações profissionais que ocorreram com pacientes e que marcaram sua trajetória, uma das participantes apresentou situações que exigiram dela uma tomada de decisão importante sob um paciente em questão na qual ela nunca mais esquecera dele, bem como as outras participantes também trouxeram momentos onde ocorreram óbitos ou quedas de pacientes e que precisaram ter uma tomada de decisão rápida, memórias do dia a dia profissional que de um modo geral, ficaram marcadas de forma importante para elas.

Foi perguntado qual a característica pessoal que elas possuíam que contribuiriam no dia a dia do trabalho em grupo, e logo trouxeram características individuais como lidar com conflitos, tomadas de decisões importantes. A apresentação da síntese dos conhecimentos adquiridos nesses dois momentos foi a elas apresentadas por meio de um mapa conceitual editável realizado na plataforma do *Cmap Tools* que trouxe algumas representações em categorias iniciais elencadas de acordo com as informações extraídas do *Google Forms* respondido pelas enfermeiras participantes.

As enfermeiras participantes puderam contribuir para a edição do mapa conceitual (Figura 4), informando e explicando o porquê de cada indicador ou conceito deveria estar citado, as informações foram encaixadas juntamente com a colaboração das enfermeiras que, após a finalização, leram e concordaram com o *layout* e informações contidas.

Identificação verbal, indaga ao paciente dependendo do grau de consciência o paciente atende por qualquer nome, confirma com o paciente e com o acompanhante, temos idosos, pessoas com limitações de comunicação” (ENF 01). A fala foi complementada com: “E no pós-operatório né, o paciente vem para a URPA, a equipe de anestesistas, as enfermeiras, todos vem passar o plantão quando troca de equipe, passa todas as informações (ENF 03).

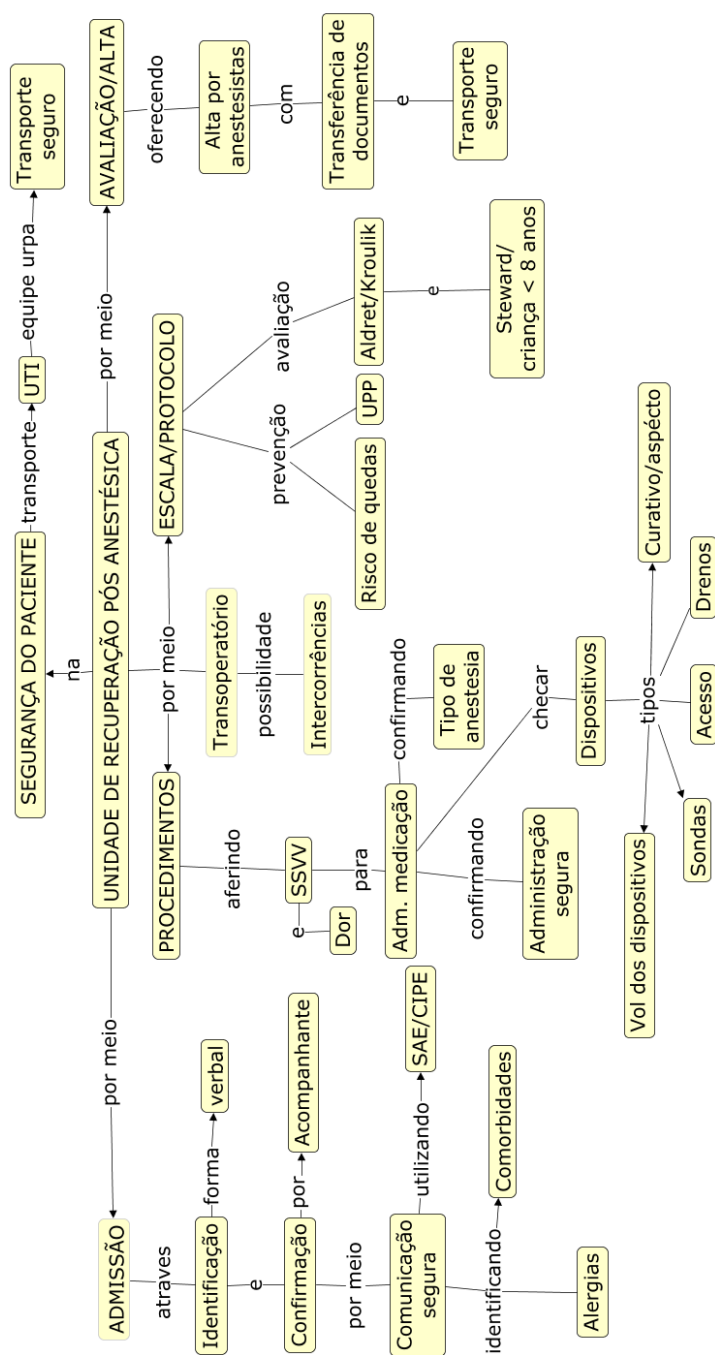
Dor, sinal importante, e presente em paciente de pós-operatório. Confirma os dispositivos, o acompanhamento do volume destes dispositivos, através deles conseguimos identificar um sangramento anormal, aspecto do curativo, quando não tenho um dispositivo onde identifico o sangramento, pelo aspecto identifico um curativo coberto de sangue, ou hematoma perienscional, sangramento atípico, comum em hemodinâmica. Verificação de curativos (ENF 01).

[...] A de quedas não estão acompanhando ainda, e estão trabalhando nisso com a segurança do paciente, tem protocolos de quedas, mas não tem com o paciente cirúrgico, e estão vendo a nível documental, teoricamente os pacientes são 100% com risco de quedas [...] (ENF 01).

A transferência documental é frágil, o maqueiro pega, coloca na maca e leva, [...] não assinaram ou ele não volta. “Estamos migrando para um prontuário eletrônico, não tem enfermagem para acompanhar o maqueiro até a clínica, não tem como pegar alguém de bloco, até por causa da roupa privativa, precária estar trocando e retirando o enfermeiro da URPA para a clínica” (ENF 01).

O grupo focal foi finalizado com agradecimentos, e fechamento do mapa conceitual. Finalizando a chamada por vídeo conferência nos dois encontros, os moderadores e observadores permaneceram na chamada *online* para debaterem sobre dificuldades, fragilidade, técnicas para aprimoramento do grupo focal no próximo encontro (PRATES, et al., 2015).

Figura 4. Mapa conceitual resultado do grupo focal.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

5.5 CARTILHA EDUCATIVA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA



CARTILHA:

SEGURANÇA DO PACIENTE

NA UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA – URPA

AUTORA: MARIA MILANEIDE LIMA VIANA

ORIENTADORA: PROFA. DRA. JACIRA DOS SANTOS OLIVEIRA

JOÃO PESSOA

2022

AUTORA: enfermeira, especialista em Docência do Ensino Superior em Enfermagem, especialista em Urgência e Emergência, mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem-PPGENF da Universidade Federal da Paraíba -UFPB.

ORIENTADORA: enfermeira, especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, mestre em Enfermagem Clínico Cirúrgica, doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo - USP. Professora Associada a Graduação e Pós-graduação da Universidade Federal da Paraíba - UFPB.

JOÃO PESSOA

2022

CONSIDERAÇÕES PARA OS ENFERMEIROS

É com honra e gratificação que vos apresento uma Cartilha construída a partir da dissertação de Mestrado em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, que visa auxiliar no exercício profissional de enfermeiros e técnicos de enfermagem na assistência, com o objetivo de trazer uma resolutiva a partir de dados extraídos pelos pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico e de enfermeiros locados na Clínica Cirúrgica e Unidade de Recuperação Pós-Anestésica - URPA. A tecnologia educacional servirá como um amparo realizado de forma sistemática e metodológica, com muito cuidado e estima para vos enriquecer na prática assistencial, que poderá subsidiar a prática e trazer uma ênfase para busca de novos estudos neste setor crítico em que o enfermeiro exerce suas funções e necessita de atenção para a URPA, a fim de proporcionar um campo fecundo para novas pesquisas.

Dentre todos os campos onde os pesquisadores podem implementar ações e tecnologias voltadas para o ensino e aprendizagem profissional, a URPA é um dos ambientes com redução destes materiais que surtem tantos efeitos positivos e que conseguem mudar a prática assistencial, mesmo que se apresentem de forma singela, todas as pesquisas voltadas para este ambiente merecem ser maximizadas e estimuladas para se tornarem um atenuador da prática assistencial e reformulação do ambiente de prática com novos métodos e olhares de outros profissionais/estudantes, logo, na presente cartilha, o profissional de enfermagem poderá se debruçar sobre referências e conceitos que se entrelaçam com a prática assistencial e contribuem para prática de um cuidado holístico e visionário na individualidade de cada ser.

JOÃO PESSOA

2022

SUMÁRIO

1	Percurso metodológico da cartilha.....	6
2	Segurança do paciente.....	7
3	Aspectos de segurança do paciente na URPA.....	8
4	Cuidados de enfermagem para promoção da segurança do paciente.....	9
5	Humanização na assistência pós operatória.....	19
6	Considerações finais.....	24
7	Referências.....	

LISTA DE FIGURAS E IMAGENS

Figura 1	Etapas de atendimentos da enfermagem para admissão do paciente.	9
Figura 2	Segurança do paciente mediante conhecimento dos pacientes	10
Figura 3	Segurança do paciente mediante conhecimento dos pacientes.	11
Figura 4	Elaboração de estratégias de cuidado.	12
Figura 5	Como implementar as estratégias de cuidado com ênfase nos conhecimentos dos pacientes.	12
Figura 6	Etapas de atendimentos iniciais da enfermagem na URPA.	13
Figura 7	Como implementar as estratégias de cuidado com ênfase nos conhecimentos dos pacientes.	14
Figura 8	Etapas do fluxo de cuidados de enfermagem da admissão a alta da URPA.	16
Figura 9	Elementos sequenciais para a alta da URPA.	17
Figura 10	Charge resultante de respostas de pacientes internos na URPA.	19
Figura 11	Charge resultante de indagações dos pacientes de pós-operatório sobre a infraestrutura.	20
Figura 12	Charge apresentando as particularidades dos pacientes de pós-operatório.	21
Figura 13	Mapa conceitual resultante de categorias de necessidades que os pacientes podem apresentar e evidenciar na URPA.	22

1 PERCURSO METODOLÓGICO DA CARTILHA

A cartilha educativa será disposta para os enfermeiros com a intenção de maximizar o conhecimento bem como alicerçar nas práticas institucionais. Para ser concretizada com qualidade precisou de peculiaridades metodológicas para idealização e implementação.

Segundo Horta, (1979), todos os indivíduos possuem carência de determinadas características e condições básicas humanas para que ocorra um processo de continuação e manutenção da vida e saúde, bem como cuidados básicos corporais que podem estar correlacionados também com atividades físicas, com todo o meio que o cerca, para isso, ela descreve a atenção e cuidados que os enfermeiros precisam ter mediante cada necessidade básica do paciente.

Logo, mediante as informações apresentadas acerca da necessidade individual de cada ser humano, compreendendo todo o universo no qual o paciente é submetido quando necessita realizar um procedimento cirúrgico, e diante de todas as atribuições encarregadas pela equipe de enfermagem na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica, a cartilha de segurança do paciente na Unidade de Recuperação Anestésica foi construída a partir de um caminho metodológico realizado pela autora que unificou todos os conhecimentos adquiridos a partir da concretização de uma revisão integrativa.

2 SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança é caracterizada como uma redução até o mínimo aceitável dos riscos ou danos que por ventura podem vir a acometer o cuidado associado a saúde. Em determinados momentos podem ocorrer eventos adversos (EA), que indicam que o cuidado integral ao paciente está se distanciando da segurança, sendo um desafio que causa enfrentamento com a qualidade do atendimento por estes EA serem problemas evitáveis que podem ser solucionados com medidas efetivas de cuidado (Brasil, 2015a).

Em abril de 2013, foi lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da publicação da Portaria nº. 529, de 1 de abril de 2013. O PNSP tem como objetivo principalmente a prevenção, monitorização e redução da incidência dos EA, prestando uma assistência de qualidade para promover a melhoria do cuidado integral ao paciente e aos serviços de saúde no território nacional (BRASIL, 2016).

Após a aliança Mundial de Segurança do Paciente juntamente com a PNSP os investimentos, pesquisas e buscas pela segurança do paciente aumentaram substancialmente com projeção mundial anteriormente os profissionais trabalhavam sem a interdisciplinaridade e, após a PNSP, este trabalho voltou-se para a equipe, ampliando a comunicação interprofissional para que o trabalho em equipe pudesse ser fortalecido (WEGNER et al., 2016).

Para idealização da segurança do paciente no âmbito hospitalar, foram propostas seis metas sendo elas a: identificação correta do paciente; comunicação clara e efetiva; segurança na administração de medicamentos; maior segurança em cirurgias, diminuição dos riscos de infecção e de queda do paciente, com o intuito de reduzir os EA dentro das unidades de saúde, que se configuram como uma lamentável falta do sistema que poderia ser evitável pois, a mesma traz consequências para o paciente, família, profissional e institucional (SIMAN; BRITO, 2016).

3 ASPECTOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA URPA

Complicações decorrentes do processo cirúrgico podem ocorrer e, estudos mostram que 50% das taxas de EA e complicações ocorrem devido a cirurgia enquanto que os outros 50% decorrem na sala de cirurgia, a taxa estimada de eventos adversos em cirurgias é em torno de 3% e a taxa de mortalidade de 0,5%. Tendo em vista esta problemática, a Organização Mundial de Saúde, (OMS), preconiza que os cuidados sejam voltados com maior excelência para os cuidados efetivos ao paciente (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2015).

Todos os procedimentos cirúrgicos possuem determinado risco, estas complicações podem surgir de forma imediata até as primeiras 24 horas, mediatas até o sétimo dia e podem acometer o paciente de forma tardia mesmo após a retirada dos pontos da sutura. Os sistemas mais afetados e que podem obter uma fragilidade nesses processos são o cardiovascular, urinário, respiratório e outros também com sensibilidade para serem afetados. Ressalta-se ainda que estas complicações podem ser de caráter geral com qualquer paciente, de forma específica quando a complicação acomete a localização ou órgão específico que foi exposto ao procedimento e condições específicas quando os pacientes que já possuem alguma condição patológica preexistente (SOUZA AFL al., 2020).

As complicações mencionadas podem vir a surgir no momento do pós-cirúrgico, que compreende o pós-operatório imediato mais precisamente quando este paciente ainda se encontra URPA, podem se caracterizar como complicações termorregular, locomotoras, hipotermia, dor, hipoxemia, náuseas e vômitos bem como complicações decorrentes do estado emocional (OLIVEIRA; JUNIOR, 2016). Todos os sistemas do organismo humano podem passar por complicações advindas de um processo cirúrgico como questões respiratórias e neurológicas. Logo, o enfermeiro exerce papel primordial na assistência ao paciente neste momento frente as ações de prevenção de complicações, proteção, segurança e promoção de bem estar e vigilância até a alta da unidade (CAMPOS et al., 2018).

Diante de todos os eventos adversos e complicações que podem vir a acometer os pacientes, os enfermeiros ainda precisam lidar com questões cotidianas burocráticas e assistenciais que impossibilita, por vezes, uma assistência eficaz, como organização de trabalho, ausência ou falta de adesão a protocolos assistenciais, a redução de profissionais em contrapartida o aumento de trabalho e pacientes. Neste ínterim, só é capaz compor um

ambiente seguro após a implementação de medidas resolutivas e tecnológicas que possam aprimorar a prática assistencial. Portanto, a destinação da URPA não é apenas para ser um decurso onde o paciente tem rápida passagem sem demais problemas, é considerada um ambiente crítico e que necessita de cuidados efetivos e resolutivos por parte da enfermagem (KLEIN et al.,2019).

As ações de enfermagem dentro do centro cirúrgico como um todo são de caráter desafiador mediante os processos gerenciais e organizativos diários bem como o lidar com os pacientes até o momento de alta da URPA. Dentre as diversas atribuições, destacam-se: dimensionamento da equipe de enfermagem; o planejamento da assistência, gerenciamento de recursos e materiais, coordenação do cuidado bem como a realização de procedimentos e técnicas específicas e complexas dentre as atribuições de caráter privativo da enfermagem (MARTINS; DALL'AGNOL, 2016).

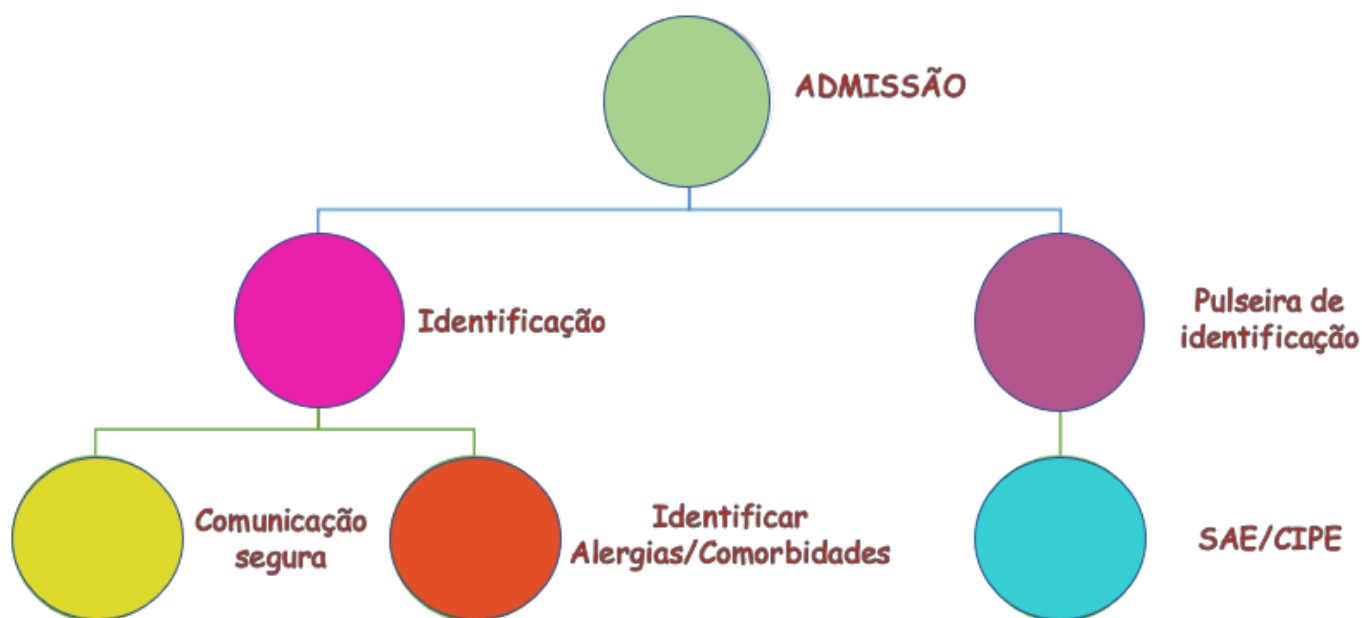
A Unidade de Recuperação Pós-Anestésica está sediada dentro do centro cirúrgico afim de alocar os pacientes que acabaram de passar pelo processo cirúrgico e permanecerão neste ambiente até cessarem os efeitos anestésicos e estabilização de todos os parâmetros como sinais vitais e livre de possíveis efeitos adversos (LIMA; RABELO. 2013).

Na URPA, pode-se encontrar pacientes com vários sintomas de acordo com o tipo de cirurgia, com a sua finalidade e indicação. Desse modo, o enfermeiro necessita voltar-se para a individualidade de cada um para exercer um cuidado holístico e direcionado às instâncias individuais de acordo com diversidade (LIMA; RABELO, 2013).

A assistência da enfermagem na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA) exerce extrema importância para a qualidade da prestação de cuidados ofertados aos pacientes, nessa expectativa acerca da cirurgia, o ambiente destinado para os cuidados pós-operatórios são cruciais para que o enfermeiro exerça sua função com cuidados técnicos e cuidados mediante os sentimentos dos pacientes, que podem neste momento sentirem dor, ansiedade, medo, o enfermeiro ideal para esse setor exerce seu ofício sobretudo com generosidade e benevolência a fim de proporcionar um cuidado qualificado para os pacientes (BERG; INÁCIO; WELFER, 2019).

4 CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Figura 01. Etapas de atendimentos da enfermagem para admissão do paciente.



Fonte: Dados da pesquisa 2022

Para que ocorra um cuidado de enfermagem direcionado para a segurança do paciente, faz-se mister que o profissional da enfermagem desenvolva a assistência voltada para um cuidado sob a ótica da individualidade de cada pessoa. Passarão pelo centro cirúrgico e URPA, vários pacientes com infinidade de comorbidades, patologias e processos cirúrgicos diferenciados. Sendo assim, a equipe precisa desenvolver sensibilidade para lidar com questões múltiplas. Neste ínterim, para prevenir os casos de eventos adversos segundo consta no artigo IV da Portaria N° 529, de 1º de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), é indispensável a adoção de medidas de segurança na admissão deste paciente, com identificação e comunicação segura, estes podem ser feitos através de pulseiras de identificação,

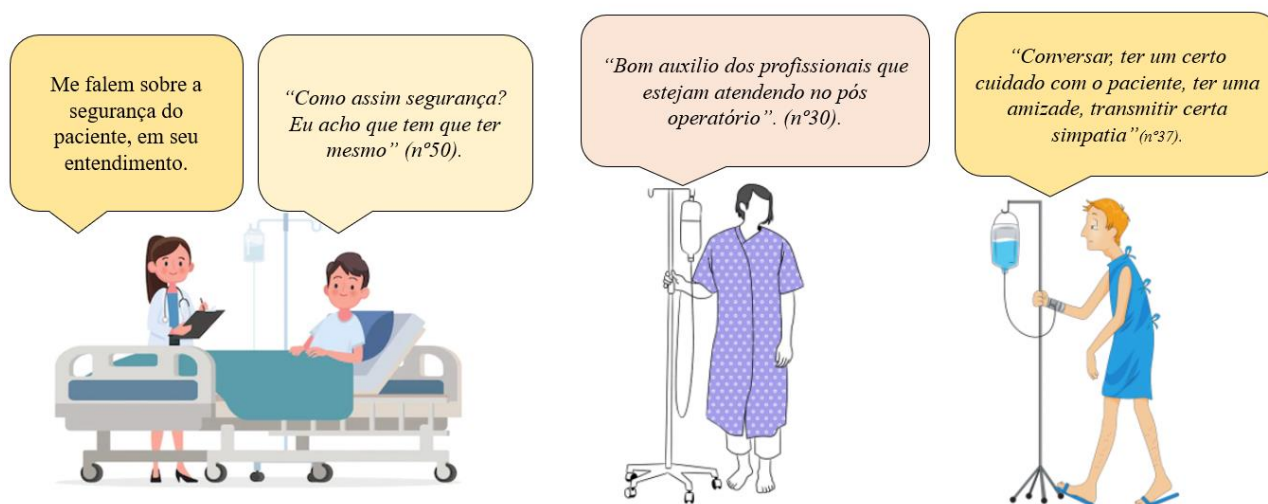
confirmando com acompanhantes, com recursos da Sistematização da Assistência de enfermagem SAE e a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem CIPE. Portanto, o enfermeiro utilizando-se de todos esses recursos iniciais poderá exercer a sua conduta com cautela e segurança.

Figura 02. Segurança do paciente mediante conhecimento dos pacientes.



Fonte: Imagem Canva. Dados da pesquisa 2022

Figura 03. Segurança do paciente mediante conhecimento dos pacientes.

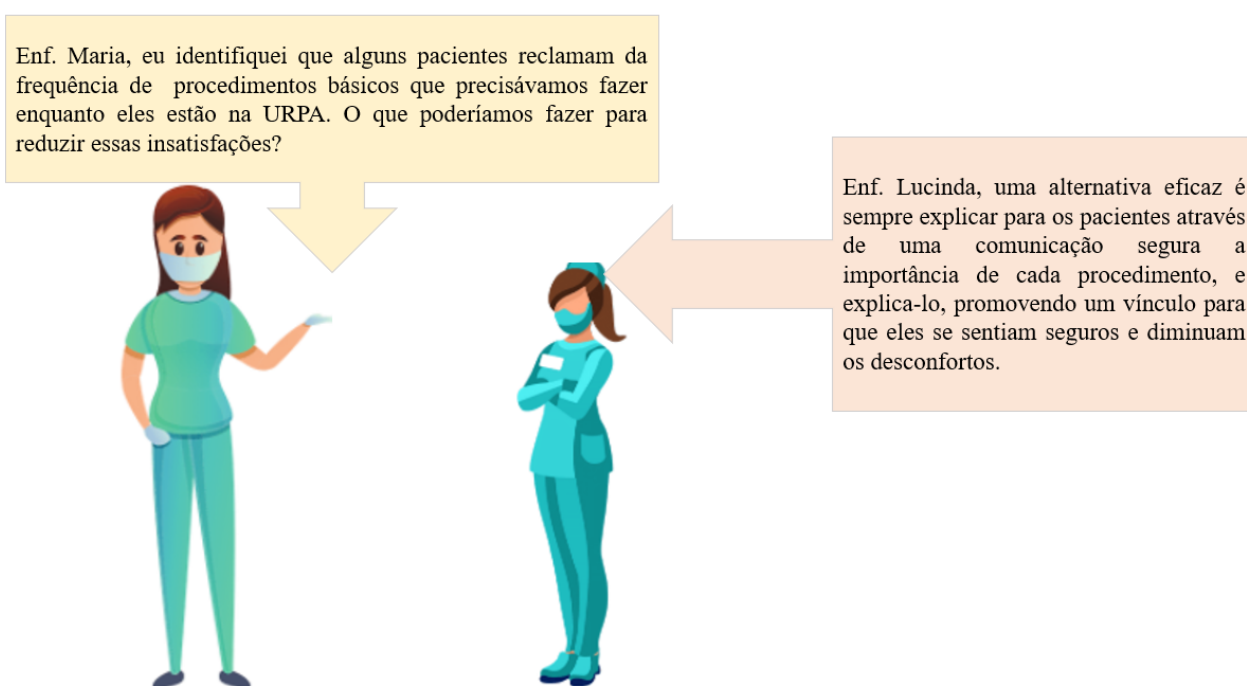


Fonte: Imagem Canva. Dados da pesquisa 2022

A visão de que o paciente no momento do perioperatório, mais precisamente no pós-operatório pode não compreender aspectos que envolvem a sua própria segurança, é uma visão errônea acerca dos indivíduos e subestimação da capacidade de compreensão destes. Contudo, os pacientes mesmo que sob efeitos de medicação e em momento de fragilidade podem e devem participar de todo o seu atendimento, justo que, conseguem compreender quando um atendimento é realizado de forma adequada e quando não é.

Logo, faz-se necessário um atendimento que consiga extrair todos os aspectos que favoreçam a segurança do paciente, utilizando de todos os recursos disponíveis na instituição bem como uma comunicação segura, clara e objetiva entre profissionais e pacientes com o propósito de promover um ambiente de trabalho fecundo e oportuno para o conforto e segurança do paciente, dirimindo todas as suas dúvidas bem como se familiares durante o processo de estadia do paciente na unidade.

Figura 04. Elaboração de estratégias de cuidado.



Fonte: Imagem Canva. Dados da pesquisa 2022

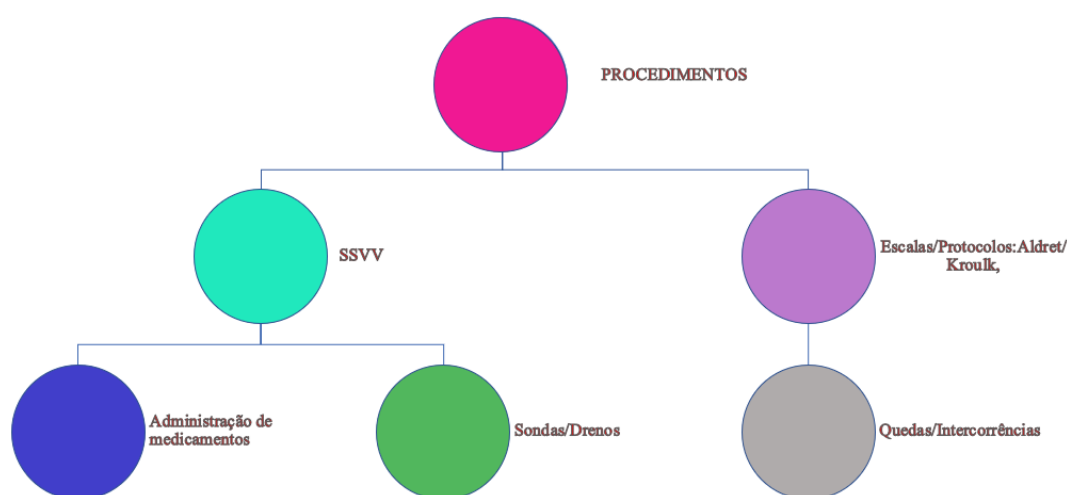
Figura 05. Como implementar as estratégias de cuidado com ênfase nos conhecimentos dos pacientes.

Fonte: Imagem Canva. Dados da pesquisa 2022



No concernente ao momento de conversação entre profissional e paciente este deve ser feito de forma natural, na medida do possível e trazer uma resolutiva para as dúvidas de cada um. De forma minuciosa, o atendimento nesse momento de fragilidade deve ser feito com o propósito de promover a integralidade do cuidado e trazer o paciente para compreender e participar da assistência, não apenas realizando diversas técnicas curativas e reparativas sem que o paciente compreenda o que está sendo feito.

Figura 06. Etapas de atendimentos iniciais da enfermagem na URPA.



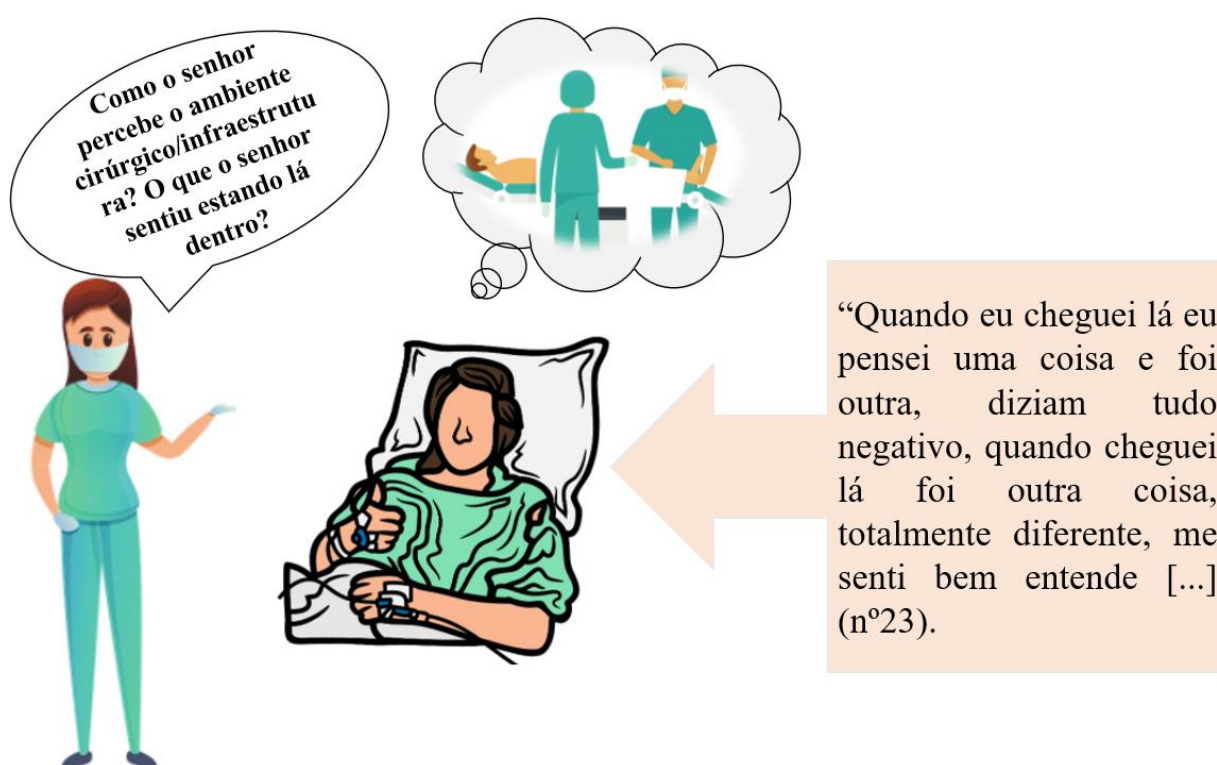
Fonte: Dados da pesquisa 2022

O nível de complexidade dos atendimentos e da saúde como um todo chegou em nível máximo que não abre espaço para que ocorram erros danosos a saúde do paciente, visto que, à medida que a complexidade aumentou o arcabouço de informações e meios para promoção de um cuidado sistemático também aumentou (BRASIL., 2014). Para o desenrolar de estratégias eficazes faz-se necessário a utilização e adesão de meios tecnológicos, protocolos, cartilhas e, recursos ministeriais que regem o exercício 14 profissional e contribuem para a prática

Mediante todo o processo de inclusão do paciente, ainda permanece na incumbência do enfermeiro atribuições técnicas e valorosas como: a aferição de sinais vitais, a administração de medicamentos conforme a prescrição e necessidade de cada paciente, avaliar e monitorar as sondas e drenos instaladas no paciente após a cirurgia, bem como a avaliação e utilização de escalas e protocolos tanto institucionais quanto

ministeriais em referência as escalas de Aldret e Kroulk, escalas de prevenção de lesão por pressão e de prevenção de quedas.

Figura 07. Como implementar as estratégias de cuidado com ênfase nos conhecimentos dos pacientes.



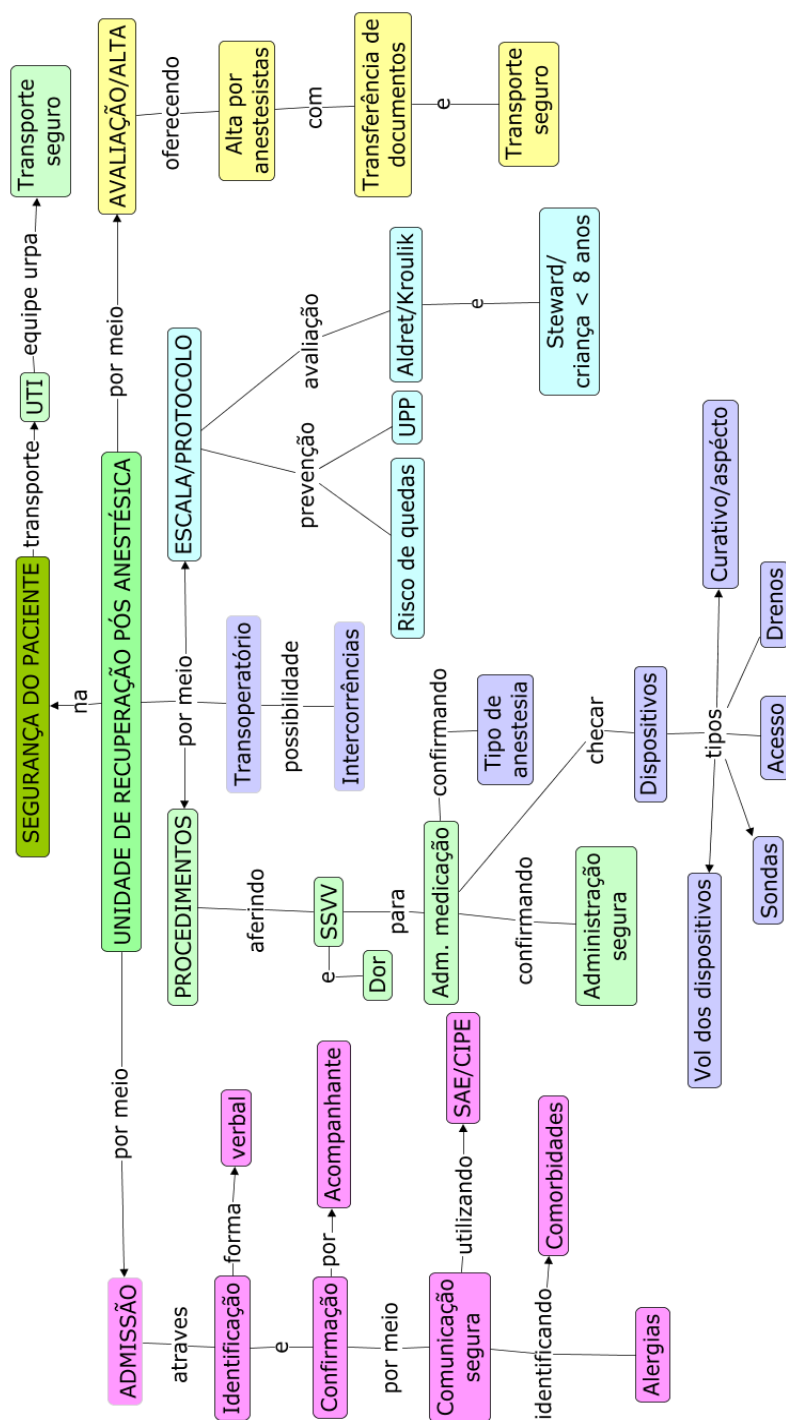
Fonte: Imagem Canva. Dados da pesquisa 2022

Com relação a Unidade de Recuperação Pós-Anestésica os cuidados permeiam técnicas lógicas e objetivas, particularidades do setor onde o enfermeiro volta seu olhar de forma intensiva para o paciente até a alta. Assim, insatisfações podem vir a surgir mediante a jornada de trabalho, falta de reconhecimento por parte de pacientes e de outros profissionais e até institucionais podendo ser decisivas na qualidade do cuidado prestado. Obtendo uma homogeneidade e unindo estratégias de trabalho em todos estes momentos do setor, logo, a segurança do paciente pode estar assegurada visto que os profissionais trabalham com satisfação e reconhecimento. (TOSTES et al., 2017).

A jornada de trabalho do enfermeiro na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica pode ser intensa e exaustiva. Um estudo realizado com essa vertente, analisou a carga horária de trabalho de enfermeiros em um hospital universitário utilizando o *Nursing Activities Score* e o índice de gravidade pelo *Simplified Acute Physiology Score II*, 160 pacientes foram utilizados nesta amostra, identificou-se que para 50% dos pacientes são atribuídos 45,6 minutos de assistência a cada hora de permanência na unidade. Os tipos de cirurgias, e vários outros aspectos institucionais influenciam na carga horária de trabalho (LIMA; RABELO, 2013).

Nesse ínterim, o enfermeiro juntamente com sua equipe deve dar ênfase no que importa no dia a dia, na recepção dos pacientes com humanização e qualidade de atendimento, a fim de trazer uma resolutiva para a problemática de cada um bem como exercer a sua função com êxito, resultando em reconhecimento profissional mediante os profissionais instituições e pacientes. E na medida do possível, apresentar a incumbência de cada profissional para que o paciente se inteire do ofício da enfermagem e compreenda a sua importância na assistência crítica da URPA.

Figura 08. Etapas do fluxo de cuidados de enfermagem da admissão a alta da URPA.



Fonte: Dados da pesquisa 2022. CmapTools.

Seguimento de atendimento de enfermagem com a priorização dos principais aspectos que envolvem cuidados ao paciente, considerando o momento da admissão até a alta na URPA. Estas considerações tornam-se valiosas quando todos esses cuidados foram anunciados pela equipe que assiste esses pacientes de pós-operatório todos os dias, então, a problemática, cuidados, protocolos, uso de escalas e todo o universo que compreende foi dito sob a ótica da assistência dos enfermeiros assistenciais.

Os processos que antecedem a finalização da prestação de cuidados na URPA são descritos na imagem abaixo:

Figura 09. Elementos sequenciais para a alta da URPA.



Fonte: Dados da pesquisa 2022

Os cuidados intensivos de enfermagem se dão desde a entrada do paciente no bloco cirúrgico até a sua saída para a clínica cirúrgica para continuação dos cuidados. Ademais, essa fase final também exerce um caráter de importância significativa, a literatura traz que o transporte do paciente pode resultar em hipoxemia, para aqueles que estão saindo da sala operatória para a URPA, os fatores que podem contribuir para estes incidentes são os fatores individuais dos pacientes como comorbidades, idade, tipo de

procedimento e tipo de anestesia. A fase de entrada na URPA marca o início do pós-operatório imediato, neste período complicações importantes podem levar o paciente a óbito, com uma taxa de até 30% (BUNAZAR et al., 2017).

Os cuidados de enfermagem na unidade de recuperação pós-anestésica só se encerram após o processo de alta da URPA para a clínica cirúrgica do hospital. Até lá, todos os cuidados devem ter sido realizados de forma eficaz, realizando a avaliação, identificando as necessidades e, o estado geral de saúde do paciente, a alta que será dada pelos médicos anestesiologistas, a reorganização de todos os documentos necessários bem como realizar o transporte seguro até o outro setor, que pode ser realizado com o auxílio de outro profissional (maqueiro).

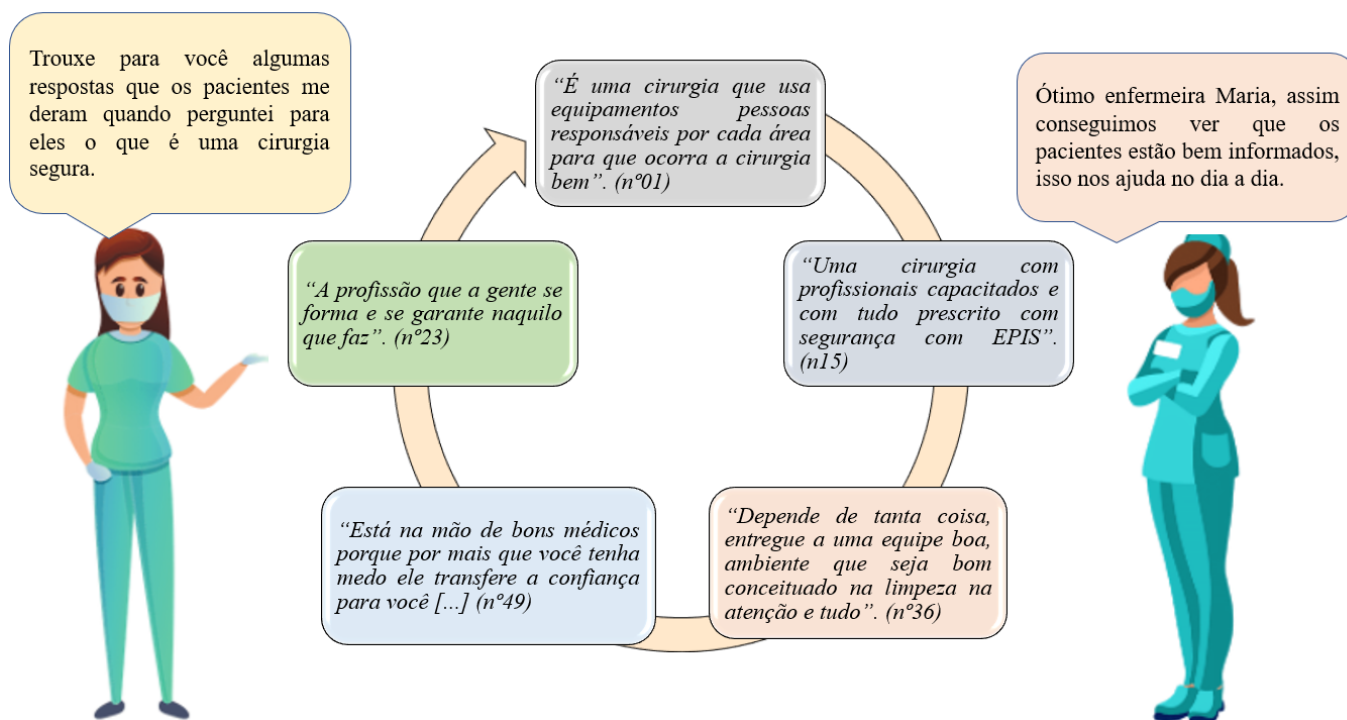
5 HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA PÓS OPERATÓRIA

Mesmo diante de um processo de recuperação cirúrgica e diante do conhecimento limitado dos pacientes acerca de processos que envolvem a segurança do paciente no ambiente cirúrgico, os pacientes ainda conseguem ter uma percepção do que pode contribuir para a segurança do paciente no ambiente cirúrgico, nos cuidados imediatos ao paciente até a sua recuperação e alta.

Os pacientes que se submetem a um processo cirúrgico passam por um momento delicado e rodeado de medos, ansios, preocupações com o processo até a alta hospitalar, por esta razão se faz necessário todos os esclarecimentos em linguagem acessível sobre o decorrer da assistência. Mediante o conhecimento limitado de alguns pacientes, pode ocorrer de não compreenderem os procedimentos e importância dentro da unidade de internamento cirúrgico, alguns pacientes são submetidos a cirurgias de urgência e eletiva, e, o processo de preparação para o ato operatório para cada um é diferente, envolvem aspectos psicológicos, sociais, culturais. Nesse sentido, cada paciente passará por um processo diferenciado, alguns poderão estar totalmente diferentes do momento de admissão até a sua saída de acordo com o tipo de cirurgia na qual foi submetido.

Todos os pacientes são importantes e que uma palavra amigável e doce pode ajudar na recuperação do paciente e conforto até o momento de sua alta, tendo em vista que os processos gerenciais e organizativos são imprescindíveis e importantes na URPA, o lado humanizado não pode ficar de lado.

Figura 10 Charge resultante de respostas de pacientes internos na URPA.

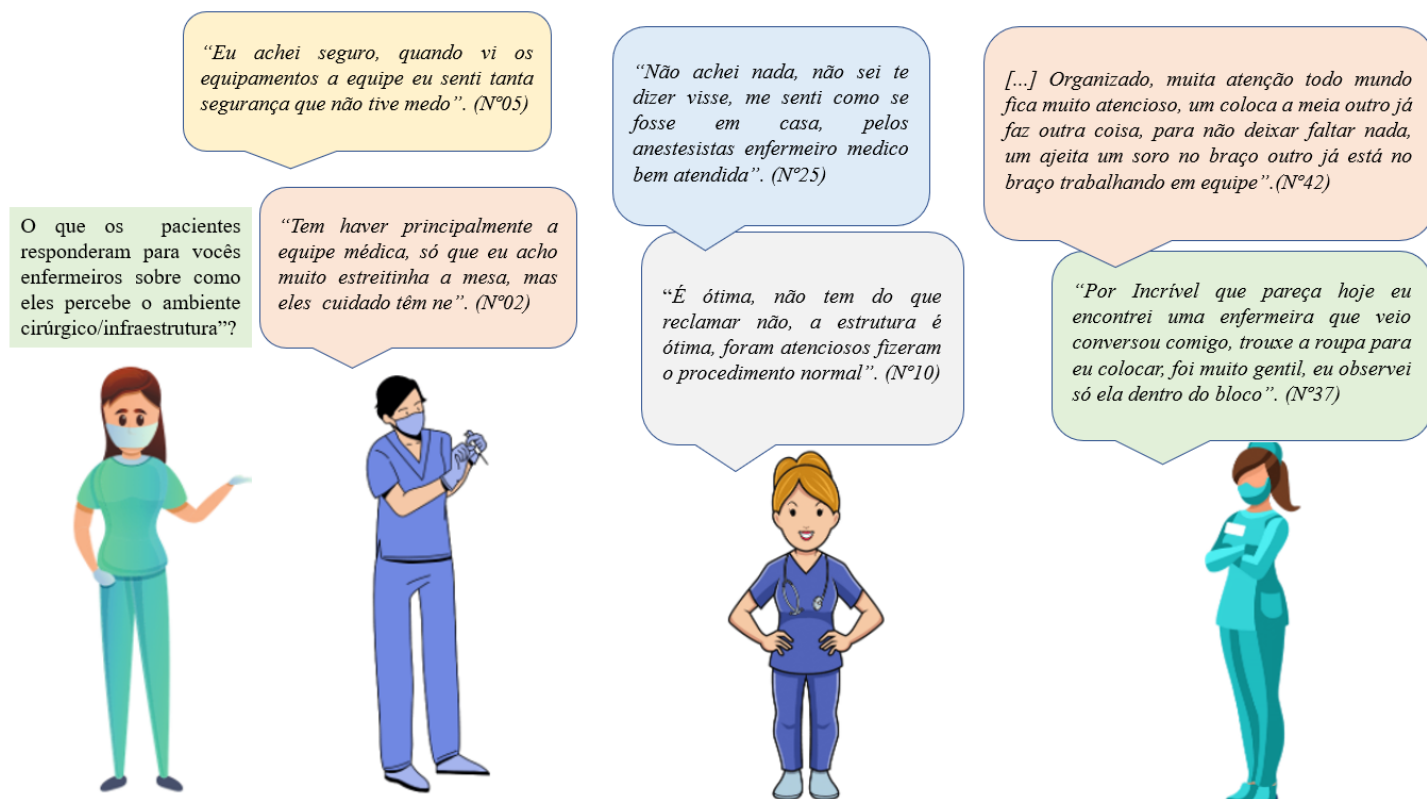


Fonte: Imagem Canva. Dados da pesquisa 2022

Rodas de conversa, reuniões mais interativas, gestão de conflitos e liderança em processos gerenciais de comunicação, podem favorecer a reinvenção da assistência através de estratégias voltadas para a melhoria do cuidado. Essas ações dentro da unidade hospitalar quando bem implementadas, até em ambientes críticos como o Centro Cirúrgico e Unidade de Recuperação Pós-Anestésica podem surtir efeitos positivos na assistência e na qualidade do atendimento ofertado. Com isso, os profissionais de saúde bem como os enfermeiros precisam exercer suas jornadas assistenciais através da 20 visão da humanização e acolhimento (BRASIL; 2013).

Assim, a prestação de cuidados pelos enfermeiros na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica não se minimiza apenas a cuidados meramente técnicos, se faz necessário um conjunto de ações voltadas para humanização e respeito também aos familiares visando uma assistência holística aos pacientes (BERG; INÁCIO; WELFER, 2019).

Figura 11. Charge resultante de indagações dos pacientes de pós-operatório sobre a infraestrutura.



Fonte: Imagem Canva. Dados da pesquisa 2022

O cuidado da enfermagem frente aos pacientes na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica precisa ser iniciado na entrada deste ao Centro Cirúrgico, pois, a percepção do paciente frente ao ambiente cirúrgico como um todo e sala operatória, pode surtir efeitos na sua recuperação pós-anestésica e consequentemente implicar na qualidade do cuidado prestado.

Uma percepção negativa da sala operatória, a falta de humanização pode contribuir de forma negativa para todas as outras etapas do cuidado. Se faz necessário ir explicando o procedimento, confortando e tranquilizando o paciente até surtir os efeitos anestésicos e, após a entrada na URPA permanecer no mesmo padrão de qualidade de cuidado.

Figura 12. Charge apresentando as particularidades dos pacientes de pós-operatório.

Oi S.r. José, não sei o que você sente, mas eu tenho muito medo desse processo de cirurgia, do começo ao fim, quase não conseguia fazer a cirurgia pois minha pressão sempre subia, eu com medo.

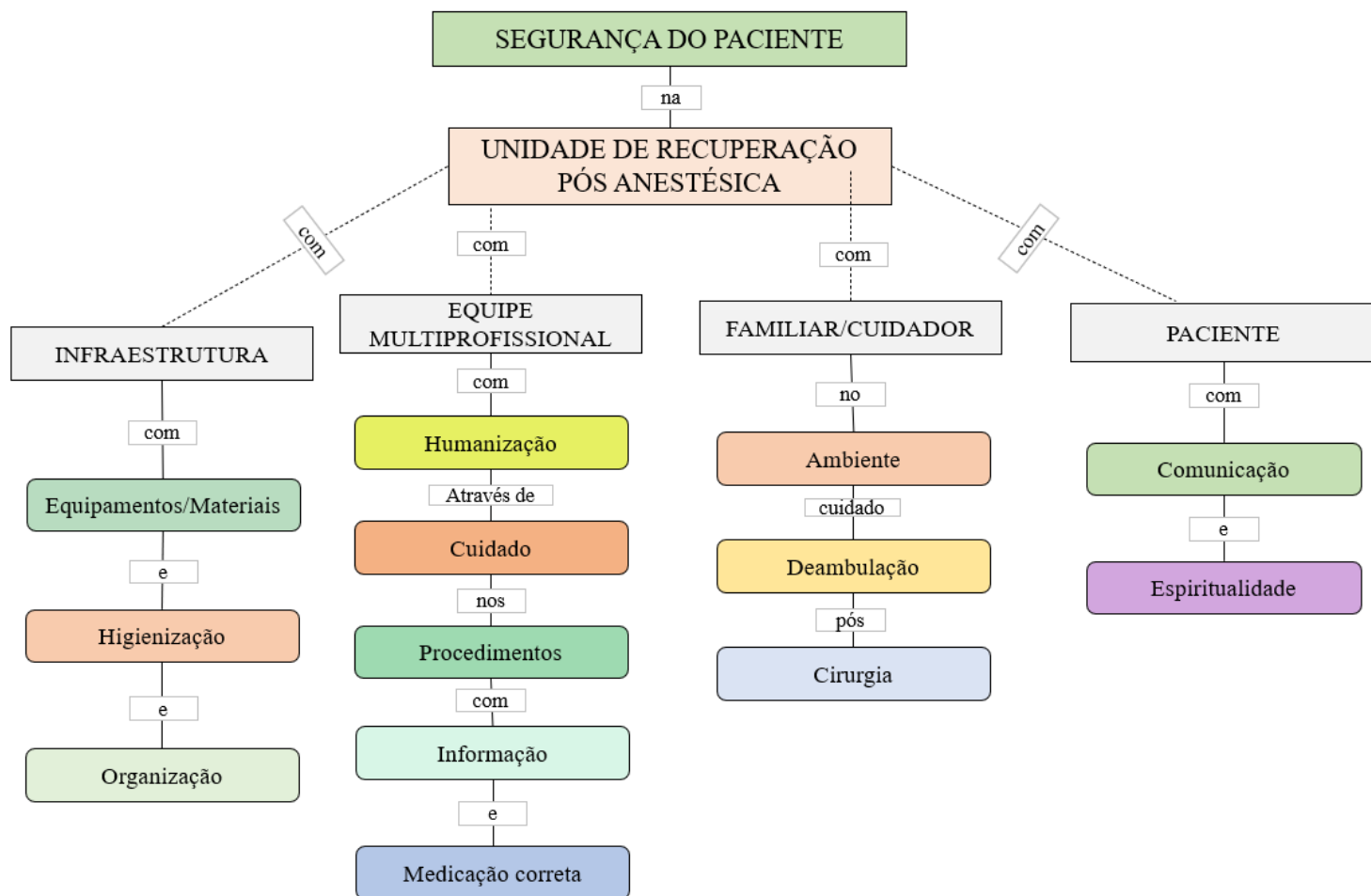
Eu acredito que precisa ter: “Ter confiança no medico na equipe dele, confio em Deus, naquele que e o dono das nossas vidas, sua equipe e o tratamento durante p tempo que passar aqui” (29).



Fonte: Imagem Canva. Dados da pesquisa 2022

A seguir apresenta-se um mapa conceitual elaborado mediante categorias estabelecidas através de falas de pacientes internos na clínica cirúrgica do hospital universitário e que abordaram seus conhecimentos mediante indagações sobre segurança do paciente, cirurgia segura, eventos adversos e infraestrutura. Os dados apresentados enfatizam onde o enfermeiro deve voltar seu cuidado, para além dos procedimentos operacionais padrões, contribuindo para uma melhor estadia e recuperação do paciente pós cirúrgico.

Figura 13. Mapa conceitual resultante de categorias elaboradas a partir das falas dos pacientes da URPA.



Fonte: Dados da pesquisa 2022

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cartilha de segurança do paciente aqui apresentada poderá subsidiar assistência de enfermagem na unidade de recuperação pós-anestésica visto que traz elementos cruciais apresentados por personagens significantes dentro dessa assistência, que são os pacientes que passaram por um processo cirúrgico e os enfermeiros assistenciais que trabalham diretamente no setor.

Se faz importante reconhecer e valorizar falas de pacientes neste momento e favorecer o cuidado de forma integral para além das necessidades físicas e hemodinâmicas, valorizando os sentimentos dos pacientes, a fé, a vontade de participar e compreender os procedimentos a serem realizados, de fazer parte do processo e não apenas ser uma peça do processo. Mediante rigor metodológico ofertado para construir a cartilha maximizará o conhecimento de funcionários novos no setor e apreciação dos que já fazem parte da unidade de recuperação em tempo suficiente para compreender a dinâmica assistencial da admissão até a alta da URPA para clínica cirúrgica e alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

BERG E. S., Inácio; WELFER, M. Humanização na sala de recuperação pós-anestésica: o que pensam os profissionais da enfermagem?. **Revista Perspectiva: Ciência e Saúde**, Osório, v. 4, n. 1., p. 54-69, nov./dez. 2019. Disponível em:

<<http://sys.facos.edu.br/ojs/index.php/perspectiva/article/view/252/304>>. Acesso em: 08 fev. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, M. P. A.; DANTAS D. V.; SILVA, L. S. L. et al. Complicações na sala de recuperação. Pós-anestésica: uma Revisão Integrativa. **Rev. SOBeCC**, São Paulo, jul./set. 2018, 23(3): 160-1688. Disponível em:

<https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=Complica%C3%A7%C3%B5es+na+sala+de+recupera%C3%A7%C3%A3o+p%C3%B3s-anest%C3%A9sica%3A+uma+revis%C3%A3o+integrativa+%2F+Complications+in+the+post-anesthesia+care+unit%3A+an+integrative+review+%2F+Complicaciones+en+la+sala+de+recuperaci%C3%B3n+pos-anest%C3%A9sica%3A+una+revisi%C3%B3n+integrativa&btnG=>. Acesso em: 04 fev. 2022.

KLEIN, S.; AGUIAR, D. C. M.; MOSER, G. A. S. et al. Segurança do paciente no contexto da recuperação pós-anestésica: um estudo convergente assistencial. **REV. SOBECC**, São Paulo. jul./set., p. 146-153. 2019. Disponível em:

<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1021357>>. Acesso em: 05 fev. 2022.

HORTA, W. **O Processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1979.

LIMA LB. RABELO ER. Carga de trabalho de enfermagem em unidade de recuperação pós-anestésica. **Acta Paul Enferm**. p. 116-122, 2013. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ape/a/BVYfdKYXpcT4xkk5CzfhHGh/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 07 fev. 2022.

MARTINS, F. Z.; DALL'AGNOL, C. M. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. **Rev Gaúcha Enferm**, dez., 2016. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/GCCd3Fykn6dvqDc6dkCqHbM/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2022

MORAES, K. B.; RIBOLDI, C. O.; SILVA, K. S. et al. Transferência do cuidado de pacientes com baixo risco de mortalidade no pós-operatório: relato de experiência. **Rev**

Gaúcha Enferm. 2019. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/7ZB6ZHfDMvV8dnfpLn88Fyy/?format=pdf&lang=p>>
. Acesso em: 25 mai. 2021.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Rev Gaúcha Enferm.** 2016. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/yNdd5xLtCkKd8kw4J37Z3vN/?format=pdf&lang=pt>>
. Acesso em: 12 jan. 2021.

SOUSA, A. F. L. et al. Complicações no pós-operatório tardio em pacientes cirúrgicos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2020. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/reben/a/Gn6Dz9p3LBBKRhr5KnCmfMN/abstract/?lang=pt>>.
Acesso em: 25 mar. 2022.

TOSTES, M. F. P.; SILVA, A. Q.; GARÇON, T. L.; MARAN, E.; TESTON, E. F.

Dualidade entre satisfação e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem em centro cirúrgico. **Rev. SOBECC**, São Paulo, p. 3-9, jan./mar. 2017. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/profile/Edilaine-Maran/publication/315970154_Dualidade_entre_satisfacao_e_sofrimento_no_trabalho_da_equipe_de_enfermagem_em_centro_cirurgico/links/5c75c9a8299bf1268d283a2d/Dualidade-entre-satisfacao-e-sofrimento-no-trabalho-da-equipe-de-enfermagem-em-centro-cirurgico.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2022.

6 DISCUSSÃO

6.1 Revisão Integrativa

Os estudos mostraram a necessidade do monitoramento da situação clínica do paciente, relacionando-se com a construção de tecnologias educativas para mensurar e acompanhar a saúde daquele que recebe o cuidado.

O uso de tecnologias educativas dentro do ambiente hospitalar permite ao profissional um momento mais interativo com maior resposta de cuidado ao paciente (ROSCANI., et al 2015; FONSECA, 2011). O ambiente hospitalar possui um caráter logístico de procedimentos que motiva o profissional a trabalhar com tecnologias em saúde para melhorar a prestação do cuidado, logo, os materiais impressos se configuram como algo positivo para este ambiente (STREET, et al 2018; O'BRIEN, et al 2018; FREITAS; REZENDE, 2011).

Equivalente a logística do uso de tecnologias educativas em saúde, o embasamento científico pelo qual elas são construídas é de extrema relevância. É pertinente, que sejam utilizados estudos científicos com boas evidências, a fim de fomentar os avanços científicos na área da Enfermagem, associando o rigor científico com os requisitos para uma revisão de literatura bem estruturada. Ainda é necessário, que a síntese destes artigos seja de níveis de evidências favoráveis para maximizar e qualificar as publicações com alto teor científico, assim como apresentado nos resultados desta revisão (SOUZA; RIBEIRO, 2017).

Roscani (2015) idealiza a validação de um *checklist* de segurança cirúrgica para a o paciente, promovendo a prevenção de infecção no sítio cirúrgico. O estudo aborda a importância de se utilizar métodos que qualifique a assistência ofertada aos pacientes que estão no período perioperatório, compreendendo as tecnologias, tais como: pulseira de identificação, confirmação do paciente, o próprio *checklist*, bem como outros meios que facilitem o exercício profissional, reduzindo erros e prevenindo complicações durante o cuidado em saúde.

A pesquisa realizada por Dill (2018) desenvolvida em um hospital do Sul do Brasil, que entrevistou profissionais da enfermagem, usando um roteiro contendo perguntas abertas acerca de instrumentos de avaliação de alta na URPA. Após este estudo, foi identificado que os profissionais se preocupam com os métodos de avaliação do paciente no ambiente pós-operatório. Logo, instrumentos que possam realizar registros

específicos que tenham como objetivo aumentar a segurança do paciente são bem recebidos, de forma a qualificar a assistência da enfermagem ao paciente neste cenário (DILL, 2018).

Continuamente, em estudo realizado por Pierotti. (2020) que versa sobre a face da construção e validação de um instrumento a ser realizado na sede pediátrica, de pacientes que passaram por um processo de cirurgia, realizado a partir de revisão de literatura e entrevistas com profissionais. Após a finalização do estudo, foi possível observar um nível de concordância e efetividade do instrumento, foi verificado também, neste estudo, uma lacuna na literatura com relação as tecnologias na unidade de recuperação pós-anestésica em crianças, logo, essa temática de estudos visando a segurança na URPA precisa ser mais explorada pela comunidade científica.

Foi realizada uma pesquisa com pacientes de pós-operatório em Porto, Portugal para implementar uma versão validada do QoR-40 durante o período de três meses onde avaliava o estado de saúde antes, após a cirurgia em até 24h e logo após, em três meses, nesta etapa fizeram coleta através de contato telefônico, os autores quiseram identificar como se dava a qualidade de vida destes pacientes após serem submetidos ao processo de anestesia em virtude de um processo cirúrgico, os autores concluíram que esta ferramenta sendo aplicada antes do processo cirúrgico oferece uma margem de segurança de como se dará o processo pós anestésico ao longo do tempo nos pacientes (PEREIRA et al; 2016).

Identificando a relevância de fazer uso de meios tecnológicos a fim de promover o acesso ao conhecimento promovendo um cuidado diferenciado para profissionais e estudantes de enfermagem, as autoras realizaram a implementação e uma avaliação de um website em uma unidade pós-operatório, contemplou-se informações atualizadas e seguras sobre a URPA, fazendo uso de meios para aprimoramento do website como: designer, arquitetura, implementação, após a construção os enfermeiros da URPA realizaram a avaliação com a finalidade de darem o feedback acerca da viabilidade (LINS; MARIN, 2012).

Domingues (2020) retratou a idealização de uma cartilha educativa intitulada “Orientações para pessoas com diabetes no pós-cirúrgico”, para pacientes submetidos a diversos tipos de procedimentos cirúrgicos. A cartilha foi disposta com 15 páginas, contendo linguagem acessível, imagens, contemplando informações acerca da patologia já instalada e cuidados pós-operatórios, tais como: manejo da ferida operatória, sinais e sintomas de infecção e os cuidados relacionados a dispositivos utilizados pelo paciente.

Dessa forma, a riqueza de informações quanto as tecnologias educativas direcionadas a segurança do paciente na URPA pode ser ofertada de diferentes formas, como demonstrado nesta revisão.

6.2 Construção do instrumento de coleta de dados dos pacientes e validação da aparência

Para a elaboração de um instrumento se faz necessário cumprir os preceitos e sequências lógicas de acordo com o objetivo proposto para a pesquisa e seguindo um rigor metodológico e árduo até a sua finalização e logo depois a aplicação. A estruturação de um instrumento requer coerência e objetividade mediante o objetivo que almeja ser atingido, é imprescindível que o processo de construção seja metódico, coerente e com locução pertinente, separados por tópicos partindo da premissa do objetivo (FERREIRA et al., 2020).

O processo de validação de tecnologias e instrumentos segue a proposta de envio para *expertises* a fim de avaliarem a representatividade e coerência antes da aplicação com público alvo, atribuindo correções para aprimoração encontrando elementos essenciais que não constam no material e que precisam ser atribuídos ao instrumento, esse processo validado por profissionais com titulação com afinidade pela temática mediante titulação de mestrado, doutorado, publicações e prática assistencial na área disseminando assim o conhecimento e elaborando um material de qualidade (LEITE et al 2018).

Netto, Dias e Goyanna (2016) realizaram um estudo com o objetivo de discutir aspectos sobre o uso de instrumentos enquanto tecnologias para a saúde, realizado através de um ensaio teórico, e constataram que os instrumentos e protocolos estão cada vez mais desvelados, principalmente na área da saúde pois favorecem a qualidade do cuidado prestado ao paciente através de mecanismos que se tornam padrão para a assistência prestada, constituindo-se de atenuadores da prática na enfermagem

Escalas e protocolos já são rotineiramente utilizados nos pacientes de pós-operatório Imediato (POI), sendo uma delas a escala de Aldrete & Kroulik, no entanto, alguns autores já indagam acerca dos seus parâmetros, devido aos seus scores serem analisados individualmente, e por esta razão Atzingen, Schmidt e Nonino (2008) elaboraram e aplicaram um instrumento para avaliar as condições clínicas do paciente no POI com sustentação da regulamentação feita pelo *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) conhecido como ABCDE.

6.3 Aplicação do instrumento de coleta de dados com os pacientes

Durante a coleta de dados foi perceptível o quão inseguros os pacientes se sentiam em relação a não compreenderem todos os processos que envolviam durante seu internamento até o processo de pós-operatório, inquietações tomavam a grande maioria diante de todo o processo. Pacientes internos submetidos a um processo cirúrgico encontram-se fragilizados e, apresentar meios que possam mensurar suas expectativas diante deste momento são importantes para obterem um momento de conversação e reflexão aberta para expor seus sentimentos acerca da assistência prestada.

O centro cirúrgico é um ambiente inexplorável pelos pacientes, privativo para os que trabalham neste ambiente, e nos momentos em que o paciente se encontra dentro dele, por vezes está sob efeitos de sedativos e drogas anestésicas, logo, o enfermeiro como um líder nesse setor tem o papel de aprimorar o relacionamento interpessoal entre a equipe e comunicação efetiva com os pacientes. O paciente encontra-se em um momento de vulnerabilidade no perioperatório transportando consigo inseguranças, medos, anseios, mais do que assistir o paciente, o enfermeiro precisa tornar este ambiente o mais seguro possível (MORAIS et al 2018).

Os avanços tecnológicos permitiram que cada vez mais o ambiente hospitalar principalmente o cirúrgico a se mecanizar-se tornando o atendimento prestado ao paciente mais burocrático e com isso afastando por vezes esse contato direto entre profissional e paciente, pois para o paciente o ambiente o ambiente hospitalar é novo e desconhecido, por esta razão o atendimento precisa ser qualificado e, humanizado para que ele se sinta seguro (BERNARDES; QUINTILIO, 2021).

Os resultados da coleta de dados evidenciam que os pacientes sentem a necessidade de um cuidado mais centralizado voltado para as necessidades individuais de cada um. Humanizar as ações e atendimento prestado diretamente ao paciente é entender que cada paciente é único, assistir o paciente de forma gentil, cuidadosa, atenciosa, o profissional de saúde precisa saber ouvir e reconhecer as necessidades baseado em uma atenção e fortalecimento de vínculo para cuidado com excelência e para o paciente se sentir seguro (BERNARDES; QUINTILIO, 2021).

Humanizar também é compreender que vários fatores podem ser determinantes no sucesso de um procedimento cirúrgico, em um paciente, alguns destes fatores não estão

totalmente sob controle do enfermeiro, visto que, compreende fatores emocionais, psicológicos e espirituais de cada paciente, o período perioperatório e hospitalar é caracterizado como um ambiente estressor para o paciente que pouco conhece da dinâmica hospitalar e anseia pela recuperação, estes anseios podem ser cruciais para o desenrolar da assistência, podendo contribuir para alteração de fatores biológicos dos pacientes (NASCIMENTO et al., 2020).

Para aplicação de instrumentos em pacientes submetidos a processos cirúrgicos deve respeitar a cautela e o tempo de cada pessoa de forma individual, para além do planejado, entendendo que o paciente por estar fragilizado necessita de um olhar voltado para ele com caráter humanitário e respeitoso. O processo perioperatório compreende um momento de medos e anseios nos pacientes, a espiritualidade pode ser considerada uma particularidade de cada ser humano, que dá sentido à vida, emoções, logo, podem aumentar a qualidade de vida e como os pacientes veem o mundo, a dimensão espiritual acarreta nos pacientes um conforto mediante o momento cirúrgico (SILVA; MAZZI, 2019). A qualidade de vida e recuperação dos pacientes que passaram por um processo de intervenção cirúrgica quando associada a fé e crenças dos pacientes podem aumentar esses indicadores de forma positiva, e o enfermeiro exerce a incumbência de atender estes pacientes cirúrgicos sob uma ótica holística, compreendendo suas crenças e realizando um cuidado com dimensões biopsicossociais (ROCHA; SOUZA; ARRIEIRA, 2020).

Os cuidados de enfermagem voltados para os pacientes pós cirúrgicos ficam à mercê do tipo de cirurgia a qual o paciente foi submetido, o tipo de anestesia, logo, encontra-se em um período de fragilidade no perioperatório. Neste interim, o profissional da enfermagem precisa ter um olhar voltado para as particularidades de cada paciente (NASCIMENTO., et al, 2020). Sentimentos diversos podem perpetuar nos pacientes como medos, anseios pelo não conhecido processo de entrada até a alta hospitalar, por esta razão o enfermeiro precisa se ater a todas as necessidades individuais de cada paciente para prestar uma assistência de qualidade (FONSECA; BESSA; NOVAIS, 2016).

6.4 O grupo focal com os enfermeiros

A declaração oficial de uma pandemia que veio a se instalar no ano de 2020, para controle e redução de danos decorrentes do vírus da Covid-19, foi necessário providenciar medidas de distanciamento, o que culminou em modificações na área do ensino e pesquisa (DINIZ., 2020). Para efetivação do GF, é imprescindível cumprir aspectos que regem a técnica para a qualidade dos resultados, no entanto, em decorrência do processo infundido pela pandemia de Covid -19, a implementação ocorreu com diversos autores de forma adaptada, através de encontros on-line. Seguindo a mesma sequência da técnica presencial, com as dinâmicas iniciais, apresentação e assinatura do TCLE, roteiro pré definido dos momentos, as adequações em alguns casos se faz necessário o uso de mais de um recurso de gravação de forma a prevenir a queda do acesso a internet e comprometer as gravações, bem como as anotações e registros realizados afim de capturar as expressões faciais e demais características ficam comprometidas porém, sem prejudicar o produto final (CARDONI; CHIRELLI; PIO 2021).

O espaço voltado para as discussões impõe o pesquisador frente a ações e momentos vivenciados pelos participantes em uma troca de informações, pontos de vista, configurando-se como uma situação de privilégio de, não estar, mas poder vivenciar situações internas que são apresentadas proporcionando uma troca de experiência e reflexões através de um grupo com características semelhantes (PRATES et al., 2015; MUNARETTO; CORRÊA; CUNHA, 2013).

Um estudo realizado por Soares, Camelo e Resck (2016), propôs apresentar a experiência das pesquisadoras com a técnica de grupo focal utilizada em pesquisa qualitativa, utilizou-se um número de seis encontros de GF, sequencialmente através de um hospital privado, hospital público e em um hospital público de ensino, totalizando 32 enfermeiros na amostra, a pesquisa apresentou todas as etapas da implementação de um GF e considerou que existe um grau de dificuldade considerável, visto que os aspectos de subjetividade e individualidade da rotina assistencial bem como condução do GF necessitam de rigor na efetivação.

O grupo focal oferece à oportunidade para o pesquisador apreender os dados necessários a pesquisa em um único momento, marcado, organizado, programado, envolvendo os participantes em uma discussão conjunta com temas específicos da pesquisa, valoriza a troca de experiências compreendendo o conhecimento de cada um, envolvendo-se nas interações até alcançar o resultado desejado (KINALSKI, 2017).

O grupo focal é uma técnica que auxilia nos processos metodológicos da pesquisa, a fim de compreender as particularidades dos participantes, nela, realiza-se um processo investigativo por meio de conversa dialogada juntamente com interação entre os componentes, a técnica permite que o pesquisador conheça *in loco* todos os aspectos que compreendem determinada temática segundo ótica dos participantes (SOARES; CAMELO; RESCK, 2016).

O GF é uma abordagem/técnica, que proporciona ao pesquisador em um curto espaço de tempo compreender aspectos inerentes a pesquisa por meio de uma conversa aberta, com horário e data marcados previamente, com auxílio de colaboradores envolvidos em um processo de discussão positiva até alcançar o objetivo almejado (AGNOL et al., 2012; KINALSKI, 2017).

Para operacionalização e implementação do GF de forma sustentável e isenta de erros, se faz necessária a colaboração de mais pesquisadores trabalhando em conjunto como moderador que pode ser mais de um, observadores, estes, cada um com suas atribuições bem delimitadas como contar o tempo de GF, registrar as expressões faciais, realizar anotações, todos em conjunto somam um resultado positivo sem que nada ocorra fora do planejamento (MUNARETTO; CORRÊA; CUNHA, 2013. DONADUZZI et al., 2015).

Um estudo foi realizado por SANTOS., et al, (2019) realizou uma pesquisa de coleta de dados através de um GF com enfermeiros, sediados em três encontros no ano de 2016, com uma amostra de 16 enfermeiros, e, os pesquisadores enfrentaram dificuldades corriqueiras que demais autores também podem deparar-se como um número reduzidos de profissionais aptos ou solícitos para participar, a defasagem dos participantes após o início, bem como a dificuldade em reunir todo o grupo, bem como o conhecimento por parte da equipe em como conduzir o GF, os autores perceberam que a técnica de GF permitiu um aprendizado e melhoramento das técnicas após os resultados, e, mesmo mediante os contratemplos enfrentados a experiência foi exitosa para a área da enfermagem.

A admissão do paciente dentro da unidade de recuperação pós-anestésica requer cuidado perante os enfermeiros, nesta fase é necessário reunir todas as informações inerentes aos pacientes, sinais vitais, verificados com a frequência de 15 minutos na primeira hora, o tipo de cirurgia e anestesia, dispositivos pós cirúrgicos, cuidados com a segurança para prevenção de quedas, e cuidados com o manejo da dor do paciente (MEIER., et al, 2017).

Um dos cuidados ofertados aos pacientes inerentes a admissão na URPA é o uso de artifícios para controlar a dor. Uma pesquisa realizou a investigação sobre a dor em pacientes admitidos na URPA usando um questionário McGill para dor, ele se configura como um instrumento fidedigno e eficaz de avaliação da dor de acordo com as próprias palavras dos pacientes (MEIER et al., 2017). Dentre os cuidados com os pacientes na URPA pode-se fazer uso de escalas que possam averiguar o risco de quedas, devido estes estarem sob efeitos anestésicos e assim podem ser pacientes em risco potencial para quedas, uma das escalas que pode ser aplicada é a Morse Fall Scale (MATIAS et al., 2021).

Após todos os cuidados prestados aos pacientes, é preciso estabelecer critérios para a alta da unidade de recuperação, ela precisa ser realizada de forma sistemática para que não comprometa o paciente, alguns destes é o uso de protocolos como a escala de Aldrete e Kroulik (VOLQUIND et al., 2014).

O grupo focal realizado neste estudo demonstra passos sequenciais do cuidado ofertado aos pacientes pela equipe de enfermagem, atentando-se para a interdisciplinaridade, visto que, a equipe que compõe o centro cirúrgico esteja envolvida da admissão até a alta da URPA. O grupo focal foi objetivo e sistemático apresentado pelos participantes todo o cenário da URPA, apresentado pelo mapa conceitual que trouxe consigo através de tópicos e frases de ligação uma síntese das atribuições, dificuldades, fragilidades e potencialidades do setor.

6.5 Cartilha Educativa de segurança do paciente na URPA

Os materiais didáticos realizados através de cartilhas educativas fomentam as práticas assistenciais e o conhecimento a nível de público alvo, se faz necessário a utilização de imagens, caricaturas, fotografias, dando ênfase à ilustrações dentro da cartilha, elas proporcionam um desprendimento do leitor proporcionando um momento lúdico e de aprendizado concomitantemente (CORDEIRO et al 2017; MARTEIS; MAKOWSKI; SANTOS, 2011).

Outro exemplo de tecnologia educacional que foi realizada por Alves, Gutjahr e Pontes (2019), utilizou pesquisas bibliográficas para criação do material que foi entregue para o público alvo de três comunidades do município de Marapanim, os autores fizeram uso de programas como o *Software Powerpoint 2016* e após a implementação da cartilha educativa socioambiental e suas possíveis aplicações na sociedade, dispôs para o público de interesse nas comunidades e órgãos públicos e privados.

As tecnologias educativas realizadas por meio de cartilhas proporcionam a maximização do conhecimento tanto para a população em geral quanto para a nível acadêmico e profissional, oferecem um arcabouço de conhecimento mediante informações dispostas sistematicamente e pedagogicamente (ALVES; GUTJAHR; PONTES, 2019).

Outro exemplo de TE que foi idealizada afim de concretizar a Construção e Validação de cartilha para prevenção da transmissão vertical do HIV, os autores realizaram a construção através de uma pesquisa metodológica por meio de uma revisão bibliográfica, elaboração do material educativo, e validação da cartilha, os resultados se dispuseram em imagens ilustrativas em linguagem acessível para o público alvo contendo informações educativas a fim de reduzir e eliminar os casos de transmissão vertical do HIV (LIMA et al 2017).

Passamai et al (2020) descreveu um artigo do tipo relato de experiência de extensionistas de uma universidade estadual, na qual realizaram a construção de oito cartilhas para promover a capacitação dos profissionais de saúde, dentre os conteúdos abordados na cartilha constavam: Cultura de segurança do paciente, identificação do paciente, higiene das mãos, comunicação efetiva, prevenção de quedas e lesão por pressão, cirurgia segura, medicação Segura.

As cartilhas educativas proporcionam aos profissionais de saúde um atenuador do exercício profissional, possibilitam uma excelência na assistência e amparo voltado a segurança do paciente, aumentando a prudência no exercício diário da enfermagem operacionalizando técnicas afim de reduzir atribulações como eventos adversos (PASSAMAI et al., 2020).

As tecnologias educacionais permitem um arcabouço de conteúdo realizado sistematicamente de forma breve e clara com a junção de conhecimentos científicos encontrados após as etapas de construção dos materiais com ênfase no conhecimento que será desvelado pelo público a quem se destinará a tecnologia tornando-a um simplificador do exercício profissional (FERREIRA et al., 2020). A proporcionalidade benéfica apresentada influi diretamente na qualidade da assistência do paciente que recebe um cuidado qualificado.

A cartilha idealizada na presente pesquisa se propôs a trazer uma síntese dos cuidados com a segurança do paciente na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica no tocante a interdisciplinaridade e necessidades individuais dos pacientes, ouvindo-os bem como os profissionais, para obter um resultado satisfatório e grandioso para compor a cartilha educativa, logo, compreende-se que esta tecnologia educacional bem como outras quando realizadas com foco em um ambiente crítico como a URPA pode surtir efeitos benéficos para a equipe de enfermagem e consequentemente refletindo na segurança do paciente.

A análise de cada etapa da pesquisa para concretização da cartilha possibilitou demonstrar uma investigação e observação dos componentes práticos e teóricos que formulam uma conjuntura de cuidados prestados aos pacientes na URPA e que, dispostas em forma de cartilha educativa, propicia para incrementar a prática assistencial dos enfermeiros da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As tecnologias educacionais estão presentes em diversos seguimentos da área da saúde mais precisamente da área da Enfermagem contribuindo para aprimorar o exercício profissional, e, estas tecnologias atreladas à segurança do paciente em uma unidade tão específica e de cuidados minuciosos como a Unidade de Recuperação Pós-Anestésica é de extrema significância para acentuar os cuidados da equipe de enfermagem de forma eficaz, respeitando todos os critérios de cuidado humanizado e individualizado por cada paciente.

Os objetivos do presente estudo foram alcançados, pois a revisão de literatura permitiu buscar as modalidades de tecnologias educativas utilizadas nos artigos pesquisados e identificar os indicadores de avaliação de segurança do paciente de unidade de recuperação pós-anestésica que embasaram a construção do instrumento de coleta de dados dos pacientes. Este instrumento foi validado por enfermeiros, alcançando um CVC de 0,94. Após aplicação do referido instrumento, observou-se que 66% eram do sexo feminino, com cirurgias ginecológicas (28,0%) e cirurgias de retirada de nódulos cancerígenos (20,0%), os indicadores de avaliação de segurança apontados pelos pacientes entrevistados foram a infraestrutura, equipe multiprofissional, família/cuidador e pessoa(paciente). Quanto aos itens do instrumento, os pacientes consideram como 100% Muito importantes para a segurança do paciente para unidade estudada. Realizou-se grupo focal com enfermeiras da URPA, com os seguintes resultados: indicadores de segurança relacionados à admissão do paciente, procedimentos, escala, protocolo e avaliação/alta. Construiu-se a cartilha educativa com base na revisão integrativa, entrevista com os pacientes e grupo focal.

As limitações que se apresentam no presente estudo relacionam-se com o período vivenciado mundialmente que foi a pandemia não proporcionando o encontro presencial de grupo focal, e, os resultados da pesquisa voltados para os pacientes e grupo focal refletem a realidade local e não necessariamente a realidade de uma totalidade.

Convém sinalizar que a cartilha educativa para segurança do paciente irá subsidiar os enfermeiros na qualificação de um cuidado acurado, assim como a prestação de um serviço seguro na unidade de recuperação pós-anestésica. Essa cartilha ainda auxiliará os professores e estudantes de enfermagem na condução do ensino e aprendizagem. Quanto

a pesquisa considera-se que a mesma instigará outros profissionais da saúde e pesquisadores no avanço no conhecimento e construção de tecnologias educativas.

REFERÊNCIAS

- ABREU, I. M; ROCHA, R. C; AVELINO, F. V. S. D; et al. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.** 40 e20180198. 2019. Acesso em: março 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180198.pdf>>.
- ÁFIO, A. C. E.; et al. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. **Rev Rene**, p. 158-165, jan./fev. 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3108/2382>>. Acesso em: 06 jan. 2022.
- AGEVISA - Agência estadual de vigilância sanitária. **Cartilha de segurança do paciente** - Passo a passo para a implantação do Núcleo de segurança do paciente 2018. Disponível em: <https://agevisa.pb.gov.br/documentos-pdf/seguranca-do-paciente/cartilha_agevisa-2.pdf>.
- ALEXANDRE, N. M. C; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/5vBh8PmW5g4Nqxz3r999vrn/?lang=pt&format=pdf>>
- ARAÚJO, W. C. O. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. **Universidade Federal do Ceará**. 2020 Disponível em: <<https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/52993>>. Acesso em: 25 de maio de 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DO CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. Diretrizes de prática em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde. 6º Ed. São Paulo: **SOBECC**, 2013. Disponível em: <https://sobecc.emnuvens.com.br/sobecc/issue/viewFile/100/pdf_84> Acesso em: 14 de janeiro de 2021.
- AVELAR, A. F. M; SALLES, C. L. S; BOHOMOL, E.; et al. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo; **Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente**. 10 Passos para a Segurança do Paciente. São Paulo: COREN/SP; 2010. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf> Acesso: 01 de fevereiro de 2022.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4 ed. Lisboa: Ed. 70, 2016.
- BARRA, D. C. C.; NASCIMENTO, E. R. P.; MARTINS, J. J. et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 03, p. 422 - 430, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm>. Acesso em: 06 jan. 2022.
- BERG, E. S.; INÁCIO, K. L.; WELFER, M. Humanização na sala de recuperação pós-anestésica: o que pensam os profissionais da enfermagem? **Revista Perspectiva**:

Ciência e Saúde, Osório, v. 4. n.1, p. 54-69, Nov/Dez 2019. Disponível em:
<<http://sys.facos.edu.br/ojs/index.php/perspectiva/article/view/252/304>> Acesso em: 08 de fevereiro de 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária –ANVISA. **Plano Integrado para Gestão Sanitária de Segurança do Paciente**. Monitoramento e Investigação de
BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.: il. ISBN 978-85-334-2130-1. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013**.

Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>.

Acesso em: 26 fev. 2022.

BRASIL. PNH, 1 ed. Brasília DF, 2013. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetto.pdf> Acesso em: 08 de fevereiro de 2022.

BRASIL. PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html Acesso em: ago 2021.

BUNAZAR, P. A. S; VASCONCELOS, P. K. S.; FARIAS, F. S.; et al. Avaliação da saturação de oxigênio após transporte de pacientes da sala cirúrgica para a sala de recuperação pós anestésica em um hospital universitário. **Revista de Extensão da Unesc**, v. 2, n. 2, 2017 | ISSN - 2448-4245 Disponível em:

<<http://periodicos.unesc.net/revistaextensao/article/view/3782/3519>> Acesso em: 07 de fevereiro de 2022.

BUSANELLO, J.; FILHO, W. D. L.; KERBER, N. P. C.; et al. Grupo focal como técnica de coleta de dados. **Cogitare Enferm.** v.18, n. 2, p.358-364, Abr/Jun; 2013.

Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32586/20702>> Acesso em 13 de dezembro de 2021.

CAMPOS, M. P. A.; DANTAS, D. V.; SILVA, L. S. L.; et al. Complicações na sala de recuperação pós anestésica: uma revisão integrativa. **Revista SOBECC**, v.23, n.3, p.

160-168, 2018. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/385>> Acesso em: 14 de janeiro de 2021.

CARDOSO, R. S. S.; BOM, F. S.; MAIA, T. N.; ALVES, J. E. D. Tecnologia educacional desenvolvida ou utilizada para o cuidador de idosos: uma revisão

integrativa. **Rev Enferm UFPE**. v. 10, p.1565-1571. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/rachelcardoso/publication/330509349_tecnologia_educacional_desenvolvida_ou_utilizada_para_o_cuidador_de_idosos_uma_revisao_integrativa_educational_technology_developed_or_used_for_the_elderly_caregiver_an_integrative_review_tecnologia_e/links/5c44d7f3458515a4c7351076/tecnologia-educacional-desenvolvida-ou-utilizada-para-o-cuidador-de-idosos-uma-revisao-integrativa-educational-technology-developed-or-used-for-the-elderly-caregiver-an-integrative-review-tecnologia-e.pdf

CARVALHO, P. A.; GÖTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M. et al. Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p.1041-1048, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01041.pdf>. Acesso em: 28 out. 2019.

CORONA, A. R. P. D.; PENICHE, A. C. G. A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura. **Revista Sobecc**, v. 20, n. 3, p.179-185, set. 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2015/v20n3/a5210.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2019.

CORREGGIO, T. C.; AMANTE, L. N.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. **Revista Sobecc**, v. 19, n. 2, p. 67-73, 2014. Disponível em: <<http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/sobecc.2014.012>>. Acesso em: 29 out. 2019.

COSTA, A. M. O.; SANTOS, L. B. S.; CASTRO, M. L. M.; et al. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória como tecnologia no processo de cuidar. **Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research – Bjsr**, v. 23, n. 2, p.165-169, 2018. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180704_092337.pdf>. Acesso em: 30 out. 2019

DILL, M.C.P.; et al. Percepções acerca de um Instrumento para avaliação e alta da Sala Recuperação Pós-Anestésica. **Revista Fundamental Care Online**, v.10, n.3, p.711-719, 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-906396>> Acesso em: 14 de janeiro de 2021.

DOMINGUES, A. N.; CAMARGO, A. E.; NISHIGUCHI, J. S. Protótipo digital do Cuidando Bem: um jogo educacional sobre Segurança do Paciente. **(CBIE 2015)** p. 1094-1103, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5753/cbie.wcbie.2015.1094>. Acesso em ago de 2021.

DOMINGUES, G. A. S. F; MORESCHI, C.; SIQUEIRA, D. F.; et al. Experiência do enfermeiro com o uso da tecnologia em cuidados com o paciente com diabetes no pó cirúrgico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Sup. n.47 e 3118. 2020. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3118/1881>> Acesso em: 19 de mar 2021.

DONATO, H.; DONATO, M. Etapas na condução de uma revisão sistemática. **Acta Med Port.** v. 32, n. 3, p. 227-235. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/195808557.pdf>. Acesso em: mar de 2021.

ERCOLE, F. F.; MELO, L.S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Rev Min Enferm.** v. 18, n. 1, p. 1-260. 2014. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v18n1a01.pdf> Doi: 10.5935/1415-2762.20140001. Acesso em: 17 de maio de 2021.

FONSECA, L. M. M.; LEITE, A. M.; MELLO, D. F.; et al. Tecnologia educacional em saúde: contribuições para Enfermagem pediátrica e neonatal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** v. 15, n. 1, p. 190-196, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/M5P65ZY73WqHQ4rf6RWDQ4J/?lang=pt.>> DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000100027> Acesso em: abr de 2021.

FREITAS, F. V.; REZENDE, F. L. A. Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. **Interface (Botucatu).** v.15, n.36, p. 243-256, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/RPNY3vRSTRHssdB7YP5KYks/abstract/?lang=pt.>> Acesso em: maio de 2021.

GABRANI, A.; HOXHA, A.; SIMAKU, A.; et al. Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Albanian hospitals: a crosssectional study. **BMJ Open** 5:e006528. 2015. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/4/e006528.full.pdf> Acesso em: 19 de mar de 2022.

GARCIA, T. F.; OLIVEIRA, A. C. índice autorreferido pela equipe de cirurgia ortopédica sobre o protocolo e checklist de cirurgia segura. **Cogitare Enferm.** v 23, n 1, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52013/pdf> Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52013> Acesso em: dez de 2021.

HORTA, W. **O Processo de enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1979.

KINALSKI, D. D. F.; PAULA, C. C.; PADOIN, S. M. M.; NEVES, E. T.; KLEINUBING, R. E.; CORTES, L. F. Focus group on qualitative research: experience report. **Rev Bras Enferm.** v. 70, n. 2, p. 424-9, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xmD5VcJYFMg5hgYm4QLkzrQ/?lang=pt&format=pdf> Acesso em 13 de dez de 2021

KLEIN, S.; AGUIAR, D. C. M.; MOSER, G. A. S.; et al. Segurança do paciente no contexto da recuperação pós-anestésica: um estudo convergente assistencial. **REV. SOBECC, SÃO PAULO. JUL./SET.** v. 24, n. 3, p. 146-153, 2019. Acesso em 05 de fevereiro de 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1021357>

LEITE, S.; ÁFIO, A. C. E.; CARVALHO, L.V.; et al. Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. **Rev Bras Enferm.** 71(suppl. n. 4, p. 1732-8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xs83trTCYB6bZvpccTgfk3w/?lang=pt&format=pdf> Acesso em 27 de janeiro de 2022.

LIMA, L. B.; RABELO, E. R. Carga de trabalho de enfermagem em unidade de recuperação pós-anestésica. **Acta Paul Enferm.** v. 26, n. 2, p. 116-122, 2013. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/appe/a/BVYfdKYXpcT4xkk5CzfhHGh/?format=pdf&lang=pt>>
Acesso em: 07 de fevereiro de 2022.

LISBOA, N. A.; SANTOS, S. F.; LIMA, E. I. A importância das tecnologias leves no processo de cuidar na atenção primária em saúde. **Textura, Governador Mangabeira-BA** v.10, n. 19, p. 164-171, ago./dez., 2017. Disponível em:
<<https://textura.emnuvens.com.br/textura/article/view/53/41>>. Acesso em: 11 jan. 2021.

LOPES, J. S.; ITACARAMBI, L. R.; SILVA, A. K. N.; et al. O papel do enfermeiro na sala de recuperação pós anestésica: revisão integrativa. **Health Residencies Journal – HRJ.** v. 3, n.14, 2022. Disponível em:
<<https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/337>> Doi:
<https://doi.org/10.51723/hrj.v3i14.337>

MACEDO, M.C.S.; ALMEIDA, LF; ASSAD, LG; ROCHA, RG; et al. Identificação do paciente por pulseira eletrônica numa unidade de terapia intensiva geral adulta. **Revista de Enfermagem Referência.** v. 5, n. 1, 2017. Disponível em:
<<https://www.redalyc.org/pdf/3882/388251308009.pdf>> Acesso em: mar 2021.

MACENA, M.D.A.; ZEFERINO. M.G.M.; ALMEIDA, D.A. Assistência do Enfermeiro aos pacientes em recuperação Pós Cirúrgica: cuidados imediatos. **Revista de iniciação científica da Libertas**, v. 4, n. 1, p. 133-151, jul. 2014. Disponível em:
<<http://www.libertas.edu.br/revistas/index.php/riclibertas/article/view/52>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2021.

MARTINS, F. Z.; DALL'AGNOL, C. M. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 37, n. 4, p. e56945, dez. 2016. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/GCCd3Fykn6dvqDc6dkCqHbM/?lang=pt&format=pdf>>
> Acesso em: 07 de fevereiro de 2022.

MARTINS, L.A; SILVEIRA, S.P.X; AVILA, I. M. F. T; et al. Implantação do protocolo de termorregulação para recém-nascido em procedimentos cirúrgicos. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 40(esp):e20180218. 2019. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ZDckZJmxwZb8zd4dsxV8GTd/?format=pdf&lang=pt>>
Acesso em maio de 2021.

MATIAS, M.; LIMA, B. A.; PAZ, L. P.; et al. Risco de quedas no pós-operatório de videolaparoscopias e laparotomias. **Revista brasileira em promoção da saúde.** v.34, 11318, 2021. Disponível em:
<<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/11318/pdf>> Acesso em: 29 de março de 2022

MEIER, A. C.; SIQUEIRA, F. D.; PRETTO, C. R.; et al. Análise da intensidade, aspectos sensoriais e afetivos da dor de pacientes em pós- -operatório imediato. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 38, n. 2, p. e62010, 2017. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/zmHgXYBPNHVxdRHBwszBDTM/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em set de 2021.

MENDONÇA, F. T.; LUCENA, M. C. de; QUIRINO, R.S.; et al. Fatores de risco para hipotermia pós-operatória em sala de recuperação pós-anestésica: estudo piloto prospectivo de prognóstico. **Revista brasileira de anesthesiologia**. p. 122-130, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rba/a/GX8zgKskZS8phDhtZ4tydFg/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 13 jan. 2021.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D. G. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 24, n. 2, abr-jun, 2015. Disponível em: <<http://prisma-statement.org/documents/PRISMA%20Portuguese%20Statement.pdf>>. Acesso em: maio de 2021.

MORAES, K. B.; RIBOLDI, C. O.; SILVA, K. S.; MASCHIO, J.; et al. Transferência do cuidado de pacientes com baixo risco de mortalidade no pós-operatório: relato de experiência. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 40(esp): e20180398, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/7ZB6ZHfDMvV8dnfpLn88Fyy/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: jun de 2021.

MUNARETTO, L. F.; CORRÊA, H. L.; CUNHA, J. A. C. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. **Rev. Adm. UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 09-24, jan./mar. 2013. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2734/273428927002.pdf>> Acesso em 13 de dezembro de 2021.

NASCIMENTO, J. C.; DRAGANOV, P. B. História da qualidade em segurança do paciente. **HERE História da enfermagem revista eletrônica**. v. 6, n 2, p. 299-309. 2015. Disponível em: <http://here.abennacional.org.br/here/seguranca_do_paciente.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2021.

NASCIMENTO, P.; JARDIM, D. P. Pacientes de cuidados intensivos em leito de retaguarda na recuperação pós-anestésica. **Revista Sobecc**. v. 20, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/78>> Acesso em: 13 jan. 2021.

NIETSCHE, E. A.; BACKES, V. M. S.; COLOMÉ, C. L. M. et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 344-353, 2005. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421844009>>. Acesso em: 11 jan. 2021.

NIETSCHE, E. A.; TEIXEIRA, E. M.; PIRES, H. **Tecnologias cuidativo-educacionais. Uma possibilidade para o empoderamento do (a) enfermeiro**. Porto Alegre: **Moriá**, 2017. 233 p.

NUNES, F. A.; MATOS, S. S.; MATTIA, A. L. Análise das complicações em pacientes no período de recuperação anestésica. **Revista SOBECC**, v.19, n.3, p.129-135, 2014. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/104>> Acesso em: 14 de janeiro de 2021

OBRIEN, A. B. N.; REDLEY, B.; WOOD, B.; BOTTI, M.; HUTCHINSON, A. F. STOPDVTs: Development and testing of a clinical assessment tool to guide nursing assessment of postoperative patients for Deep Vein Thrombosis. **Journal of Clinical Nursing**, v. 27, n. 9, 2018. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/>. Acesso em: 27 de maio de 2021.

OLIVEIRA, E. F. V.; SILVA, F. J. G. Atuação do enfermeiro frente às complicações na sala de recuperação pós anestésica. **Rev Enferm Ufpi**, Teresina Pi, v. 3, n. 5, p.54-59, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/viewFile/5106/pdf>>. Acesso em: 30 out. 2019.

PANAZZOLO, P. S.; SIQUEIRA, F. D.; PORTELLA, M. P.; et al. Avaliação da dor na sala de recuperação pós-anestésica em hospital terciário. **Rev. Dor**, v.18, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rdor/a/RTsVfd5R8F3SXhq9LCQgtws/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 13 de janeiro de 2021.

PERÃO, O. F.; ZANDONADI, G. C.; RODRÍGUEZ, A. H.; et al. Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva de acordo com a teoria de Wanda Horta **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, e45657, 2017. Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/jatsRepo/4836/483655346003/483655346003.pdf>> Acesso em: 01 de fevereiro de 2022.

PESSOA, N. R. C.; LIRA, M. N.; ALBUQUERQUE, C. P.; et al. Tecnologias Educacionais Direcionadas para Pacientes Renais Crônicos na Promoção do Autocuidado. **Revista Cuidado é fundamental**, v. 11, n. 3, p. 756-762, abr./jun 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/riipsa/resource/pt/biblio-987728>>. Acesso em: 11 jan. 2021.

PIEROTTI, I.; FONSECA, L. F.; NASCIMENTO, L. A.; ROSSETTO, E. G.; FURUYA, R. K. Elaboration, validation and reliability of the safety protocol for pediatric thirst management. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 3, 28:e3321, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/Y3KjSpkPQqwjChrh9t7wTM/?format=pdf&lang=en>> Acesso em: maio de 2021.

PORTES, C. M.; BISPO, N.; NOGUEIRA, L. D. P. Assistência de enfermagem na sala de recuperação pós anestésica: uma revisão da literatura. **Revista Enfermagem em Evidência**, Bebedouro SP, v. 3, n. 1, p. 172-189, 2019. Disponível em: <<https://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/enfermagemem evidencia/sumario/83/18112019171842.pdf>> Acesso em: 14 de janeiro de 2021.

PRATES, L. L.; CECCON, F. G.; ALVE, C. N.; et al. A utilização da técnica de grupo focal: um estudo com mulheres quilombolas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 31, n. 12, p. 2483-2492, dez. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2015.v31n12/2483-2492/pt>> Acesso em: 13 dezembro de 2021.

PRIETO, M. M. N.; FONSECA, R. E. P.; MASCARENHAS, S. H. Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospitais brasileiros através do HSOPSC: scoping review. **Rev Bras Enferm**. v.74, n. 6, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/X63tVszpZSqkDCtPWDPf8dP/?lang=pt>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

PRODANOV, C.; FREITAS, E. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PUGLIA, M. B.; LAUXEN S. L. Abordagens qualitativas em educação: a prática do estudo de caso. **Revista Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão**. ISSN 2358-6036 – v.5, n.1, p.494-503, 2017. Disponível em: <http://revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/eletronica/article/viewFile/494-503/pdf_166> Acesso em: 03 de março de 2022.

RAIMONDI, D. C.; BERNAL, S. C. Z.; OLIVEIRA, J. L. C.; MATSUDA, L. S. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. **Rev Gaúcha Enferm**. v.40(esp):e20180133. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgefn/a/ZQY357fz6cmbgCK9Mjpp4bK/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 jan. 2021.

ROSCANI, A. N.; FERRAZ E. M.; OLIVEIRA, F. A. G.; FREITAS, M. I. Validação de checklist cirúrgico para prevenção de infecção de sítio cirúrgico. **Acta Paul Enferm** v. 28, n. 6, p. 553-65, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/gM6ggmbdbCfKCCLqRjLqmrQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: maio de 2021.

SANTOS, E. M.; SOUZA, V. P.; CORREIO, I. A. G.; et al. Perceptions about an instrument used for patients' evaluation and discharge from post-anesthesia care units. **Pesqui. cuid. fundam**. v.10, n. 3, 2018. Doi: 10.9789/2175-5361. 2018.v10i3.720-728. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6180/pdf>. Acesso em: dez de 2021

SILVA, A. T.; ALVES, M. G.; SANCHES, R.; TERRA, F. S.; RESCK, Z. M. R. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 292-301, out./dez. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cydBTwCPSdrHLC4rmwJKvJ/?lang=pt>>. Acesso em: 11 jan. 2021.

SILVA, C. L. da; OLIVEIRA L. C. de. A atuação do enfermeiro na sistematização de assistência de enfermagem perioperatória. **Revista Multidisciplinar Em Saúde**. v. 2, n. 4, 2021. Disponível em:

<https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rem/article/view/2536>. Doi: <https://doi.org/10.51161/rem/2536>. Acesso em fev de 2021.

SILVA, M. C. da; OGATA, M. N.; PEDRO, W. J. A. A ciência e a tecnologia pelo olhar de gestores municipais de saúde e articuladores de saúde do idoso de uma região no interior do estado de São Paulo. **Revista tecnologia e sociedade**. v. 13, n. 28, 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4966/496654015004.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2021.

SILVA, R. F.; CORREA, E. S. Novas tecnologias e educação: a evolução do processo de ensino e aprendizagem na sociedade contemporânea. **Educação & Linguagem**, ano 1, n. 1, p. 23-35, jun. 2014. Disponível em: <<https://fvj.br/revista/wp-content/uploads/2014/12/2Artigo1.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2022.

SILVEIRA, M. S.; COGO, A. L. P. Contribuições das tecnologias educacionais digitais no ensino de habilidades de enfermagem: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 17, n. 2, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/CR4LT8PhNvQkCcs8R9Y9XcH/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 06 jan. 2021.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Rev Gaúcha Enferm**. 37(esp):e68271. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/yNdd5xLtCkKd8kw4J37Z3vN/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 jan. 2021.

SIQUEIRA, C. P.; FIGUEIREDO, K. C.; KHALAF, D. K.; et al. Segurança do paciente em uma unidade de pronto atendimento: planejamento de ações estratégicas. **Rev. enferm. UERJ**. v. 29:e55404. 2021. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1177546>>. Acesso em: 12 jan. 2021.

SOUSA, A. F. L.; et al. Complicações no pós-operatório tardio em pacientes cirúrgicos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, e20190290, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Gn6Dz9p3LBBKRhr5KnCmfMN/abstract/?lang=pt>

SOUZA, C. D. M.; SILVA, A. A.; BASSINE, C. P. J. A importância da equipe de enfermagem na recuperação pós-anestésica. **Faculdade Sant'Ana Em Revista**. v. 4, n.1, 2020. Disponível em: <<https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/fsr/article/view/1623>> Acesso em: 15 de janeiro de 2021.

SOUZA, G. S. L.; RIBEIRO, M. R. A. Construção de manual sobre cirurgia segura para profissionais de saúde, **Cogitare Enferm**, Cuiabá, p. 01-05, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46435>>. Acesso em: 03 jan. 2022.

SOUZA, V. S.; CORGOZINHO, M. M. A. enfermagem na avaliação e controle da dor pós-operatória. v. 5, n.1, 2016. **REVISA. Revista de divulgação científica Sena Aires**. Acesso em: 13 de janeiro de 2021. Disponível em: <<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/257>>

STILLWELL, S. B.; FINEOUT-OVERHOL, T. E.; MELNYK, B. M.; WILLIAMSON, K. M. Searching for the evidence strategies to help you conduct a successful search. **American Journal of Nursing**. v. 110, n. 5, p. 41-47, 2010. Disponível em: doi: 10.1097/01.NAJ.0000372071.24134.7e. Acesso em: jan de 2021

STREET, M.; PHILLIPS, N. M.; HAESLER, E.; KENT, B. Refining nursing assessment and management with a new postanesthetic care discharge tool to minimize surgical patient risk. **Journal of Advanced Nursing**. v. 74, n. 11, 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.13779>. Acesso em maio de 2021.

STUMM, E.; MAÇALAI, R.; KIRCHNER, R. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 464-471, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/XCwsYpQRxhnLMMFkZLSSMmD/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2021.

SUN, T.; DUNSMUIR, D.; MIAO, I.; DEVOY, G. M.; WEST, N. C.; et al. Usabilidade intra-hospitalar e avaliação de viabilidade do Panda, um aplicativo para o manejo da dor em crianças em casa. **Pediatric Anesthesia**. v.28, n. 10, 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/pan.13471>. Acesso em: maio de 2021

TANAKA, A. K. S. R.; BRUM, B. N.; GALVAN, C.; et al. **Cartilha de orientações sobre cuidados em Sala de Recuperação Pós Anestésica**. Porto Alegre: UFRGS, 26 p. 2021. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/217538>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2021.

TEIXEIRA, E. Tecnologias em Enfermagem: produções e tendências para a educação em saúde com a comunidade. **Revista eletrônica de enfermagem**. v. 12, n. 4; 2010. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/12470/8458>>. Acesso em: 11 jan. 2021.

TEXEIRA, E. Interfaces participativas na pesquisa metodológica para as investigações em enfermagem. **Rev. Enferm. UFSM – REUFSM**. Santa Maria, RS, v. 9, e1, p. 1-3, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36334/pdf>> Acesso em: 11 jan. 2021.

TOSTES, M. F. P.; SILVA, A. Q.; GARÇON, T. L.; et al. Dualidade entre satisfação e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem em centro cirúrgico. **Rev. SOBECC**, São Paulo. v. 22, n.1, p. 3-9, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Edilaine-Maran/publication/315970154_Dualidade_entre_satisfacao_e_sofrimento_no_trabalho_da_equipe_de_enfermagem_em_centro_cirurgico/links/5c75c9a8299bf1268d283a2d/Dualidade-entre-satisfacao-e-sofrimento-no-trabalho-da-equipe-de-enfermagem-em-centro-cirurgico.pdf> Acesso em: 07 de fevereiro de 2022.

VERNAYA, M.; MCADAM, J. The effectiveness of probiotics in reducing the incidence of Clostridium difficile associated diarrhea in elderly patients: a systematic review protocol. JBI Database System **Rev Implement Rep**. v.13, n. 8, p. 79-91.

2015Disponível em:

https://journals.lww.com/jbisrir/Fulltext/2015/13080/The_effectiveness_of_probiotics_in_reducing_the.9.aspx. Acesso em: maio de 2021.

VOLQUIND, D.; SCHNOR, O. H.; LONDERO, B. B.; FELLINI, R. T.; FLORES, R. P. G. Influência da escala de aldrete e kroulik nas estratégias de gestão da sala de recuperação pós-anestésica. **Revista de Administração Hospitalar**, v.11, n.4, p. 99-104, jan/mar. 2014. Disponível em:

<<https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/1987>> Acesso em: 29 de março de 2022.

WOOLLEN, J.; PREY, J; WILCOX, L.; SACKEIM, A.; RESTAINO, S.; RAZA, S.T. et al. Patient Experiences Using an Inpatient Personal Health Record. **Appl Clin Inform.** v. 7, n. 2, p. 446–460, 2016. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4941852/>> Acesso em: maio de 2021

APÊNDICES

APÊNDICE A

CARTA CONVITE AOS JUÍZES

Prezado(a) avaliador(a), essa avaliação é importante para garantir a qualidade dos itens que irão mensurar quanto a Clareza e Pertinência do instrumento. Este formulário foi construído após uma revisão integrativa da literatura realizada com rigor metodológico, intitulada: Utilização de tecnologias educativas acerca da segurança do paciente na unidade de recuperação pós-anestésica uma revisão integrativa. Realizada no período de janeiro a fevereiro de 2021.

Solicito a leitura crítica dos itens. Para aperfeiçoamento do instrumento, o(a) senhor(a) poderá fazer sugestões ou críticas em espaço reservado para esta finalidade (caso considere necessário). O formulário está dividido por quatro seções: I- Dados sociodemográficos e econômicos do paciente, II- Dados clínicos do paciente, III- Aspectos de segurança para o paciente na URPA, IV- Como o paciente considera os seguintes aspectos de segurança na URPA. O(a) senhor(a) poderá estar marcando no formulário as numerações indicadas [1] para concordo; [2] para concordo parcialmente e [3] para discordo. Caso marque as numerações [2] ou [3], peço-lhe a gentileza de justificar a sua resposta ou emitir uma sugestão para melhorar o formulário.

Critérios para avaliação dos itens:

Clareza - O item deve ser compreensível para pessoas de qualquer nível de instrução, com frases curtas e expressões simples e claras.

Pertinência/Relevância - O item deve ser importante, consistente com aquilo que se pretende medir.

Obs: Definições (Pasquali, 2010).

Após a análise, pedimos que retorne o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e sua caracterização em anexo para o endereço eletrônico de origem. Será estabelecido um prazo de 5 (cinco) dias para preenchimento do instrumento e devolução do Termo de Consentimento e Esclarecido devidamente assinado. Lembretes serão enviados para o seu e-mail dois dias antes para recordá-lo.

Havendo concordância em participar desta etapa da pesquisa, solicitamos que estas informações sejam mantidas em sigilo, considerando que serão utilizadas posteriormente em publicações.

Coloco-me à disposição para esclarecimento de quaisquer dúvidas. Caso não queira participar da validação, ou esteja enfrentando alguma dificuldade para preencher o instrumento, por favor, peço que me informe. À disposição para quaisquer esclarecimentos

*E-mail: milaneide.ppgenf@gmail.com
Maria Milaneide Lima Viana*

Pesquisadora responsável

Mestranda em Enfermagem/PPGEnf/UFPB

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE ENFERMEIROS AVALIADORES

Prezado (a) Senhor (a)

A Sra^a está sendo convidada para participar da validação do instrumento de coleta de dados dos pacientes da pesquisa intitulada: Construção e validação de uma tecnologia educativa acerca da segurança do paciente na unidade de recuperação pós-anestésica, realizada pela pesquisadora Maria Milaneide Lima Viana, enfermeira, mestranda do programa de Pós Graduação em Enfermagem pelo PPGENF- UFPB, sob a orientação da Prof.^a Dra. Jacira Santos Oliveira.

A sua participação na pesquisa é voluntária, sem remuneração, e, portanto, a Sr^a não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Portanto, o Sr (a), está livre para responder no momento que quiser ou não, de forma espontânea sem qualquer imposição. Caso decida não participar da pesquisa ou resolva desistir a qualquer momento, você não sofrerá nenhum dano e/ou prejuízo.

Tendo em vista a complexidade da assistência a um paciente em pós-operatório e quantidade de eventos que podem ocorrer dentro da URPA que envolvem complicações ao paciente, este estudo poderá lapidar a assistência de enfermagem frente ao paciente na Unidade de Recuperação Pós-anestésica. O objetivo desta pesquisa é: Construir e validar uma tecnologia educativa acerca da segurança do paciente na unidade de recuperação pós-anestésica e, uma das etapas que compreendem este projeto é a validação do instrumento realizado para entrevista com os pacientes internos na URPA, instrumento este que foi confeccionado mediante achados da revisão integrativa da literatura que foi realizada com rigor metodológico e que compreende uma das etapas da dissertação.

Todos os participantes serão acobertados pelo que consta na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, não sofrendo nenhum tipo de dano, logo, quaisquer eventualidades que venham a acontecer, caso algum participante se sinta fragilizado e lesado de alguma forma, a pesquisadora tomará as providências cabíveis.

Quanto aos riscos, este poderá ser de caráter mínimo, logo, provavelmente um dos riscos poderá ser a dificuldade de encaixe da leitura do material na rotina do profissional, a disponibilização de tempo para leitura com calma e apreciação do material fornecido, podendo causar desconforto. Todos estes riscos já estão previstos, logo, o pesquisador irá providenciar para que os voluntários não venham a sofrer danos e não comprometer a pesquisa.

Os benefícios para a participação será a possibilidade realizar a validação de um instrumento realizado de forma sistemática e metodológico podendo contribuir com uma pesquisa que irá mudar a prática assistencial dos próprios enfermeiros na prática e no lidar com questões de segurança do paciente de forma mais dinâmica.

A contribuição com esta pesquisa é isenta de custos, desta forma, o voluntário a participar da pesquisa não terá nenhum custo e nem receberá nenhum valor monetário para validar o instrumento. Os resultados da pesquisa serão divulgados em meios de comunicação bem como eventos na área da saúde, tendo a possibilidade de ser publicada em periódicos nacionais e internacionais após a finalização. É de caráter sigiloso todas as informações obtidas nesta pesquisa, tendo em vista que a pesquisa ainda será coletada e publicada.

Caso necessite de maiores informações sobre a pesquisa, segue o contato do pesquisador (a) responsável: MARIA MILANEIDE LIMA VIANA, telefone: (083) 3216-7109. Comitê de Ética em Pesquisa/HULW. Contato: 3216-7964. E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com Bairro: Castelo Branco-PB João Pessoa- PB Campus I-Cidade Universitária- CEP: 58059-900

Conforme o participante foi devidamente esclarecido sobre a pesquisa, juntamente com riscos e benefícios, consinto em participar desta pesquisa logo após assinatura do documento. Estando ciente que receberá uma via desse documento.

Assinatura do avaliador

Assinatura do pesquisador

João Pessoa ____ , _____, 2021

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO PACIENTE PARA AVALIAÇÃO DOS JUÍZES**

Data da coleta: / / 2021 N° Entrevista: _____

1. Nome do avaliador:		1.2 Data da avaliação: ____/____/____	
1.3 Idade			
1.4 Tempo de formação:			
1.5 Área de atuação: () Ensino () Pesquisa () Assistência			108
1.6 Maior titulação:			
1.7 Publicação na área cirúrgica relacionado a segurança do paciente nos últimos 3 anos: () Sim () Não			
1 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS DO PACIENTE	CLAREZA	PERTINENCIA	SUGESTÃO
1.1. Iniciais do paciente:	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
1.2. Tempo de internação:	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
1.3. Sexo () F () M	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
1.4. Idade (em anos)	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
1.5. Data de Nascimento:	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
1.6. Estado civil: () Casado/União estável () Viúvo () Solteiro () Separado/Divorciado	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
1.7. Cor/Raça () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
1.8. Escolaridade:	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
1.9. Religião:	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
1.10. Profissão:	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
1.11. Ocupação:	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
1.12. Renda mensal:	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
1.13. Renda proveniente: () Aposentadoria () Pensão () Aluguel () Trabalho Próprio () Outros	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
II- DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE	CLAREZA	PERTINENCIA	SUGESTÃO
2.1 Diagnóstico médico	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
2.2 Diagnóstico secundário	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
2.3 Modalidade de cirurgia	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
2.4 Nome do procedimento cirúrgico (a)	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
2.5 Utilização de algum dreno cirúrgico	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
2.6 Antes da cirurgia utilizava algum dispositivo para mobilidade	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
2.7 Após o procedimento cirúrgico precisará utilizar algum dispositivo para mobilidade	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
III - ASPECTOS DE SEGURANÇA PARA O PACIENTE NA URPA	CLAREZA	PERTINENCIA	SUGESTÃO
3.1 O que o Sr ou Sr. ^a entende por Segurança do paciente?	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
3.2 Qual seu entendimento acerca das Notificações de eventos adversos?	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
3.3 Como Sr ^o ou Sra percebe a infraestrutura na segurança do paciente?	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
3.4 O que é uma cirurgia segura para Sr ^o ou Sra?	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
IV- COMO O SR^o CONSIDERA OS SEGUINTE ASPECTOS DE SEGURANÇA NA URPA	CLAREZA	PERTINENCIA	SUGESTÃO
4.1 Dados da admissão	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
4.2 Oxigenação	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
4.3 Regulação vascular	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
4.4 Regulação térmica	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
4.5 Eliminações	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
4.6 Regulação neurológica	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
4.7 Senso percepção	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	

4.8 Integridade da pele	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
4.9 Nutrição: Cuidado corporal e ambiental	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	
4.10 Preparação para a alta	[1] [2] [3]	[1] [2] [3]	

Enfermeiro avaliador

Responsável pela pesquisa

APÊNDICE D

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE PACIENTES

Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada: Construção e validação de uma tecnologia educativa acerca da segurança do paciente na unidade de recuperação pós-anestésica, realizada pela pesquisadora Maria Milaneide Lima Viana, enfermeira, mestrande do programa de Pós Graduação em Enfermagem pelo PPGENFUFPB, sob a orientação da Prof.^a Dra. Jacira Santos Oliveira. A sua participação na pesquisa é voluntária, sem remuneração, e, portanto, o Sr (a), não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Portanto, o Sr (a), está livre para responder no momento que quiser ou não, de forma espontânea sem qualquer imposição. Caso decida não participar da pesquisa ou resolva desistir a qualquer momento, você não sofrerá nenhum dano e/ou prejuízo. Conforme etapa importante desta pesquisa, solicito a autorização para a gravação em dispositivos de áudio e fotografias, desta participação voluntária, a fim de concretizar todos os dados reais a serem coletados, se assim for permitido. Tendo em vista a complexidade da assistência a um paciente em pós-operatório e quantidade de eventos que podem ocorrer dentro da URPA que envolvem complicações ao paciente, este estudo poderá lapidar a assistência de enfermagem frente ao paciente na Unidade de Recuperação Pós-anestésica.

O objetivo desta pesquisa é: Construir e validar uma tecnologia educativa acerca da segurança do paciente na unidade de recuperação pós-anestésica. A pesquisa terá como procedimentos para coleta de dados um grupo focal com os enfermeiros. Será realizado apenas um encontro com a equipe no hospital escola, com no mínimo uma hora e no máximo duas horas de atividade, será agendada previamente de acordo com a disponibilidade, as conversas serão gravadas e será retirado fotografias para registrar o momento por meio de materiais eletrônicos pessoais do pesquisador. Todos os participantes serão acobertados pelo que consta na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, não sofrendo nenhum tipo de dano, logo, quaisquer eventualidades que venham a acontecer, caso algum participante se sinta fragilizado e lesado de alguma forma, o mesmo será ressarcido, todos irão assinar um termo que diz respeito a possibilidade de uso e divulgação da imagem, e, mesmo assinado o participante poderá desistir da contribuição a qualquer momento sem nenhum prejuízo

Quanto aos riscos que o paciente voluntário poderá ser acometido são os riscos físicos, tendo em vista a condição física que o paciente poderá se encontrar, emocionais devido o processo de hospitalização, e riscos desconfortos, e algum problema relacionado ao processo cirúrgico como algum mal estar, porém neste exato momento a coleta de dados poderá ser interrompida sem maiores danos.

Os benefícios para o paciente poderá ser um momento de conversação e distração visto que o mesmo acabou de passar por um processo de cirurgia, bem como maiores evidências positivas e um facilitador da assistência prática após a implementação da tecnologia, que beneficiará os próximos pacientes internos. A contribuição com esta pesquisa é isenta de custos, desta forma, o voluntário a participar da pesquisa não irá ter nenhum custo. Em caso de eventual dano ao contribuinte desta pesquisa, ele poderá ser ressarcido na proporção do dano sofrido. Os resultados da pesquisa serão divulgados em meios de comunicação bem como eventos na área da saúde, tendo a possibilidade de ser publicada em periódicos nacionais e internacionais.

É de caráter sigiloso todas as informações obtidas nesta pesquisa, bem como fotografias e gravações, e, a utilização das mesmas dentro da pesquisa só será realizada mediante assinatura do TCLE. Caso necessite de maiores informações sobre a pesquisa, segue o contato do pesquisador (a) responsável: MARIA MILANEIDE LIMA VIANA, telefone: (083) 3216-7109. Comitê de Ética em Pesquisa/HULW. Contato: 3216-7964. E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com Bairro: Castelo Branco-PB João Pessoa- PB Campus I- Cidade Universitária- CEP: 58059-900

O participante foi devidamente esclarecido sobre a pesquisa, riscos e benefícios, e após assinatura do documento dará o consentimento para participar de forma voluntária da pesquisa e para publicação dos resultados. Estando ciente que receberá uma via desse documento. Fica registrado, também, terá conhecimento das informações, dados e/ou material, serão usados pela responsável para a pesquisa com propósitos científicos.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

João Pessoa ____ , _____, 2021

APÊNDICE E



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO PACIENTE



1 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS DO PACIENTE

1.1 N° Entrevista	1.2. Data da coleta: / /		
1.3. Iniciais do paciente:	1.4. Tempo de internação:	1.5. Sexo () F () M	1.6. Idade:
1.7. Estado civil: () Casado/União estável () Viúvo () Solteiro, () Separado/Divorciado			
1.8. Cor/Raça () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () Quilombola			
1.9. Escolaridade: () Não alfabetizado () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo () Médio Incompleto () Médio Completo () Superior Incompleto () Superior Completo () Outros			
1.10. Religião: () católico () evangélico () espírita () outros qual:		1.11. Profissão/ocupação:	
1.12. Renda mensal: () < 1 um salário mínimo () 1 salário mínimo () 2 salários mínimos () 3 salários mínimos () >4 salários mínimos			
1.13. Renda proveniente: () Aposentadoria () Pensão () Aluguel () Trabalho Próprio () Autônomo () Outros			

2. DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE

2.1 Diagnóstico médico:	
2.2 Diagnóstico secundário: () Hipertensão arterial sistêmica () Diabetes Mellitus tipo 2 () Cardiopatia () Câncer () Amputação de membro(s) inferior(s) () Sequela de paralisia infantil ou Sequela de paralisia cerebral () Sequela de acidente vascular cerebral () Tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia () Sequela de lesão ortopédica () Outros ()	
2.3 Modalidade de cirurgia: () Eletiva () Urgência	2.4 Cirurgia realizada:
2.5 Utilização de algum dreno cirúrgico: () Dreno torácico () Dreno Penrouse () Sução/portovac () Dreno Kehr Outros ()	
2.6 Antes da cirurgia utilizava algum dispositivo para mobilidade: () Sim Em caso afirmativo, qual: () Não	
2.7 Após o procedimento cirúrgico precisará utilizar algum dispositivo para mobilidade: () Sim Em caso afirmativo, qual: () Não	

3. ASPECTOS DE SEGURANÇA PARA O PACIENTE NA URPA

3.1 O que o senhor(a) entende por Segurança do paciente? (02)
3.2 Qual seu entendimento acerca das Notificações de eventos adversos? (02)
3.3 Em relação a segurança do paciente como o senhor(a) percebe o ambiente cirúrgico/infraestrutura (02)
3.4 O que é uma cirurgia segura para senhor(a): (02)

3.5 COMO O SENHOR(A) CONSIDERA OS SEGUINTE ASPECTOS RELACIONADOS A SEGURANÇA DO PACIENTE NA URPA

DADOS DA ADMISSÃO		IM	NI	NO
	Identificação do paciente (01)			
	Confirmação do nome do paciente (01)			
	Pulseira de identificação (01)			
	Procedimento certo (01)			
	Tipo de anestesia (03)			
	Local certo da cirurgia (01)			
	Está sob precaução específica (01)			
	Horário de aprazamentos de medicamentos (03)			
	Sinais Vitais (03)			
	Registro das ações realizadas			
OXIGENAÇÃO		IM	NI	NO
	Frequência respiratória (09)			
	Padrão respiratório (09)			
	Tosse (06)			
	Saturação de oxigênio (09)			
REGULAÇÃO VASCULAR		IM	NI	NO
	Avaliação e monitorização de motilidade intestinal			

	Frequência cardíaca (09)			
	Arritmias (05)			
	Pressão arterial (09)			
	Hemorragia: (09) / Avaliação de sangramentos (03)			
REGULAÇÃO TÉRMICA		IM	NI	NO
	Temperatura corporal (09) / Redução da hipotermia e hipertermia (04)			
ELIMINAÇÕES		IM	NI	NO
	Vômito (05, 06, 07, 09) / Náusea (06)			
	Avaliação e monitorização do débito urinário (03) / sondas e drenos			
	Sudorese			
	Avaliar ou verificar presença de umidade nos lençóis			
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA		IM	NI	NO
	Estado geral (03)			
	Estado de consciência (09) / Nível de consciência (03)			
	Mal estar (07)			
	Choro (06)			
	Motricidade (03)			
	Câimbras musculares (10)			
	Euforia/agitação			
SENSO PERCEPÇÃO		IM	NI	NO
	Dor (05, 06, 07, 08, 09)			
	Escala de dor (03, 08)			
INTEGRIDADE DA PELE		IM	NI	NO
	Lesões de pele/ (05)			
	Lesão relacionada a dispositivo médico			
	Lesão relacionada ao posicionamento cirúrgico/ato operatório (01)			
	Avaliação da ferida operatória.			
	Uso de cateteres e drenos (03)			
	Prevenção de infecção do sítio cirúrgico (01)			
	Estado de hidratação, turgor e elasticidade da pele			
NUTRIÇÃO. CUIDADO CORPORAL E AMBIENTAL		IM	NI	NO
	Higiene/Alimentação (02)			
	Limpeza do local da internação			
	Reposição de líquidos (03)			
PREPARAÇÃO PARA A ALTA HOSPITALAR		IM	NI	NO
	Cuidados na alta/Orientações (02)			
	Está em risco ou sofreu quedas (05)			
	Orientação para prevenção de quedas no pós-operatório			
	Instruções de auto cuidado (07)			
	Recomendação específica hospitalar e domiciliar para o pós-operatório (01)			

IM – Importante- **NI**- Não importante; **NO**- Não sabe opinar.

APÊNDICE F

Carta convite para o grupo focal com enfermeiros



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



CARTA CONVITE

Me chamo Maria Milaneide Lima Viana, sou aluna da Programa de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba –PPGENF; CCS – Centro de ciências da saúde. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: : *Construção e validação de um instrumento com tecnologia educativa acerca da segurança do paciente na unidade de recuperação pós anestésica*, com a orientação da professora: Dra. Jacira dos Santos Oliveira.

É com imenso prazer que gostaria de convida-lo (a) para participar de um Grupo Focal.

Este grupo Focal se configura com uma etapa da pesquisa para obtenção do título de mestre em enfermagem. As datas e horários dos três encontros serão acordados previamente com a Vossa Senhoria após o aceite.

Mestranda

João Pessoa 23 de setembro de 2021.

APENDICE G



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE ENFERMEIROS GRUPO FOCAL

Prezado (a) Senhor (a)

A Sra^a está sendo convidada a participar de um Grupo Focal para coleta de dados com enfermeiros que tem como pré-requisito para elaboração da pesquisa intitulada: Construção e validação de uma tecnologia educativa acerca da segurança do paciente na unidade de recuperação pós-anestésica, realizada pela pesquisadora Maria Milaneide Lima Viana, enfermeira, mestranda do programa de Pós Graduação em Enfermagem pelo PPGENF- UFPB, sob a orientação da Prof.^a Dra. Jacira Santos Oliveira.

A sua participação na pesquisa é voluntária, sem remuneração, e, portanto, a Sr^a não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora caso não queira. Portanto, caso decida não participar da pesquisa ou resolva desistir a qualquer momento, você não sofrerá nenhum dano e/ou prejuízo.

Tendo em vista a complexidade da assistência a um paciente em pós-operatório e quantidade de eventos que podem ocorrer dentro da URPA que envolvem complicações ao paciente, este estudo poderá lapidar a assistência de enfermagem frente ao paciente na Unidade de Recuperação Pós-anestésica. O objetivo desta pesquisa é: Construir e validar uma tecnologia educativa acerca da segurança do paciente na unidade de recuperação pós-anestésica e, uma das etapas que compreendem este projeto é o Grupo Focal com enfermeiros que trabalham no setor cirúrgico e na unidade de recuperação pós-anestésica do hospital universitário Lauro Wanderley.

Todos os participantes serão acobertados pelo que consta na resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, não sofrendo nenhum tipo de dano, logo, quaisquer eventualidades que venham a acontecer, caso algum participante se sinta fragilizado e lesado de alguma forma, a pesquisadora tomará as providências cabíveis.

Quanto aos riscos, este poderá ser de caráter mínimo, logo, provavelmente um dos riscos poderá ser a dificuldade de concentração e/ou participação ativa no GF, a disponibilização de tempo para leitura com calma e apreciação do material fornecido. Todos estes riscos já estão previstos, logo, o pesquisador irá providenciar para que os voluntários não venham a sofrer danos e não comprometer a pesquisa.

Os benefícios para a participação será a possibilidade de interação em um grupo focal com enfermeiros e a pesquisadora, trazendo compartilhamento de conhecimentos com um material realizado de forma sistemática e metodológico podendo contribuir com uma pesquisa

que irá mudar a prática assistencial dos próprios enfermeiros na prática e no lidar com questões de segurança do paciente de forma mais dinâmica.

A contribuição com esta pesquisa é isenta de custos, desta forma, o voluntário a participar da pesquisa não terá nenhum custo e nem receberá nenhum valor monetário para validar o instrumento. Os resultados da pesquisa serão divulgados em meios de comunicação bem como eventos na área da saúde, tendo a possibilidade de ser publicada em periódicos nacionais e internacionais após a finalização. É de caráter sigiloso todas as informações obtidas nesta pesquisa, tendo em vista que a pesquisa ainda será coletada e publicada.

Caso necessite de maiores informações sobre a pesquisa, segue o contato do pesquisador (a) responsável: MARIA MILANEIDE LIMA VIANA telefone: (083) 3216-7109. Comitê de Ética em Pesquisa/HULW. Contato: 3216-7964. E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com Bairro: Castelo Branco-PB João Pessoa- PB Campus I-Cidade Universitária- CEP: 58059-900. Comitê de Ética em Pesquisa/HULW. Contato: 3216-7964. E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com Bairro: Castelo Branco-PB João Pessoa- PB Campus I-Cidade Universitária- CEP: 58059-900

Conforme o participante foi devidamente esclarecido sobre a pesquisa, juntamente com riscos e benefícios, consinto em participar desta pesquisa logo após assinatura do documento. Estando ciente que receberá uma via desse documento.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

João Pessoa ____ , _____, 2021

APÊNDICE H

QUESTIONÁRIO PARA OS ENFERMEIROS DO GRUPO FOCAL

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA
TECNOLOGIA EDUCATIVA ACERCA DA
SEGURANÇA DO PACIENTE NA UNIDADE
DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

Questionário

 milaneide.ppgenf@gmail.com (não compartilhado)
[Alternar conta](#)

*Obrigatório

Nome completo (sem abreviação) *

Sua resposta

Data: ____/____/____ *

Data

dd/mm/aaaa: 

Idade *

Sua resposta

Tempo de formação *

Sua resposta

Área de atuação (Poderá ser preenchido mais de uma) *

☐ Ensino

☐ Pesquisa

☐ Assistência

Maior titulação *

Sua resposta

Publicação na área cirúrgica relacionado a segurança do paciente nos últimos 3 anos *

☐ Sim

☐ Não

Enumere os aspectos de segurança do paciente desde a entrada até a saída da URPA, sequência até a liberação para a clínica cirúrgica. *

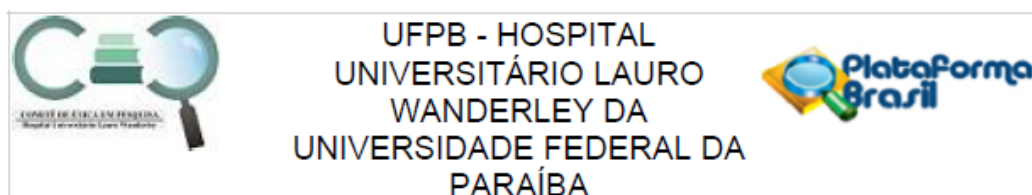
Sua resposta

Enviar

[Limpar formulário](#)

ANEXOS

ANEXO A - Parecer substanciado do Comitê de Ética e Pesquisa CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA ACERCA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

Pesquisador: Maria Milaneide Lima Viana

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40782020.3.0000.5183

Instituição Proponente: Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

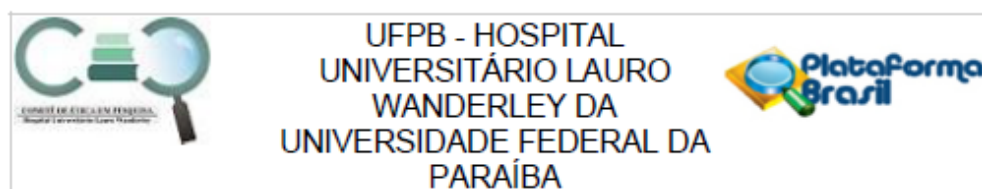
Número do Parecer: 4.474.565

Apresentação do Projeto:

Trata-se da primeira versão do protocolo de pesquisa referente ao trabalho vinculado ao Centro de Ciências da Saúde (CCS), do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), proposto pela pesquisadora responsável Maria Milaneide Lima Viana, com o título: "Construção e validação de uma tecnologia educativa acerca da segurança do paciente na unidade de recuperação pós anestésica", o qual está vinculado ao projeto: cuidados de enfermagem no atendimento ao indivíduo/família/comunidade nos diversos cenários de prática.

Introdução:

Como relevância do estudo, citamos Hipócrates (460 a 370 a.C.), que enunciava com a máxima precisão "primum non nocere". Questionado por alguns, apoiado por outros, isso era notável que os cuidados a saúde não estavam isentos de falhas e que para esta condição, necessitavam de um cuidado específico, voltado para o atendimento com excelência e segurança do paciente (CORONA; PENICHE, 2015). No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, possui objetivos específicos para promover e contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, adotando



Continuação do Parecer: 4.474.565

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1665303.pdf	07/12/2020 09:37:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.pdf	07/12/2020 09:27:45	Maria Milaneide Lima Viana	Aceito
Outros	anuencia_assinada_gep.pdf	05/12/2020 16:19:56	Maria Milaneide Lima Viana	Aceito
Outros	termo_compromisso_dopesquisador.pdf	05/12/2020 16:17:32	Maria Milaneide Lima Viana	Aceito
Outros	convite_enfermeiros.pdf	05/12/2020 16:10:52	Maria Milaneide Lima Viana	Aceito
Outros	convite_juizes.pdf	05/12/2020 16:10:32	Maria Milaneide Lima Viana	Aceito
Outros	instrumento_juizes.pdf	05/12/2020 16:09:20	Maria Milaneide Lima Viana	Aceito
Outros	instrumentos_pacientes.pdf	05/12/2020 16:08:59	Maria Milaneide Lima Viana	Aceito
Outros	instrumento_enfermeiros.pdf	05/12/2020 16:08:37	Maria Milaneide Lima Viana	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_juizes.pdf	05/12/2020 16:08:13	Maria Milaneide Lima Viana	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_enfermeiros.pdf	05/12/2020 16:07:47	Maria Milaneide Lima Viana	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_pacientes.pdf	05/12/2020 16:07:30	Maria Milaneide Lima Viana	Aceito
Outros	HOMOLOGACAO.pdf	03/12/2020 09:22:17	Maria Milaneide Lima Viana	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	03/12/2020 09:05:59	Maria Milaneide Lima Viana	Aceito
Outros	Nova_FR_Maria_Milaneide.pdf	18/12/2020 11:36:14	MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900
 UF: PB Município: JOAO PESSOA
 Telefone: (83)3216-7954 Fax: (83)3216-7522 E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com