

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE

Charel de Matos Neves

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO E SALA
DE RECUPERAÇÃO:
Estratégia de Melhoria Através de Jogos Sérios

Porto Alegre, RS

2020

CHAREL DE MATOS NEVES

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO E SALA
DE RECUPERAÇÃO:
Estratégia de Melhoria Através de Jogos Sérios**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Aline Winter Sudbrack

Co-Orientadora: Profa. Dra. Luzia Fernandes Millão

Linha de pesquisa: Integração Universidade, Serviço de Saúde e Comunidade.

Porto Alegre, RS

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Neves, Charel de Matos

Cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico e sala de recuperação : estratégia de melhoria através de jogos sérios / Charel de Matos Neves. - 2020.

87 p. : il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-graduação Ensino na Saúde, 2020.

Orientadora: Aline Winter Sudbrack.

Coorientadora: Luzia Fernandes Millão.

1. Segurança do paciente. 2. Jogos experimentais. 3. Educação continuada. I. Sudbrack, Aline Winter. II. Millão, Luzia Fernandes. III. Título.

CHAREL DE MATOS NEVES

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO E SALA
DE RECUPERAÇÃO:
Estratégia de Melhoria Através de Jogos Sérios**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Aline Winter Sudbrack
Co-Orientadora: Prof. Dra. Luzia Fernandes Millão

Aprovada em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Helena Terezinha Hubert Silva
Médica, Doutora em Patologia Geral e Experimental/UFCSPA - UFCSPA

Sandra Maria Cezar Leal
Enfermeira, Doutora em Enfermagem/UFRGS - UNISINOS

Melissa Freitas Luzia
Enfermeira, Doutora em Enfermagem/UFRGS - Hospital Ernesto Dornelles

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pela vida e pelas oportunidades que nela surgiram, surgem e surgirão. Agradeço a Ele pelas pessoas que cruzaram meus caminhos e com quem muito aprendi, e às experiências até hoje vividas.

Agradeço à minha família, minhas irmãs Chavelle e Maria Vitória, e minha mãe Léa, que é o exemplo de mulher, de líder, de força. Ela que ensinou a todas nós a importância de buscar sua independência e sempre acreditou que iríamos longe.

Agradeço a algumas colegas de profissão que se tornaram inspirações ao longo de minha caminhada. Começarei por ordem cronológica agradecendo à Professora Luzia Millão, que foi minha inspiração desde o tempo da graduação, enfermeira a quem admiro e por quem novamente tive o prazer de ser orientada e guiada neste projeto. Em seguida, agradeço às minhas colegas da graduação, amigas/irmãs que escolhi na vida: Rafaela Milanesi, Miriam Trombetta, Jaqueline Costa e Monica Ochoa, Mestres por esta Universidade e todas guiadas e inspiradas na Rafaela, que despertou esse desejo e nos mostrou ser possível. Hoje somos uma “Confra Mestras”.

Minha primeira experiência profissional como enfermeira me possibilitou conhecer duas colegas que sempre foram minhas inspirações. Lá no Hospital Ernesto Dornelles tive o prazer de conhecer as enfermeiras Cassiana Prates e Melissa Luzia, profissionais dedicadas ao seu trabalho, atualizadas, voltadas à pesquisa, e que cativam a todos com sua sabedoria. Cassiana foi desde o início inspiração para continuar os estudos e hoje parceira e apoiadora deste projeto. Estou feliz em te entregar este produto, Cassiana.

Não poderia esquecer uma colega, amiga, apoiadora, parceira e que sempre acreditou no meu potencial, Carolina Montanari. Com ela aprendi a não deixar as ideias “esfriarem” e a não deixar as oportunidades passarem.

Também não poderia deixar de agradecer a três colegas especiais que a própria UFCSPA me possibilitou levar para a vida: a enfermeira Fernanda Boaz, hoje amiga e colega de projeto, que deu mais sentido ao que estava trabalhando no Mestrado, quando me incentivou a participar da seleção para trabalhar no Projeto Paciente Seguro, o qual me possibilitou criar metodologias de ensino para assistência com muito mais propriedade e me fez acreditar nas possibilidades de desenvolvimento do SUS com os recursos que ele possui. A enfermeira Camila Preve, que tornou o Mestrado mais leve com sua alegria e espontaneidade; e a nossa nutricionista nipônica Fabiana Tanabi, que nos orientou muitas e muitas vezes. Gurias, vocês são meu saldo positivo da UFCSPA.

Agradeço também à enfermeira supervisora do Centro Cirúrgico do Hospital Ernesto Dornelles, Denise Dornelles, uma chefe líder, carismática e que me deixou com portas abertas para continuar meu projeto de Mestrado lá.

Ao gestor do Centro Cirúrgico do Hospital Ernesto Dornelles, Airton Bagatini, pelos ensinamentos e apoio ao projeto. E a toda equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação Pós-Anestésica, que foram minha casa por alguns anos, os quais levo no coração e que foram meus apoiadores neste momento, participando ativamente desta pesquisa.

Agradeço também à professora Aline Sudbrack, por aceitar o desafio de orientar este tema. Agradeço a força, o incentivo e as palavras durante este trajeto.

E não menos importante, agradeço ao meu marido e companheiro de vida, Leonardo Bahia, que apóia e vibra comigo por cada pequena conquista e entende meu jeito vivaz, sendo muitas vezes ainda meu incansável revisor gramatical.

*“Educação não transforma o mundo.
Educação muda as pessoas.
Pessoas mudam o mundo”.*

Paulo Freire.

RESUMO

Introdução: A cultura de segurança de uma organização é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso e o estilo e competência da gestão na promoção de segurança. Após uma pesquisa realizada no ano de 2018, na instituição indicada neste estudo, que avaliou a cultura de segurança do paciente percebida pelos profissionais de saúde assistenciais e de apoio técnico administrativo, os resultados evidenciaram uma cultura fragilizada em diversas áreas do hospital, como o Centro Cirúrgico (CC) e Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SR).

Objetivo: Desenvolver dois jogos sérios visando melhorar a cultura de segurança do paciente nas áreas de CC e SR. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa realizada em duas etapas: Etapa 1 (Fase exploratória): constituída pelos resultados de pesquisa realizada em 2018 e pesquisa qualitativa através de entrevistas projetiva coletiva com os técnicos de enfermagem considerando sua percepção acerca dos resultados da referida pesquisa e análise do Protocolo de Cirurgia Segura da OMS. Etapa 2 (Desenvolvimento dos Jogos Sérios): Em cima das fragilidades apontadas pelo estudo e confirmada na pesquisa qualitativa com os técnicos em enfermagem optou-se por realizar dois jogos com temáticas diferentes. **Resultados:** A partir das fragilidades, verificadas na área cirúrgica através da análise dos dados percebeu-se a necessidade de trabalhar a comunicação e transferência do cuidado entre turnos e unidades. A escolha de se trabalhar com jogos sérios foi para sanar a necessidade de treinamentos tantas vezes evidenciada nas falas fazendo uso de metodologias ativas para envolver o profissional.

Conclusão: Os jogos têm a finalidade de transformar os treinamentos em dinâmicas que propiciem a interação profissional e desenvolvam o pensamento crítico. Devido a pandemia da COVID-19 não foram realizados testes de eficácia nos jogos desenvolvidos.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Jogos Experimentais. Educação Permanente.

ABSTRACT

Introduction: The security culture of an organization is the product of the individuals and group values, attitude, perceptions, competences and behavior patterns that determine the agreement and the competence style at the ability of the security promotion. After a survey conducted in 2017, at the institution indicated in this study, that evaluated the patient security culture perceived by the health assistance professionals and administrative-technical support, the results showed a fragile culture at several areas at the hospital, as the Surgical Center (SC) and the Post-Anesthesia Care Unit (PACU). **Objective:** Develop two Serious Games aiming to improve the patient security at the SR and PACU areas. **Methodology:** This is research executed in two stages: Stage 1 (exploratory phase): constituted by the results of the research realized in 2018 and qualitative search through projective collective interviews with nursing technicians considering their perception about the results of the referred research and the Safety Surgery Protocol from WHO. Stage 2: (Serious Games Development): Over the weaknesses pointed out by the study and confirmed at the qualitative research with the nursing technicians opted to execute two games with different thematics. **Results:** As from the fragilities, checked at the surgical area through the data analysis, was perceived the necessity of work the communication and care transference between shift and units. The choice of work with serious games was to solve the necessity of training so many times evidenced at the speeches making use of active methodologies to involve the professional. **Conclusion:** The games have the purpose to transform the training in dynamics that propitiate the professional interaction and development the critic thought. Due the COVID-19 pandemic did not carry out effectiveness tests at the development games.

Keywords: Patient Security. Games, Experimental. Education, Continuing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica Traduzida	20
Figura 2: Teoria do Queijo Suíço.	22
Figura 3: Caixa do Kit de Jogos Denominado <i>Desafios da Segurança</i>	44
Figura 4: Jogo Trilhando a Cirurgia Segura	46
Figura 5: Jogo Que Ferramenta Sou Eu?.....	47
Figura 6: Manual Ilustrativo	48
Figura 7: Base da Caixa dos Jogos	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Resultados das respostas positivas do questionário de Cultura de Segurança na área cirúrgica aplicado na instituição em 2017.	32
Tabela 2: Dimensões fragilizadas na área cirúrgica.	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSC	Associação Congregação Santa Catarina
AHRQ	<i>Agency for Healthcare and Quality</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CC	Centro Cirúrgico
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CI	Comunicação Interna
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EAs	Eventos Adversos
EC	Educação Continuada
EUA	Estados Unidos da América
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
LVCS	Lista de Verificação de Cirurgia Segura
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RS	Rio Grande do Sul
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SEGER	Serviço de Gerenciamento de Risco
SR	Sala de Recuperação Pós-Anestésica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA	17
1.2	OBJETIVOS DA PESQUISA	17
1.2.1	Objetivo Geral	17
1.2.2	Objetivos Específicos	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	SEGURANÇA DO PACIENTE	18
2.1.1	Cirurgias Seguras Salvam Vidas	19
2.2	CULTURA DE SEGURANÇA	21
2.3	MÉTODOS PARA MENSURAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA	22
2.4	UTILIZAÇÃO DE JOGO SÉRIO NA SAÚDE	23
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	25
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	25
3.2	DELIMITAÇÃO DO LOCAL DE PESQUISA	25
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	26
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	27
3.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	27
3.6	COLETA DE DADOS	27
3.6.1	Primeira Fase: Técnica de Entrevista Projetiva Coletiva	29
3.6.2	Segunda Fase: Intervenção	29
3.7	ANÁLISE E DISCUSSÃO	30
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	31
4.1	PRIMEIRO ENCONTRO	31
4.1.1	Comunicação	34
4.1.2	Padronização de Rotinas	35
4.1.3	Transferência do Cuidado	37
4.1.4	Cultura Justa	38
4.1.5	Empatia	39
4.2	SEGUNDO ENCONTRO	40
5	PRODUTO	44
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICE A - Cartaz para Convite de Participação da Entrevista em Grupo	56
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	57
	APÊNDICE C - Roteiro para Realização da Entrevista Coletiva	59

APÊNDICE D - Entrega dos Jogos na Instituição	61
ANEXO A - Protocolo de Cirurgia Segura do Ministério da Saúde	62
ANEXO B - Autorização do Uso de Imagens.....	72
ANEXO C - Formulários de Abertura de Processo UFCSPA	73

1 INTRODUÇÃO

Viveu-se um período em que falar de erros relacionados à assistência era um tabu. A medicina e a saúde eram norteadas pela frase *Primum non nocere* (primeiramente, não cause dano), de Hipócrates (460-377 a.C), até o final do século XX, quando se quebrou o silêncio com a publicação *Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro*, pelo *Institute of Medicine*, em 1999. Os dados apontados neste relatório em relação ao número de óbitos por ano nas instituições americanas por falhas assistenciais (estimado entre 44.000 a 98.000 mortes) alertaram para a necessidade de reformulação dos sistemas de saúde e da implantação de uma cultura de segurança nas instituições (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e, posteriormente, estabeleceu as suas seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente. São elas: Identificar o paciente corretamente; Melhorar a eficácia da comunicação; Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; Reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde; Reduzir o risco de danos ao paciente, decorrentes de quedas. No Brasil, trabalha-se junto com a sexta meta – quedas – a redução de danos ao paciente relacionados à lesão por pressão (ANVISA, 2014).

Um dos desafios propostos pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente foi o programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas, o qual conta com a utilização de um *checklist* transoperatório que possibilita a avaliação integral do paciente, desenvolvido em três fases para o seu seguimento: antes da indução anestésica; antes do início da cirurgia; e antes que o paciente deixe a sala cirúrgica (WHO, 2008a).

Em 25 de julho de 2013 foi publicada a Resolução RDC 36, que definiu a necessidade de constituição de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) com poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente. O Plano de Segurança do Paciente firma um documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco, visando à prevenção e à atenuação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço (ANVISA, 2013).

No Brasil, a incidência de pacientes que sofreram eventos adversos nas instituições está em torno de 10%. Um estudo realizado no Rio de Janeiro apresentou uma incidência de EAs relacionados à cirurgia de 3,5%. Destes, 68,3% foram considerados evitáveis (SOUSA; MENDES, 2014).

Nesse cenário, compartilhar uma cultura de segurança positiva nas instituições de saúde surge como um dos requisitos essenciais para retratar a ocorrência de eventos adversos por meio do aprendizado proativo a partir dos erros, e redefinir os processos, a fim de evitar o acontecimento de erros ou incidentes (SOUSA; MENDES, 2014).

A definição de cultura de segurança de uma organização é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso e o estilo e competência da gestão na promoção de segurança (ZAHEER *et al.*, 2018).

Mensurar a cultura de segurança nas organizações é de grande valor, já que apresenta um feedback que permite conhecer a situação, em termos de cultura de segurança, em que os profissionais de saúde se encontram. A segurança do paciente pode ser analisada em diferentes níveis de cuidados em que podem ser identificados pontos fortalecidos e de fragilidades que transcrevem a forma como os profissionais pensam, agem e tratam seu trabalho (RAMOS; COCA; ABELDAÑO, 2017). A utilização de questionários para avaliar questões relacionadas à cultura de segurança serve como ferramenta diagnóstica para auxiliar na identificação de áreas as quais necessitam melhorias, avaliar mudanças ao longo do tempo e fazer comparações com referências de dados externos (REIS, 2013).

No Brasil, a avaliação da cultura de segurança nos hospitais revela uma cultura ainda abaixo do ideal (CARVALHO *et al.*, 2017). Dentre as fragilidades apontadas nos estudos, predominam as áreas relacionadas à gestão hospitalar e resposta não punitiva ao erro. Já os pontos fortalecidos nas pesquisas são relacionados à satisfação do trabalho e ao trabalho em equipe em variados setores hospitalares (SANTIAGO; TURRINE, 2015; MACEDO *et al.*, 2016).

Após uma pesquisa realizada, no ano de 2018 na instituição indicada neste estudo, que avaliou a cultura de segurança do paciente percebida pelos profissionais de saúde assistenciais (entre eles técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos) e de apoio técnico administrativo, e os elementos que influenciam essa percepção em uma instituição hospitalar, os resultados evidenciaram uma cultura fragilizada em diversas áreas do hospital, como o Centro Cirúrgico (CC) e a Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SR). A partir dos resultados da fase quantitativa da pesquisa realizada anteriormente, que mostrou fragilidade nas dimensões: percepção geral da segurança do paciente; retorno da informação e comunicação sobre erro; abertura da comunicação; trabalho em equipe entre as unidades; adequação de profissionais; passagem de plantão ou de turno/transferência; e respostas não punitivas aos erros, serão possíveis planejar e implementar intervenções efetivas para a Segurança do Paciente (PRATES, 2018).

Buscou-se, com essa pesquisa, desenvolver estratégias educacionais capazes de gerar uma melhoria na assistência segura aos pacientes através de jogo sério (*serious game*), partilhando uma cultura de segurança positiva nas instituições de saúde. Intentou-se aprofundar o conhecimento sobre as dimensões que compõem esta cultura, compreendendo os fatores que influenciam na prática assistencial junto ao paciente.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Quais são as principais fragilidades da cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico e sala de recuperação de acordo com a percepção de técnicos de enfermagem para nortear o desenvolvimento de uma estratégia educacional?

1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

1.2.1 Objetivo Geral

Desenvolver dois jogos educativos visando fortalecer a cultura de segurança do paciente nas áreas de Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação Pós-Anestésica.

1.2.2 Objetivos Específicos

Analisar a percepção dos profissionais técnicos em enfermagem acerca da Cultura de Segurança do Paciente;

Analisar a percepção dos técnicos em enfermagem sobre o Protocolo de Cirurgia Segura da OMS;

Identificar as necessidades de melhoria para o fortalecimento da Cultura de Segurança do Paciente a partir da percepção dos técnicos em enfermagem.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura deste projeto será estratificada em quatro sessões intituladas: Segurança do Paciente, Cultura de Segurança, Métodos para Mensuração da Cultura de Segurança e Utilização de Jogos Sérios na Saúde, para melhor compreensão da temática abordada.

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

Após a divulgação, em 1999, do relatório do *Institute of Medicine (IOM) Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro*, a segurança do paciente ganhou relevância. Esse relatório baseou-se em duas pesquisas que avaliaram a incidência de eventos adversos (EAs) em revisões retrospectivas de prontuários, realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado, e apontou que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano vítimas de EAs nos Estados Unidos da América (EUA). O termo evento adverso foi definido como dano causado pelo cuidado à saúde, que prolonga o tempo de permanência do paciente ou resulta em uma incapacidade presente no momento da alta (ANVISA, 2014). Estima-se que 10 a cada 100 pacientes internados no mundo sofrerão um EA, e 1 a cada 300 internados morrerão por um erro (SOUSA; MENDES, 2014).

O Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA), na sua publicação *Cruzando o abismo da qualidade: um novo sistema de saúde para o século 21* (IOM, 2001), definiu a qualidade do cuidado como “o grau com que os serviços de saúde aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual”, e agregou a segurança do paciente como um dos seis atributos da qualidade, juntamente com a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade, definidos abaixo:

- Segurança: evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los;
- Efetividade: cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão;
- Cuidado centrado no paciente: cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente;

- Oportunidade: redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado;
- Eficiência: cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia;
- Equidade: qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

A segurança do paciente é um componente crítico da qualidade dos cuidados de saúde. Um passo importante nesse sentido foi o lançamento pelo OMS da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, recomendando maior atenção ao tema (ANVISA 2011).

Algumas ações denominadas desafios globais foram criadas para diminuir os riscos e amainar os EAs. A OMS priorizou duas: reduzir a infecção associada ao cuidado em saúde, através da campanha de higienização das mãos; e promover uma cirurgia mais segura, através da utilização de uma lista de verificação antes, durante e após o ato cirúrgico. A última delas mundialmente conhecida pela Campanha Cirurgias Seguras Salvam Vidas (*Safe Surgery Saves Lives*) (ANVISA 2011, 2014).

2.1.1 Cirurgias Seguras Salvam Vidas

Sendo o foco deste projeto o CC e a SR, cabe detalharmos este desafio global.

O programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” trabalha a melhoria da segurança cirúrgica buscando reduzir o número de óbitos e complicações cirúrgicas. Para atingir este objetivo, foi determinado que as equipes operatórias têm dez requisitos básicos e essenciais para qualquer caso cirúrgico, apoiados pelas orientações da OMS (WHO, 2008b):

1. A equipe operará o paciente certo e o local cirúrgico certo;
2. A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor;
3. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida;
4. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas;
5. A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente;
6. A equipe usará, de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico;

7. A equipe impedirá a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas;
8. A equipe manterá segura e identificará todas as amostras cirúrgicas;
9. A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação;
10. Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos.

Para que a equipe possa lembrar e cumprir os dez requisitos instituídos, deve-se implementar a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVCS) (Figura 1). Essa lista consiste em lembrar a equipe de parar e verificar no seu tempo cada item para prevenção dos EAs.

Figura 1: Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica Traduzida

 LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)		
Antes da indução anestésica	▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶ Antes da incisão cirúrgica	▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶ Antes de o paciente sair da sala de operações
IDENTIFICAÇÃO ☐ PACIENTE CONFIRMOU • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO ☐ SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA ☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA ☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO O PACIENTE POSSUI: - ALERGIA CONHECIDA? ☐ NÃO ☐ SIM - VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? ☐ NÃO ☐ SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS - RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? ☐ NÃO ☐ SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS	CONFIRMAÇÃO ☐ CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO ☐ CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS ☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA? ☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? ☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? ☐ SIM ☐ NÃO SE APLICA AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? ☐ SIM ☐ NÃO SE APLICA	REGISTRO O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: ☐ REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO ☐ SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM) ☐ COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) ☐ SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS. EX: DOR) Assinatura _____

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRÉSCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.

Fonte: OMS (2009).

A lista é dividida em três momentos: o período anterior à indução anestésica (Entrada); o período após a indução e antes da incisão cirúrgica (Pausa cirúrgica); e o período durante ou imediatamente após o fechamento da ferida, mas anterior à remoção do paciente da sala de operação (Saída), que contemplam itens de segurança englobando os dez requisitos, cada um correspondendo a um momento específico no fluxo normal de um procedimento.

Para a correta efetivação da lista durante a cirurgia, é importante que uma única pessoa fique responsável por verificar as três etapas da lista. Este coordenador da Lista de Verificação de Cirurgia Segura (LVCS) frequentemente será um profissional de enfermagem, mas pode ser qualquer médico ou profissional de saúde participando da cirurgia.

Em cada fase, o coordenador da lista deve confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir garantindo a segurança do procedimento, bem como o funcionamento adequado dos materiais (WHO, 2008b).

2.2 CULTURA DE SEGURANÇA

A cultura de segurança tem seu conceito definido a partir de estudos realizados por Organizações de Alta Confiabilidade – aviação, usina nuclear, indústria petrolífera – que, a partir da investigação de grandes acidentes no passado, aprenderam com seus erros e atualmente são exemplos de organizações seguras (SOUSA; MENDES, 2014).

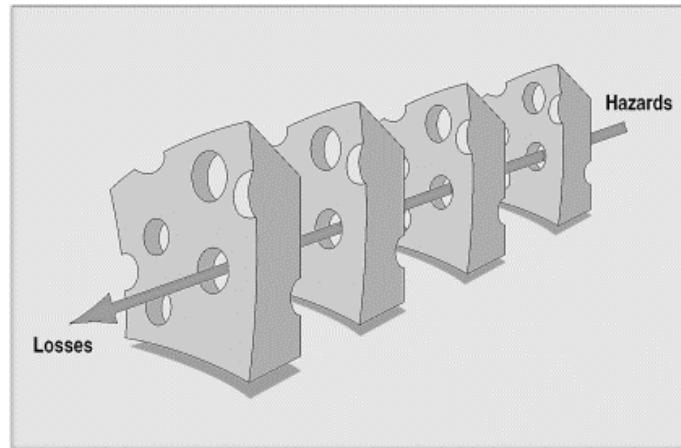
Alcançar uma cultura de segurança nas instituições de saúde requer uma compreensão dos valores, crenças e normas sobre o que é importante em uma organização e quais atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são esperadas e apropriadas. Organizações que apresentam uma cultura de segurança positiva têm como características a boa comunicação entre os profissionais, confiança e percepções comuns sobre a importância da segurança e da efetividade das ações de prevenção. Nessas organizações, não há o medo da punição (SOUSA; MENDES, 2014).

Quando um erro acontece, é mais comum que se aponte um culpado do que uma falha no sistema. Essa reação ainda é cultural no nosso meio, em que ainda se acredita que profissionais da saúde não erram. Dentro dos sistemas de saúde são referências a aviação e as usinas. A partir dos anos de 1990, a cultura de segurança foi alvo de estudos com o objetivo de conceituá-la e desenvolver instrumentos de avaliação. O conceito de cultura de segurança tem sua origem a partir da investigação de grandes acidentes no passado, como a explosão na plataforma Piper Alpha, localizada no Mar do Norte da Europa, que matou 167 pessoas. Eles aprenderam com seus erros e atualmente são exemplos de organizações seguras, com lições a serem aprendidas pelas instituições de saúde (SOUSA; MENDES, 2014).

Precisa-se criar barreiras que evitem o erro e impeçam que o profissional o cometa, induzido ou não por uma falha do sistema. Exemplificando-se com a Teoria do Queijo Suíço (Figura 2), em que o erro pode acontecer quando os furos em várias camadas se alinham momentaneamente para permitir uma trajetória de oportunidade de acidente. Normalmente, na

avaliação de um erro é possível encontrar a combinação de uma falha humana com a falha do sistema (REASON, 2000).

Figura 2: Teoria do Queijo Suíço.



Fonte: Reason (2000).

2.3 MÉTODOS PARA MENSURAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA

No Brasil existem dois questionários validados para a realidade brasileira e disponibilizados para utilização dos serviços de saúde: SAQ (*Safety Attitudes Questionnaire*) (CARVALHO *et al.*, 2017) e HSOPSC (*Hospital Survey on Patient Safety Culture*) (REIS, 2013). O SAQ contém 41 itens e avalia seis domínios: clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gerência da unidade e do hospital, clima de segurança, condições de trabalho e percepção do estresse. O HSOPSC apresenta 50 itens e avalia 12 dimensões de segurança: apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, trabalho em equipe entre as unidades hospitalares, passagens de plantão/turno e transferências internas, expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes, aprendizado organizacional e melhoria contínua, trabalho em equipe no âmbito das unidades, abertura da comunicação, retroalimentação das informações e comunicação sobre os erros, respostas não punitivas aos erros, adequação de profissionais, percepção geral da segurança do paciente, frequência de eventos relatados.

Neste estudo, os resultados apresentados de Cultura de Segurança do Paciente foram mensurados através do HSOPSC que foi escolhido para mensuração na instituição do estudo.

O HSOPSC possibilita medir a percepção individual e por unidade hospitalar dos profissionais que têm contato direto ou indireto com os pacientes, abordando questionamentos relacionados à Segurança do Paciente: valores, crenças, normas da organização, relatos de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão. Permite identificar as áreas que

necessitam de melhorias na cultura de segurança; avaliar a efetividade de ações implementadas para a melhoria da segurança ao longo do tempo; realizar comparações internas e externas, auxiliando a instituição a identificar como sua Cultura de Segurança do Paciente difere das outras instituições; e, finalmente, priorizar esforços de fortalecimento da cultura, identificando suas fragilidades (REIS, 2016).

2.4 UTILIZAÇÃO DE JOGO SÉRIO NA SAÚDE

Um jogo sério (*serious game*) é definido como uma ação interativa, com ou sem componentes de *hardware*, que tem um objetivo, que seja atrativo e divertido, e auxilia o usuário no desenvolvimento de habilidades, conhecimento ou atitudes úteis na realidade (GRAAFLAND; SCHRAAGEN.; SCHIJVEN, 2012).

Um *serious game* depende de três elementos: propósito, conteúdo e desenho. O propósito é o objetivo da aprendizagem, o que queremos desenvolver com o jogo, quais as habilidades necessitam de desenvolvimento dentro do grupo que o utilizará. O conteúdo é a base de informações utilizada para se chegar a um propósito, podendo ser qualquer conteúdo que permita a elaboração de um roteiro ligado ao propósito. O desenho é a forma como o jogo será apresentado, está relacionado com a programação e modelos de apresentação (DEGUIRMENDJIAN; MIRANDA; MASCARENHAS, 2016).

O jogo sério introduz fatores motivacionais e estruturas cognitivas que promovem a aprendizagem e mantém os usuários motivados e engajados. Os jogos apresentam um método conveniente para os usuários praticarem habilidades em um ambiente seguro, incorporando interatividade e competição. Estudos demonstram que os jogos sérios aumentam a satisfação do aluno e os ganhos de conhecimento em relação às metodologias tradicionais de ensino (OLSZEWSKI; WOLBRINK; TRACI, 2017).

A OMS defende estratégias de promoção da saúde, com enfoque na melhoria da qualidade de vida e saúde da população. Os jogos são uma estratégia utilizada com relação às necessidades de atividades de educação em saúde (DEGUIRMENDJIAN; MIRANDA; MASCARENHAS, 2016).

Um estudo de revisão sobre jogos sérios na saúde descritos na literatura desde 1985 apontou que 26% dos jogos foram desenvolvidos para profissionais da saúde e 58% trabalham com melhoria do conhecimento, sendo que destes apenas 6% trazem a temática de segurança (SHARIFZADEH, 2020).

Os jogos para educação de profissionais da saúde descritos na literatura com pré e pós teste apresentam 100% de eficácia para o aprendizado a curto prazo. Os jogos mais descritos são para o público médico na graduação e pós graduação, com poucos estudos para o público de enfermagem e educação em serviço (HAORAN, 2019).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo realizado em duas etapas:

Etapa 1: Fase exploratória: constituída pelos resultados de pesquisa realizada em 2018; pesquisa qualitativa através de entrevistas projetiva coletiva com os técnicos de enfermagem considerando sua percepção acerca dos resultados da referida pesquisa e análise do Protocolo de Cirurgia Segura da OMS.

A entrevista coletiva projetiva é uma técnica que possibilita utilizar imagens e documentos com o intuito de motivar o entrevistado a recordar acontecimentos, com o intuito de debater os resultados da pesquisa e o protocolo da OMS entendeu-se que essa técnica foi mais adequada para esse estudo (MINAYO, 2017).

Etapa 2: Desenvolvimento dos Jogos Sérios: Em cima das fragilidades apontadas pelo estudo e confirmada na pesquisa qualitativa com os técnicos em enfermagem optou-se por realizar dois jogos com temáticas diferentes, comunicação e transferência do cuidado. Para o jogo de comunicação a pesquisadora embasou-se na literatura sobre ferramentas de comunicação utilizadas na saúde e aplicadas a realidade da equipe relacionando as mesmas com imagens do cotidiano da equipe afim de estimular o uso das mesmas. Para o jogo de transferência do cuidado, a pesquisadora descreveu o caminho percorrido pelo paciente desde sua entrada no hospital até sua saída adaptada a realidade do paciente cirúrgico e colocou situações trazidas pelos técnicos em enfermagem como barreiras para apresentar soluções melhor abordar a rotina estabelecida na instituição buscando padronizar a mesma.

Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP da UFCSPA através da CAAE 24202619.7.0000.5345, e pelo CEP da instituição participante através da CAAE 24202619.7.3001.5304.

3.2 DELIMITAÇÃO DO LOCAL DE PESQUISA

O local de desenvolvimento deste estudo é uma instituição hospitalar, geral e privada de Porto Alegre.

O hospital foi fundado em 1962 e atualmente conta com 320 leitos de internação, divididos em terapia intensiva adulta, cuidados intermediários adulto, observação adulto, e sete unidades de internação clínico-cirúrgica.

A instituição foi o primeiro hospital a dispor de Sala de Recuperação Pós-Anestésica no Rio Grande do Sul (RS), dispondo de 36 leitos divididos em duas salas, separando os pacientes com atendimento ambulatorial dos pacientes internados. Conta com 12 salas cirúrgicas, dispostas em três andares, e três salas para procedimentos ambulatoriais em diversas especialidades médicas, exceto transplantes. É referência em cirurgia da base do crânio e excelência em cirurgia bariátrica, conferida pela *Surgical Review Corporation*.

As relações de trabalho baseiam-se na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo o quadro de pessoal constituído por 1.540 colaboradores e, metade destes, profissionais da Enfermagem. Na área cirúrgica (CC/SR), conta com 143 profissionais técnicos de enfermagem.

As ações de Segurança do Paciente são difundidas pelo Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos (SEGER), embasadas em iniciativas nacionais e internacionais de Segurança do Paciente.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A população do estudo foi constituída por 04 profissionais técnicos de enfermagem contratados da instituição que atuam nas áreas assistencial do CC e da SR.

A seleção da amostra foi aleatória, conforme descrita abaixo, e optou-se por seguir a preparação, conforme o modelo proposto por Dall'Agnoll e Trench (1999), adaptado para este projeto:

- a) As pesquisadoras definiram a categoria profissional e setor hospitalar baseada no interesse da mestranda;
- b) Foi solicitada à gestora do CC a permissão para divulgação da pesquisa para os funcionários (técnicos em enfermagem) e a coleta dos nomes interessados para compor o grupo focal;
- c) Foram afixados cartazes (Apêndice A) na sala de recuperação do 8º andar, que era a única em funcionamento no momento da pesquisa, e salas de lanche dos funcionários e enviado por Comunicação Interna (CI) institucional o convite a todos os funcionários;
- d) O contato dos interessados com a pesquisadora se deu via WhatsApp, sendo-lhes através desse meio apresentados os objetivos, procedimentos desta etapa e as datas previstas para os encontros. Para aqueles que aceitaram participar da entrevista coletiva, foi apresentado no primeiro encontro o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido TCLE (Apêndice B) que, após assinado, teve uma via entregue ao participante.

Não há uma medida ideal de participantes para entrevista projetiva coletiva. A amostra qualitativa considerada ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, os questionamentos da entrevista e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo (MINAYO, 2017).

Optou-se pelo uso da técnica de entrevista projetiva coletiva, pela sua familiaridade com a técnica de grupo focal devido ao número de entrevistados. Durante as entrevistas que se deram no período de junho de 2020, a instituição estava restringindo reuniões acima de 6 participantes devido à pandemia de coronavírus, por recomendações do MS de evitar aglomerações (ANVISA, 2020). Com isso, a pesquisa foi impactada com a redução de participantes nas entrevistas projetivas coletivas e a não realização da terceira fase que seria a realização da pesquisa de cultura de segurança na área testando o impacto dos jogos sérios desenvolvidos para área.

As pesquisadoras se responsabilizam pelo armazenamento do *corpus* da pesquisa em *compact disc* (CD) durante os cinco anos posteriores a sua realização, destruindo o material ao fim deste período, seguindo as diretrizes da Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012).

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão definidos foram: ser profissional técnico de enfermagem contratado há mais de seis meses.

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos do estudo os funcionários de licença saúde, atestado médico, licença maternidade ou férias no momento da coleta de dados.

3.6 COLETA DE DADOS

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA e da instituição coparticipante em abril de 2020, iniciaram os procedimentos de coleta dos dados em junho de 2020. A aprovação do comitê de ética coincidiu com o aumento de casos de COVID-19 em

Porto Alegre e adoção de medidas mais restritivas nas instituições de saúde. Sendo assim, somente em junho foi liberada a coleta de dados e com restrições no número de participantes.

Foram utilizados neste estudo os resultados quantitativos da pesquisa intitulada *Cultura de Segurança do Paciente: Elementos que Influenciam a Percepção dos Profissionais de Saúde*, da pesquisadora Dra. Cassiana Gil Prates, realizada na mesma instituição no ano de 2018 afim de dar continuidade na pesquisa e por interesse da mestranda na área cirúrgica. A pesquisa contou com 618 participantes dos serviços assistenciais e administrativo de todas as unidades de internação do hospital estratificando os dados por setores do hospital e não categorias profissionais, o que impossibilitou saber a resposta da pesquisa por parte dos técnicos em enfermagem e motivou a discussão dos dados a área com ele, das unidades do Centro Cirúrgico e da Sala de Recuperação Pós-Anestésica participaram 110 profissionais entre médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Os participantes responderam na etapa quantitativa ao questionário HSOPSC. Esse instrumento foi desenvolvido e disponibilizado desde 2004 pela *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* e já validado no Brasil. O instrumento possibilita medir a percepção individual e por setor hospitalar dos profissionais que têm contato direto ou indireto com os pacientes, com perguntas relacionadas à Segurança do Paciente. São consideradas “áreas fortes da segurança do paciente” aquelas dimensões que obtiverem 75% de respostas positivas e “áreas frágeis da segurança do paciente”, que necessitam melhoria, as com resultado igual ou inferior a 50% de respostas positivas (PRATES, 2018; ABREU *et al.*, 2019).

A pesquisa realizada na instituição apontou como resultado da área cirúrgica fragilidades nas dimensões Percepção geral da segurança do paciente (50,2%); Retorno da informação e comunicação sobre erro (41,2%); Abertura da comunicação (42,4%); Trabalho em equipe entre as unidades (26,6%); Adequação de profissionais (47%); Passagem de plantão ou de turno/transferência (26,4%). De outro lado, constatou respostas positivas nas dimensões Trabalho em equipe dentro das unidades (52%); Expectativa sobre seu líder imediato e ações promotoras de segurança do paciente (65,7%); Aprendizado organizacional - melhoria contínua (67,3%); Apoio da gestão para segurança do paciente (53,6%); e Frequência de relato de eventos (56,4%), porém nenhuma dimensão mostrou-se fortalecida nesta área.

A partir dos dados apresentados nesta pesquisa, trabalhamos as fragilidades apresentadas com os profissionais técnicos de enfermagem do CC e da SR em duas fases.

3.6.1 Primeira Fase: Técnica de Entrevista Projetiva Coletiva

Nesta técnica exploramos e aprofundamos as experiências, ideias e percepções destes profissionais sobre a Cultura de Segurança do Paciente e o Protocolo de Cirurgia Segura, e o que influencia para a assistência ao paciente.

Entende-se a Entrevista Projetiva como uma técnica de pesquisa que, por uso de dispositivos visuais como fotos, filmes e redações, convida o(s) entrevistado(s) a discorrer sobre aquele assunto. Essa técnica normalmente é utilizada para falar de assuntos difíceis, e como fonte de dados fornece dados objetivos: aqueles que se poderiam conseguir em outras fontes como estatística, senso; e dados subjetivos: aqueles que se referem ao entrevistado. Acrescentam-se a essa modalidade de pesquisa os grupos focais (MINAYO, 2014). Foi utilizado um roteiro para melhor desenvolvimento das entrevistas (Apêndice C).

Foram necessárias duas sessões, com duração de 2 horas e intervalos de 7 dias entre estas. Cada encontro para entrevista contou com 4 participantes, sendo 3 do turno da manhã e 1 do turno da tarde, contemplando o período diurno, em que o volume cirúrgico é maior. Os entrevistados tiveram sua identidade preservada, sendo identificados com a inicial P (de participante) seguida dos números 1, 2, 3 ou 4, selecionados de acordo com a ordem de participação, os encontros foram coordenados pela pesquisadora e acompanhados pela coordenadora do SEGER, Dra Cassiana Gil Prates, e ocorreram na instituição na Sala de Recuperação do 9º andar que se encontrava inativa pelo baixo volume cirúrgico durante a pandemia. O primeiro encontro teve como objetivo apresentar e discutir os resultados da pesquisa intitulada *Cultura de Segurança do Paciente: Elementos que Influenciam a Percepção dos Profissionais de Saúde*, onde foi questionado aos participantes se após 2 anos da pesquisa eles ainda concordavam com aquele resultado, quais as maiores dificuldades que eles percebiam das fragilidades apresentadas e como poderíamos melhorá-las. No segundo encontro foi discutido o *Protocolo de Cirurgia Segura do MS* e questionado aos participantes o que entendiam sobre o protocolo, quais as dificuldades na adesão e que melhorias poderiam ser feitas (Anexo A). Os encontros foram gravados no celular da pesquisadora e armazenados em arquivo mp4 pela mesma.

3.6.2 Segunda Fase: Intervenção

Após a realização das entrevistas projetivas coletivas e da análise dos dados, foi proposto o projeto de intervenção, através de dois jogos sérios, para o desenvolvimento das

fragilidades da área conforme descrito no item 5.

3.7 ANÁLISE E DISCUSSÃO

A análise dos dados de pesquisas de métodos mistos consiste em analisar separadamente os dados quantitativos e qualitativos, com metodologias de análises adequadas para cada abordagem (CRESWELL; CLARK, 2013).

A análise das informações geradas pelas entrevistas coletivas (transcrição literal dos diálogos e diário de campo) será norteada pelo método de análise de conteúdo do tipo categorial temática, compreendendo as três etapas a seguir (MINAYO, 2014): a) Pré-análise: leitura flutuante, constituição do *corpus*, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos; b) Exploração do material ou codificação: redução do texto às palavras e expressões significativas; e c) Tratamento dos resultados/interpretação: inferências e interpretações, interrelacionando-as com o referencial teórico ou abrindo novas dimensões teóricas e interpretativas.

Os dados quantitativos foram gerados a partir da mensuração da Cultura de Segurança implementada na instituição objeto de estudo desde 2017, como uma ação na busca pela cultura de segurança (PRATES, 2018).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em relação ao perfil dos entrevistados, a mostra contou com uma preponderância de profissionais do sexo feminino (75%). Segundo os dados do COFEN (2020), 80% dos profissionais de enfermagem no Brasil são do sexo feminino. Também se observou a preponderância do turno da manhã (75%), o que se justifica pelo horário dos encontros, e, em relação ao setor de trabalho, a amostra foi mista entre SR e BC (50%), o que permitiu ouvir igualmente os setores envolvidos na pesquisa.

4.1 PRIMEIRO ENCONTRO

Fatores que influenciam a percepção dos profissionais técnicos em enfermagem acerca da Cultura de Segurança do Paciente

Iniciou-se o primeiro encontro com uma dinâmica lembrando a data de 06 de junho, na qual se comemora no Brasil a campanha *O que importa para você?*, da Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC). Essa campanha originou-se nos EUA, em 2010, e tem o propósito de estimular conversas mais significativas entre profissionais de saúde e pacientes, construindo um elo de compaixão e empatia (ACSC, 2017). Como todos os participantes já se conheciam entre si, a ideia era fortalecer os laços de afinidade entre eles para que se sentissem mais à vontade na entrevista, e após foram apresentados os objetivos da pesquisa e as regras dos encontros, bem como o sigilo das informações ali colhidas. Nesse encontro foram apresentados aos entrevistados em formato expositivo, em arquivo *PowerPoint*, os dados quantitativos da pesquisa de cultura de segurança realizada, em 2018, na instituição, como parte da pesquisa intitulada *Cultura de Segurança do Paciente: Elementos que Influenciam a Percepção dos Profissionais de Saúde*, da pesquisadora Dra. Cassiana Gil Prates.

Os dados foram apresentados em formato de tabela, estratificando os resultados obtidos na área cirúrgica (CC/SR). A Tabela 1 apresenta a resposta positiva de todas as dimensões do questionário de Cultura de Segurança da maneira apresentada para os entrevistados.

Tabela 1: Resultados das respostas positivas do questionário de Cultura de Segurança na área cirúrgica aplicado na instituição em 2018.

DIMENSÃO	RESPOSTA POSITIVA CC/SR (%)
Trabalho em equipe dentro das unidades.	52,0
Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente.	65,7
Aprendizado organizacional – melhoria contínua.	67,3
Apoio da gestão para a segurança do paciente.	53,6
Percepção geral da segurança do paciente.	50,2
Retorno da informação e comunicação sobre erro.	41,2
Abertura da comunicação.	42,4
Frequência de relato de evento.	56,4
Trabalho em equipe entre as unidades.	26,6
Adequação de profissionais.	47,0
Passagem de plantão ou de turno/transferência.	26,4
Resposta não punitiva ao erro.	25,5

Fonte: Dados da pesquisa, Prates, CG. Porto Alegre, 2018.

Durante a apresentação dos dados foi esclarecido o que é avaliado em cada dimensão, conforme explicação abaixo, e como se avaliam as respostas: Respostas positivas referem-se às respostas em que foram assinaladas a opção concordo/concordo totalmente ou quase sempre/sempre para as sentenças formuladas de forma positiva discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente nas perguntas formuladas negativamente. Respostas neutras referem-se às respostas em que foram assinaladas a opção nem discordo nem concordo ou às vezes. Respostas negativas referem-se às respostas que foram assinaladas as opções discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente, ou concordo/concordo totalmente ou quase sempre/sempre nas sentenças formuladas negativamente.

O desfecho principal analisado utilizou a seguinte fórmula:

% das respostas positivas da dimensão X= [nº de respostas positivas ao item da dimensão avaliada / nº total de respostas validas aos itens da dimensão avaliada (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)] x 100.

Considerando “áreas fortes da segurança do paciente” aquelas dimensões que obtiverem 75% de respostas positivas, e “áreas frágeis da segurança do paciente”, que necessitam melhoria, as que resultam igual ou inferior a 50% de respostas positivas (PRATES, 2018):

- a) Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares: avalia se as unidades do hospital cooperam e coordenam-se entre si para prover um cuidado de alta qualidade para os pacientes;
- b) Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente: avalia se os supervisores e gerentes consideram as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do paciente, e se reconhecem a participação dos profissionais nos procedimentos de melhoria da segurança do paciente;
- c) Aprendizado organizacional e melhoria contínua: avalia a existência do aprendizado a partir dos erros que levam a mudanças positivas e avalia a efetividade das mudanças ocorridas;
- d) Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente: avalia se a administração e a gestão do hospital propiciam um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é prioritária;
- e) Percepção geral da segurança do paciente: avalia os sistemas e procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de erros e a ausência de problemas de segurança do paciente nos hospitais;
- f) Retorno das informações e comunicação sobre os erros: avalia a percepção dos profissionais no hospital quando notificam os erros que ocorrem, se implementam mudanças e discutem estratégias para evitar erros futuros;
- g) Abertura da comunicação: avalia se os profissionais do hospital conversam livremente sobre os erros que podem afetar o paciente e se eles se sentem livres para questionar profissionais com maior autoridade;
- h) Frequência de relatos de eventos: relaciona-se com o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetem o paciente;
- i) Trabalho em equipe entre as unidades: define se os profissionais apóiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe;
- j) Adequação de profissionais: avalia se os profissionais são capazes de lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes;
- k) Passagens de plantão ou de turno/transferência: avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes são transferidas entre as unidades do hospital e durante as passagens de plantão ou de turno;
- l) Respostas não punitivas aos erros: avalia como os profissionais se sentem com

relação aos seus erros, se pensam que os erros, por eles cometidos, possam ser usados contra si e mantidos em suas fichas funcionais.

Após a explicação foi apresentada a Tabela 2, listando apenas as dimensões fragilizadas na área cirúrgica, que apresentavam resultado igual ou inferior a 50%.

Tabela 2: Dimensões fragilizadas na área cirúrgica.

DIMENSÃO	RESPOSTA POSITIVA CC/SR (%)
Resposta não punitiva ao erro.	25,5
Passagem de plantão ou de turno/transferência.	26,4
Trabalho em equipe entre as unidades.	26,6
Retorno da informação e comunicação sobre erro.	41,2
Abertura da comunicação.	42,4
Adequação de profissionais.	47,0
Percepção geral da segurança do paciente.	50,2

Fonte: Dados da pesquisa, Prates, CG. Porto Alegre, 2018.

Ao término da apresentação, iniciou-se a discussão sobre os resultados da pesquisa na área cirúrgica e a percepção dos entrevistados sobre a Cultura de Segurança do Paciente. Iniciou-se a discussão questionando os entrevistados sobre o que eles achavam dos dados apresentados e se ainda eram reais no ponto de vista deles, conforme a discussão foi se desenvolvendo os entrevistados foram instigados a apresentar possíveis melhorias.

Na exploração dos dados relativos ao material gerado pela discussão do grupo entrevistado, foi possível agrupá-los em 5 categorias para melhor organizarmos a sua interpretação. São elas: comunicação, padronização de rotinas, transferência do cuidado, cultura justa e empatia.

4.1.1 Comunicação

A comunicação está em segundo lugar na lista das metas internacionais de segurança do paciente e tem como objetivo melhorar a efetividade da comunicação entre os prestadores de cuidado, garantindo que as informações verbais e as registradas sejam precisas e completas. A comunicação efetiva e o trabalho da equipe são fundamentais para a qualidade e a segurança na prestação de cuidados aos pacientes (OLINO *et al.*, 2019). Podemos identificar isso nas falas dos entrevistados:

Eu acho que falta comunicação. (P1)

Tu vê muito disso, tu pergunta sobre alguma coisa do paciente, “ah só vim trazer”, mas tudo bem, tu pode só vim trazer, mas tu vai procurar saber dele. (P2)

[...] tem que ter uma boa comunicação com os colegas, tem que trabalhar em equipe, todo mundo tem que se ajudar, a gente não passa o paciente sozinho. Nós cada vez mais do bloco cirúrgico, da SR, do quinto andar, depende um do outro, pra virar um paciente, pra passar para o plantão, a gente depende do colega, isso vocês tem que perceber, vir de bom humor, ter uma boa comunicação e fazer o que gosta. (P2)

A comunicação é o principal. (P3)

Informação que eu tenha, eu não guardo só para mim. Tudo eu falo. É a comunicação. (P4)

As falhas na comunicação entre os profissionais de saúde têm sido um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados (OLINO *et al.*, 2019), como identificado nas falas abaixo:

[...] vamos lá buscar no transporte, chego lá, tem paciente com milhões de bombas, eu não to acostumada com bomba de alimentação, né, o que eu acho certo, se o técnico tá com o paciente, ele tem que me passar, tem que tirar a bomba, levar essa para hemodiálise, fazer um checklist [...]. (P2)

Aquele paciente que quase foi o procedimento errado, só não saiu errado porque eu perguntei, eu fui atrás, eu falei com os médicos, com a enfermeira responsável. Então a comunicação é importante o tempo todo. (P4)

Voltando para a cultura de segurança, as falas acima contribuem para a compreensão da fragilidade na dimensão passagem de plantão ou de turno/transferência. Foi possível identificar a desarmonia na abertura da comunicação - que fortalece o resultado da resposta positiva fragilizada da pesquisa quantitativa de cultura de segurança na instituição - nas falas:

[...] falar “eu errei, o que podemos fazer?” “não, vamos ver o que aconteceu”, “apliquei uma medicação errada”, “vamos dar um jeito nisso, pois qual nossa meta? o paciente, ele que é importante”, essa comunicação acho que ajuda muito, né, faz com que os erros diminuam bastante. (P1)

[...] a gente tem a avaliação de desempenho, ali a gente fala o que a gente acha e o que a enfermeira acha, eu acho que esse momento é o momento que tu tem que falar o que não tá bom para ti. Tu fala, mas não é muito aceito assim, não pode muito discordar da enfermeira. (P4)

4.1.2 Padronização de Rotinas

A padronização da assistência, por meio da implementação de protocolos, serve como importante aliada da segurança do paciente. Os protocolos apresentam-se como uma estratégia que pode auxiliar na prevenção e redução de riscos e danos nos serviços de saúde, e elevar a qualidade da assistência à saúde prestada, impactando diretamente na segurança do cuidado.

O uso de Procedimento Operacional Padrão (POP) permite atualização das técnicas, maior segurança tanto para o paciente quanto para o funcionário, controle de gastos e economia de tempo (PEREIRA *et al.*, 2017).

O desconhecimento de rotinas ou não-adesão ao POP causa fragilidades no trabalho em equipe e entre unidades do hospital, como observado nas falas:

Olha, só que engraçado, né, é uma mesma rotina, é feita de três modos diferentes. (P1)

Ontem eu fiquei de tarde para pagar algumas horas e eu perguntei “como assim, não é assim?”, porque de manhã é assim. Não, não é assim. Mas o que tu vai dizer? Nada, tu tá no turno que não é o teu, e parece que não se tá na mesma sintonia. (P2)

Porque infelizmente aqui no hospital, estamos em turnos diferentes, hospitais diferentes. É diferente. (P2)

O POP deve ser entendido como uma sistematização dos processos, que permite à equipe organizar a execução de determinado procedimento. A padronização dos processos de trabalho agrega muitas vantagens, como facilitar a supervisão dos procedimentos e a educação permanente da equipe, configurando-se como uma ferramenta na busca de melhorias na qualidade assistencial e administrativa (PEREIRA *et al.*, 2017). A implantação de uma mudança torna-se parte de um processo, portanto é preciso desenhar os suportes de processo que manterão a mudança. Entre eles estão: sistema de medição e *feedback*, descrição de cargos, procedimentos e treinamentos dos funcionários (LANGLEY *et al.*, 2011).

Durante a entrevista, muitas vezes os participantes relataram a importância dos treinamentos para a padronização das rotinas existentes. Com isso é possível compreender porque a percepção geral da segurança do paciente é a fragilidade com maior porcentagem de respostas positivas, pois os profissionais sabem da existência de rotinas operacionais, porém nem todos as sentem inseridas no seu contexto de trabalho, como é possível perceber nas falas:

E rotinas no mesmo turno muito diferentes. (P1)

Quando eu entrei aqui há 10 anos atrás, eles diziam “olha, Deus o livre se tu deixar uma ótica cair, um anátomo errado, [...] e nada disso a gente vê mais, eu comentava quando era nova “ai não, cuida o anátomo, não, eu vou registrar”. Quando passava meu plantão, eu botava ali na observação, “passei plantão sem anátomo”, hoje em dia não fazem. (P2)

É bem complicado sabe, se perdeu muita coisa, não tem mais essa coisa de ajuda sabe, eu acho estranho. Eu vejo pelo bloco, assim, eu acho que tem que ter mais treinamento, se perdeu muita coisa que a gente cobra e assim, “mas tem que fazer isso?” (P4)

[...] eu acho que deveria ter mais treinamento, para um bom atendimento, eu acho. De checklist, porque entrou muita gente nova, e às vezes a gente dizia, bah de novo checklist, mas eu acho que tem que ter, porque a gente faz a nossa parte, mas às vezes tu cobra do colega que é novo e não quer fazer, daí eles acham que é coisa tua, porque a enfermeira não cobra, que também a gente está com muita enfermeira nova. (P4)

4.1.3 Transferência do Cuidado

O processo de transferência do cuidado caracteriza-se como uma atividade complexa, principalmente por envolver a comunicação efetiva como barreira para a continuidade do cuidado seguro e da prevenção de eventos adversos. Na enfermagem, os eventos adversos mais frequentes estão relacionados a falhas na comunicação e na troca de informações durante as transferências de cuidado dos pacientes. A transferência de cuidado eficiente e precisa apresenta melhoria no fluxo do cuidado do paciente e otimiza o uso de recursos, garantindo uma assistência mais sensível às suas necessidades (MORAES *et al.*, 2019).

As transferências intra-hospitalares de pacientes cirúrgicos acontecem frequentemente e oferecem potencial risco para o paciente, seja durante o transporte ou mesmo durante a passagem do plantão (BUENO *et al.*, 2015). No Desafio Global lançado pela OMS, em 2009, *Cirurgias Seguras Salvam Vidas*, um dos objetivos é a comunicação efetiva entre a equipe e a troca de informações para garantia da segurança do paciente (WHO, 2008b).

Na apresentação dos dados quantitativos, a dimensão passagem de plantão ou de turno/transferência aparece como a segunda dimensão mais fragilizada, seguida do trabalho em equipe entre as unidades. Evidenciando sua fragilidade na narrativa dos participantes sobre a transferência do paciente, principalmente entre unidades:

Às vezes tu chega com um paciente e parece que tu tá dando trabalho pra eles, e que “ah, lá vem a chata me trazendo mais um paciente”, mas é, já terminamos de recuperar o paciente e o que vai fazer? Levar para a unidade, né, não é para te dar mais trabalho, mas sim é uma continuação do nosso trabalho, vai para o andar e depois vai embora. É um ciclo, né! (P1)

É bom tu conhecer o paciente, senão parece que tu tá levando um saco de batatas. Então o certo é o colega nos passar, para eu saber o que estou levando. (P2)

E quando tu passava pro colega ele aceitava tranquilo, a enfermagem é uma continuidade e muita gente não sabe disso. “Bah colega, não consegui fazer”, ela não vai ficar braba comigo e nem não vai com a minha cara. (P3)

Mas é como ele falou, “ah, lá vem o chato trazendo coisa”. Não, mas não é, gente, como que eu não vou levar o paciente? (P4)

Além do conteúdo das informações, a interferência das relações interpessoais também impacta na transferência do cuidado. As boas relações entre as equipes funcionam como facilitadores do processo de comunicação, pondo em evidência os efeitos que os conflitos nas relações interpessoais podem trazer para a assistência, uma vez que os prejuízos na comunicação durante a transferência do cuidado podem levar a atrasos desnecessários no diagnóstico e tratamento, bem como a eventos adversos (INDRUCZAKI *et al.*, 2020). Muitas

vezes o desconhecimento do trabalho exercido em diferentes setores dificulta a construção das boas relações entre unidades, como podemos observar nas falas a seguir:

Acho que eles nos veem como os privilegiados [...] “SR não faz nada”, “um bando de gente que fica sentada”, mas só quando tu trabalha lá dentro, tu vê que a realidade é bem diferente. (P1)

E eu tô vendo isso muito agora, pois em função da pandemia tem bastante dificuldade com o pessoal da unidade, bastante, pois é o transporte, com a SR já temos vínculo, falta algo tu fala e é resolvido. Com eles (unidade) não, está sendo bem difícil. (P2)

Mas é bem assim, porque parece que primeiro só eles trabalham e a gente não trabalha no bloco, e não sei como é na SR. (P2)

Nossa relação entre bloco e SR é boa. (P3)

Ah, sim! (todos concordam).

4.1.4 Cultura Justa

O conceito de cultura justa foi introduzido para equilibrar a não-culpabilização e a responsabilização diante de um incidente de segurança. A cultura justa identifica questões dos sistemas que levam indivíduos a adotar comportamentos inseguros e estabelece tolerância zero para o comportamento imprudente, diferenciando entre o erro humano, o comportamento de risco e o comportamento imprudente. Uma cultura justa favorece um ambiente aberto e honesto para notificação de incidentes com a finalidade de garantir a qualidade de um ambiente de cultura de aprendizagem (SOUSA; MENDES, 2019). Dentro de uma cultura justa, analisa-se o erro, aprende-se com ele e modificam-se processos sem buscar culpados. Para que essa troca ocorra – ambiente aberto e honesto para notificações e aprendizado constante – é preciso que haja retorno do relato de erro para o profissional envolvido, a fim de construir uma relação de segurança para que não exista o medo da punição ou a sensação de indiferença perante a situação.

A resposta não-punitiva ao erro foi a dimensão mais fragilizada na área cirúrgica, a qual podemos fazer cruzar com a dimensão retorno da informação e comunicação sobre erro, também fragilizada na área. O relato dos profissionais entrevistados fortalece o argumento de que o medo da punição e a ausência de retorno sobre os incidentes corroboram para a insegurança na abertura da comunicação e notificação do erro, o que justifica a fragilidade apontada pelos dados quantitativos, conforme as falas:

Tem muito a ver com a punição, as pessoas têm medo da punição, como vai ser essa punição? Não fulaninha, você errou, tudo bem, vamos procurar ver se o paciente está bem, mas você vai aprender com isso, aí de repente eu penso “qual vai ser minha punição?” Né, ninguém veio conversar comigo, e vou ser mandada embora, e eu preciso trabalhar, daí passa todo esse filme. (P1)

[...] se acontecer algum erro sei que se ele errou, sei que alguma coisa aconteceu, ela não erra porque ela quer. Ninguém erra porque quer, mas tem que ter essa abertura, de ela poder falar com o colega sem que haja melindre. (P1)

Por isso que a punição tem este outro lado, pois tu aprende que tu não pode errar, se tu errar tu vai matar alguém. Isso vai ficando na tua cabeça, porque é o dia-a-dia, e aí esse lado ruim da punição, “ah então vou esconder porque o paciente tá bem, pra que eu vou falar?”. (P4)

4.1.5 Empatia

A empatia consiste na capacidade de compreender os sentimentos de outra pessoa e comunicá-la de tal experiência baseada nos pilares cognitivos, afetivos e comportamentais.

Para desenvolver o comportamento empático, é preciso um processo consciente em se preocupar com o sofrimento alheio, visando ao aprimoramento das relações interpessoais por meio de vínculo afetivo e de habilidades comunicacionais. A empatia proporciona tanto a satisfação dos pacientes quanto a dos profissionais da saúde, e colabora para um clima de segurança (SAVIETO; LEÃO, 2016).

Pode-se dizer que a empatia entre colegas contribui para fortalecer o trabalho em equipe entre as unidades, enquanto a empatia com o paciente está relacionada a aspectos humanísticos da profissão que podem sofrer influência pela adequação de profissionais. Olhando para essas dimensões da pesquisa, percebemos fragilidades respaldadas nas narrativas dos entrevistados. Unidades que acreditam ter seu dimensionamento inadequado apresentam maior dificuldade em desenvolver o comportamento empático, e as experiências vividas facilitam esse desenvolvimento, de acordo com as falas:

Tem nenhuma barbada, como eu sei que não é barbada trabalhar em andar, eu sei que é difícil, mas isso que ela falou é verdade, tu chega e é muito mal recebida. Agora que estamos indo para os andares, se perguntar “oh colega, onde fica a prescrição tal?” “Ah, vai lá”. (P1)

Eu acho que os pacientes na grande maioria se sentem bem, já vi relatos de pacientes [...] “aqui vocês parecem que têm mais humanidade”, já ouvi essa frase de que por exemplo “em outra instituição”, em que as pessoas dizem, eu não conheço, mas as pessoas são mais automáticas, não sei se é essa a expressão, mas aqui não, é “oh como está, seu fulano?”, “como o senhor tá?”, “me conta”, se tu tem tempo, até conversa com o paciente, e outros hospitais não têm esse tipo de abordagem [...]. (P1)

Um exemplo que eu passei no bloco cirúrgico, quando digamos é frio, eles levam só com lençolzinho, colega meu Deus, é o paciente, ele vai ficar com frio, mas tanto faz inverno ou verão, tem que vir com cobertor, se tá quente, bota nos pezinhos dele, tá saindo do bloco, precisa do cobertor. Elas, assim, não pensam nisso, não pensam no paciente. Ele vem de qualquer maneira, quando nós vamos para o bloco buscar o paciente, eu olho o pezinho dele, boto o cobertor, ou boto dois cobertores nele, eu aconchego ele, converso com ele, chamo pela mão, me apresento pra ele, eu converso. Se ele for embora, para endoscopia, por exemplo, eles

até estranham, porque eu levo o paciente, chego lá pego a mão dele, desejo “bom exame pro senhor”, depois a gente vai ali buscar, “fica aqui com o doutor fulano”, não é largado, ele não é uma coisa. E eu vejo isso, eles largam e vão embora. (P2)

[...] tem que se colocar no lugar do outro, no lugar do paciente. Olha, e eu trabalho super bem, porque eu me coloco no lugar, ah tem 70 anos, minha mãe; tem 90, minha vó; tem 20, minha irmã, assim eu consigo trabalhar super bem. (P3)

Após a análise das cinco categorias oriundas da leitura da transcrição da entrevista coletiva foi possível perceber que os técnicos em enfermagem da área cirúrgica têm conhecimento sobre a importância da padronização do cuidado para a segurança do paciente e um olhar voltado a isso. Porém, sentem a fragilidade na comunicação e transferência do cuidado, bem como a disseminação das rotinas hospitalares e supervisão das mesmas, prejudicando a continuidade harmônica do serviço prestado.

A análise qualitativa dos dados subsidiou a construção do produto que será apresentado a seguir.

4.2 SEGUNDO ENCONTRO

O Protocolo de Cirurgia Segura do MS e os fatores que influenciam para a assistência ao paciente.

No segundo encontro teve-se a participação de todos os presentes do primeiro encontro. Relembrou-se as regras do encontro, o sigilo das informações, e iniciou-se a discussão com um breve resumo do que foi abordado no encontro anterior. Após, foi apresentado o Protocolo para Cirurgia Segura do MS e questionado aos participantes o que entendiam sobre o protocolo, quais as dificuldades que viam em aderir ao protocolo, e quais melhorias poderiam ser feitas.

O Protocolo de Cirurgia Segura do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) tem como objetivo determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Esse documento traz a explicação de cada etapa da Lista de Verificação de Cirurgia Segura (LVCS), a fim de que seja implantada com êxito nas instituições de saúde.

Ao questionar os profissionais sobre o protocolo, era perceptível que não havia

dúvidas do que se tratava, e para os profissionais do CC não havia dúvidas sobre a aplicabilidade da lista e dos momentos, como observado nas falas:

É o checklist, né? (P1)

Checklist. (P2)

Assegurar que o paciente fará aquilo que é proposto, cirurgia certa, no lugar certo, na hora certa, paciente certo, lateralidade. (P4)

Sim, o checklist, se ele tem alguma alergia a gente vê antes, testar a profilaxia do antibiótico, ajuda bastante no pós-operatório, impede complicações, infecções. (P4)

O *checklist* auxilia a equipe na condução das ações, oferecendo aos profissionais uma prática mais segura. Para isso, é necessário que a equipe efetue o preenchimento por completo dos itens dispostos nessa ferramenta, alcançando a adesão conforme o preconizado (MAGNANO *et al.*, 2019). Estudos nacionais apresentam baixa adesão ao preenchimento completo dos itens da LVCS, demonstrando a dificuldade de implantar essa rotina (MAGNANO *et al.*, 2019; RIBEIRO *et al.*, 2019).

A instituição da pesquisa já utiliza a LVCS há 10 anos, e na fala dos entrevistados evidencia-se que a rotina já está introjetada no CC, a instituição não faz rodízio dos profissionais técnicos em enfermagem do CC e SR, por isso os profissionais da SR não apresentam a mesma familiaridade com a ferramenta. Mesmo com a rotina implantada hoje na instituição há relatos de dificuldades na sua implantação no início, como descrito na literatura:

Para o aceite acho que tá bom, acho que agora a gente consegue fazer. Tínhamos bastantes dificuldades no começo, com médicos, mas agora não tem problema. É bem natural mesmo, é uma coisa bem no automático, tu já está fechando ele, fazendo checklist, e ele te responde sem perceber, né, que uns complicavam às vezes. Agora não, estão respondendo e até já decoraram ele. (P2)

É porque no começo sim é bem difícil, tu fica com vergonha, né? E aí quando a gente tá com os novos tu fica: “pode fazer o checklist tá”, fala mais alto, mas o turno da tarde é o que tem mais gente nova, o da manhã mais antigo, mas de manhã não tem dificuldade. (P2)

Mas sem o checklist (papel), já é uma rotina que já é implantada e já é natural. A gente já olha para frente e já dá bom dia, me apresento e começo a conversar com ele perguntando o nome dele. Então já se tornou uma rotina casual, natural, sem precisar ter o checklist. (P4)

A última etapa da lista, antes de o paciente deixar a sala de cirurgia, é apontada na literatura como maior fragilidade na adesão da LVCS, relacionando com a exaustão dos profissionais e a ausência do cirurgião responsável. Essa última etapa é tão importante quanto as outras, pois aborda questões relevantes como a contagem de compressas e instrumentais, cuja retenção ainda ocorre em grande proporção (MAGNANO *et al.*, 2019; RINALDI *et al.*, 2019). Conforme os relatos dos entrevistados, a instituição também apresenta fragilidades

neste momento:

E se deu algum problema (última etapa)? Essa parte acho que tem que melhorar muito. É que na verdade fica quem está instrumentando, o cirurgião sai e fica o residente, daí ele fica fazendo curativo e quando o colega vê todo mundo já foi, tá só nós e o anestesista. (P2)

Como já aconteceu inclusive, instrumentos dentro do paciente. (P4)

Estudos comprovam que a utilização da LVCS promove melhorias na comunicação entre as equipes e diminuição dos erros, complicações e mortes em decorrência de procedimentos cirúrgicos, beneficiando o paciente, a equipe e a instituição de saúde (RINALDI *et al.*, 2019). A percepção dos benefícios na utilização da LVCS já é presente na instituição, evidenciada no relato dos entrevistados:

Aí entra a atenção, a comunicação, ela se comunicou e através da comunicação ela evitou uma cirurgia errada. (P1)

[...] o checklist agregou a situações aqui. Quando ela salvou um paciente, né? Foi emocionante, foi no último instante. Eu sei o que ela me contou porque foi à tarde. Já tinham preparado o joelho, já tinham feito tudo, tudo resolvido já e o médico estava com problemas pessoais, e ele ia fazer cirurgia daquele joelho. Só que ela entrou na sala, e foi revisar todo checklist, olhou o laudo, olhou o termo, ela perguntou “gente, não é o outro joelho?” E daí o doutor olhou, parou e “não sei, não é esse?” A gente olhou para o rapaz que tinha feito a tricotomia, pararam tudo e foram revisar. E descobriram que era o outro joelho. (P4)

Apesar dos relatos de que essa cultura está introjetada na instituição, os profissionais entrevistados ainda sentem a necessidade de treinamentos de reciclagem abordando as rotinas, como já havia sido falado no encontro anterior, pois referem que algumas rotinas se perderam.

E tu vê uma rotina que também se perdeu (referente ao checklist de transporte). (P1)

Mas eu acho que tem que ter treinamento, faz muito tempo que não tem. Antes a gente tinha direto, tanto que eu dizia “bah, de novo”. Mas eu acho que tem que ter, na verdade agora não estamos no momento de ter, né, mas sempre é válido. (P2)

[...] eu coloco no formulário: entregue para fulana um frasco contendo uma vesícula biliar, tudo que tu podia ter de defesa pra ti, “não, mas eu listei, estava lá”, mas colocam anátomo no livro da triagem, nem olham o que estão fazendo, falta de treinamento. (P2)

A reciclagem sempre é válida, acho que é importante. (P4)

Nesse segundo encontro foi percebido que a LVCS foi bem trabalhada na instituição durante esses 10 anos. Os funcionários têm conhecimento sobre ela, sua aplicabilidade, finalidade e importância. As dificuldades apresentadas na adesão são as mesmas descritas na literatura. Porém, o segundo encontro fortaleceu questões abordadas no primeiro encontro sobre a fragilidade da comunicação e transferência do cuidado e a importância de rever treinamentos e rotinas institucionais, conforme as falas:

Ajuda até o trabalho, né? (P1)

Sim, agora a SR bombando lá embaixo, chegaram quatro pacientes um atrás do outro, imagina. [...] quanto mais completo melhor, já olha, porque teu olho já é clínico. (P2)

A pessoa que trouxe tem que saber, mesmo se eu não estou na cirurgia. (P2)

É aquilo que eu falei, se eu estou com paciente eu procuro saber tudo dele, para eu poder passar, não é só trouxe e deixei, não é objeto, tu tem que saber dele, procurar saber dele, o nome dele, o que ele fez, quando eu trago paciente para SR, eu ajudo, estou trazendo, estou ajudando. (P2)

Isso é passagem de plantão, comunicação. (P3)

Por isso que eu acho que o checklist de transporte é tão importante quanto o outro. (P4)

Durante as discussões originadas nos encontros foi possível perceber, e esteve presente nas falas dos participantes, a importância e necessidade de treinamentos, bem como o enfraquecimento de rotinas implantadas na instituição. A educação continuada (EC) pode ser compreendida por treinamentos e é uma necessidade nas instituições frente às exigências de mercado e das mudanças de processos assistenciais e decorrentes do uso de novas tecnologias em saúde. As ações desenvolvidas pela EC podem aproximar a lacuna existente entre a formação e a real necessidade das instituições. A EC surgiu como uma estratégia para a capacitação de profissionais da saúde já inseridos no serviço, e pode ser definida como um conjunto de atividades educativas que visam a propagação de conhecimentos, práticas e reflexões do processo de trabalho (CARDOSO; PALUDETO; FERREIRA, 2018). É primordial que as instituições de saúde adotem estratégias de EC com cronogramas pré-definidos, a fim de sustentarem seus processos de trabalho e fortalecerem a cultura de segurança.

5 PRODUTO

Após finalizar a análise dos dados qualitativos procedeu-se a escolha dos temas para desenvolvimento dos jogos educativos. Duas temáticas emergiram a partir das necessidades apontadas no grupo focal com relação a áreas frágeis da cultura de segurança do paciente no CC e SR: Comunicação e Transferência do cuidado e continuidade do serviço.

Os produtos deste trabalho consistem em dois jogos sérios entregues em formato de kit, denominado *Desafios da Segurança*. O kit é composto por uma caixa (Figura 3), a qual contém um jogo de tabuleiro denominado *Trilhando a Cirurgia Segura*, que tem por objetivo ampliar os conhecimentos dos jogadores sobre transferência do cuidado e continuidade do serviço, para que os mesmos consigam instituir isso nas suas práticas profissionais; e ainda um segundo jogo, este de adivinhações por meio de cartas, denominado *Que Ferramenta Sou Eu?*, cujo objetivo é desenvolver o uso de ferramentas de comunicação. A escolha do tema do jogo baseou-se no resultado da pesquisa de cultura de segurança da instituição, realizada em 2017, e nas necessidades apontadas na entrevista em grupo.

Figura 3: Caixa do kit de jogos denominado *Desafios da Segurança*



Fonte: Desenvolvido pela autora (2020).

O jogo 1, *Trilhando a Cirurgia Segura* (Figura 4), é composto por um tabuleiro de papelão adesivado com 25 casas a serem percorridas pelo peão; 20 *cards* de papel couché com questões referentes à transferência do cuidado e continuidade do serviço; 4 peões de plástico; 1 dado de plástico; e 1 ampulheta plástica de 1 minuto. As questões dos *cards* foram

elaboradas pela pesquisadora a partir de situações críticas similares à realidade da população alvo, conforme debatidas nas entrevistas em grupos. A ideia do jogo foi baseado no Jogo da Vida da marca de brinquedos Estrela onde o jogador percorre o trajeto de uma vida com casas onde precisa tomar decisões. Dessa forma, o jogo *Trilhando a Cirurgia Segura* trás ao jogador o trajeto percorrido pelo paciente cirúrgico com situações de decisão.

Inicia-se o jogo pelo jogador com mais tempo de casa. O adversário irá então lhe perguntar uma questão do *card* e, se ele acertar, avança a casa no tabuleiro. Vence o jogo aquele que percorrer o tabuleiro primeiro até a casa final.

A primeira etapa de produção foi a criação da arte do tabuleiro com auxílio da empresa de designer Descascando Abacaxi, a escolha das 25 casas para que o peão percorresse se deu para não deixar o jogo muito extenso sendo ele um treinamento *in loco* e foi adequado para conter todas as situações a serem trabalhadas nos 20 *cards*. Após a definição do tabuleiro iniciou-se a produção de casos dos 20 *cards* que compõe o jogo, todos os casos são questões objetivas de múltipla escolha e foram criados pela pesquisadora baseado nas narrativas da pesquisa qualitativa e sua vivência profissional, os designers dos cards foram produzidos pela empresa Descascando Abacaxi e aprovados pela pesquisadora.

Figura 4: Jogo Trilhando a Cirurgia Segura



Fonte: Desenvolvido pela autora (2020).

O jogo 2, *Que Ferramenta Sou Eu?* (Figura 5), é composto por 25 cartas dobráveis em papel couché ilustradas com o uso de ferramentas de comunicação, trazendo a explicação da ferramenta da ilustração em seu interior; 5 suportes de carta de cabeça de plástico confeccionado pela pesquisadora com tiara e suporte de baralho; 1 dado plástico; e 1 ampulheta plástica de 2 minutos. A inspiração para o desenvolvimento do jogo foi o jogo *Eu Sou?* da marca de brinquedos Estrela onde o jogador retira uma carta com fotos de um objeto em coloca na cabeça precisando adivinhar qual é o objeto da carta através das mímicas do outro jogador.

Com base nisso, o jogo *Que Ferramenta Sou Eu?* inicia com o jogador que tirar o maior número no dado. Este deve então retirar uma carta, sem olhar a imagem, e a colocar no suporte de cartas que estará na sua cabeça. Os demais jogadores deverão simular, sem verbalizar, o uso da ferramenta ilustrada na carta do suporte do jogador iniciante para que o mesmo adivinhe qual ferramenta está sendo usada nesta situação. Ganha o jogo quem adivinhar o maior número de ferramentas de comunicação.

As imagens utilizadas nas cartas fazem parte do banco virtual de imagens gratuitas do *Freepik* e foram escolhidas pela pesquisadora com e duas imagens institucionais – quadro interativo do checklist de cirurgia segura e checklist de transporte intra-hospitalar do paciente em procedimento cirúrgico – que foram autorizadas pela instituição (Anexo B).

As ferramentas de comunicação citadas no jogo foram escolhidas pela pesquisadora com base nas narrativas da pesquisa qualitativa e sua vivência profissional e embasadas no Conjunto de Ferramentas para Mudança de Cultura.

Figura 5: Jogo Que Ferramenta Sou Eu?



Fonte: Desenvolvido pela autora (2020).

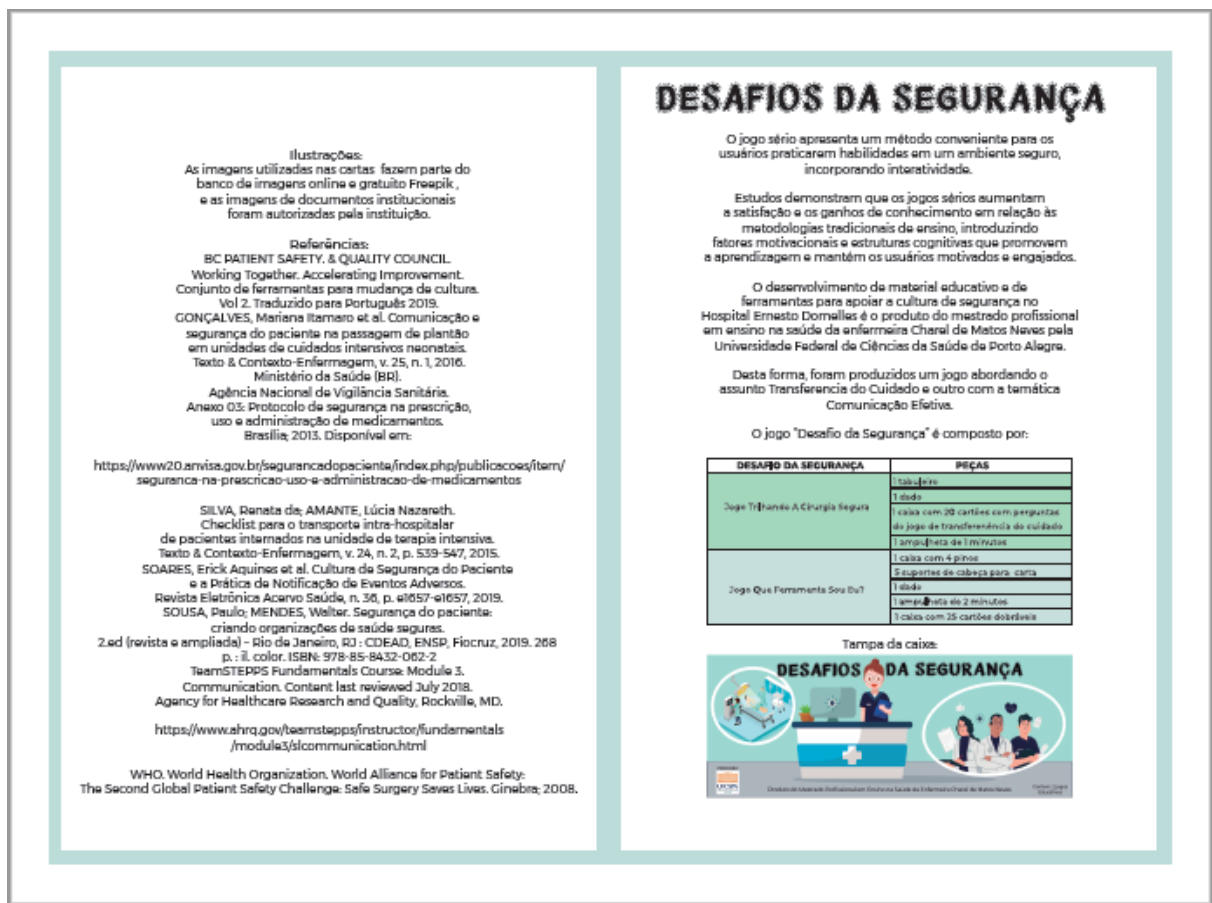
Ambos os jogos foram desenvolvidos pensando na capacitação para o público de enfermagem, os procedimentos operacionais padrão da instituição de saúde onde se realizou a pesquisa não interferiram nas abordagens do jogo, tornando-o aplicável a qualquer instituição

hospitalar e de ensino.

Dentro da caixa onde estão armazenados os dois jogos consta o seu manual ilustrativo em formato de livreto (Figura 6), o qual também se encontra, de forma simplificada, sem ilustrações, impresso na base da caixa (Figura 7).

Os jogos estão passando pelo processo de registro de desenho industrial através do Núcleo de Inovação Tecnológica e Empreendedorismo em Saúde (NITE-Saúde) da UFCSPA (Anexo C).

Figura 6: Manual ilustrativo



Base da caixa contendo o manual do jogo:



Jogo Trilhando a Cirurgia Segura

Tabuleiro



Cartas



Objetivo do jogo: Desenvolver habilidades de comunicação efetiva e incentivar o uso de ferramentas já implantadas na instituição a fim de melhorar a transferência do cuidado entre turnos e setores.

Público-alvo: Equipe de enfermagem.

Número de participantes:

Podará ser jogado em equipes (até 4 equipes) ou jogadores individuais (até 4 jogadores). Cada equipe/jogador individual será representado(a) por um pino. Uma pessoa deve ser escolhida para não participar do jogo e ser o mediador.

Como jogar:

1. Os jogadores decidem entre si quem será o mediador, e o jogo inicia pelo jogador/equipe com membro com maior tempo de trabalho na instituição.
2. O primeiro jogador joga o dado; o número sorteado corresponde ao número de casas do tabuleiro que o jogador deverá avançar. O jogador deverá escutar a tarefa descrita na casa que sortear.
3. Se o jogador perder em uma casa que oriente retirar um cartão, ele deve escolher uma carta e entregar para o mediador, que irá fazer a pergunta. O mediador irá orientar sobre a ação em caso de acerto ou erro da resposta.
4. Em situações em que a casa corresponde a "todas as equipes respondem", após o mediador realizar a pergunta, responde quem levantar a mão primeiro.
5. A cada resposta correta o jogador/equipe avançará uma casa e passará a vez de jogar ao adversário. Ao avançar a casa por ter acertado a resposta, o jogador/equipe não executará a ação descrita nela.
6. No caso de resposta incorreta o jogador/equipe permanecerá na mesma casa.
7. Os cartões sorteados, após respondidos, devem ser retirados do jogo.
8. Vence o jogador/equipe que chegar ao final do jogo primeiro.

Jogo Que Ferramenta Sou Eu?

Suporte de Cartas



Cartas



Objetivo do jogo: Desenvolver o conhecimento e aplicabilidade de ferramentas de comunicação.

Público-alvo: Equipe de enfermagem.

Número de participantes:

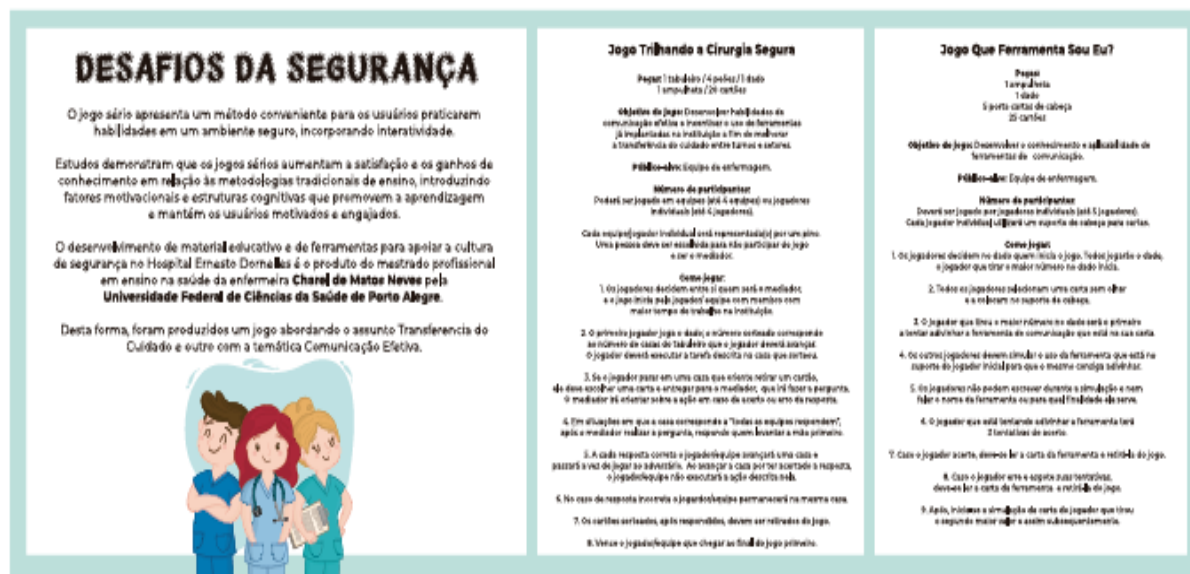
Deverá ser jogado por jogadores individuais (até 5 jogadores). Cada jogador individual utilizará um suporte de cabeça para cartas.

Como jogar:

1. Os jogadores decidem no dado quem inicia o jogo. Todos jogarão o dado, o jogador que tirar o maior número no dado inicia.
2. Todos os jogadores selecionam uma carta sem olhar e a colocam no suporte de cabeça.
3. O jogador que tirou o maior número no dado será o primeiro a tentar adivinhar a ferramenta de comunicação que está na sua carta.
4. Os outros jogadores devem simular o uso da ferramenta que está no suporte do jogador inicial para que o mesmo consiga adivinhar.
5. Os jogadores não podem escrever durante a simulação e nem falar o nome da ferramenta ou para qual finalidade ela serve.
6. O jogador que está tentando adivinhar a ferramenta terá 3 tentativas de acerto.
7. Caso o jogador acerte, deve-se ler a carta da ferramenta e retirá-la do jogo.
8. Caso o jogador erre e esgote suas tentativas, deve-se ler a carta da ferramenta e retirá-la do jogo.
9. Após, inicia-se a simulação da carta do jogador que tirou o segundo maior valor e assim subsequentemente.

UM BOM JOGO
À VOCÊ!

Figura 7: Base da caixa dos jogos



Fonte: Desenvolvido pela autora (2020).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das fragilidades, verificadas na área cirúrgica através da análise dos dados quantitativos e sustentados pelos dados qualitativos, percebeu-se a necessidade de trabalhar a comunicação e transferência do cuidado entre turnos e unidades, com a finalidade de resgatar as rotinas institucionais voltadas para processos que garantam a segurança do paciente.

A escolha de se trabalhar com jogos sérios foi para sanar a necessidade de treinamentos tantas vezes evidenciada nas falas. Os jogos têm a finalidade de transformar os treinamentos em dinâmicas que propiciem a interação profissional e desenvolvam o pensamento crítico.

Os jogos foram produzidos em 5 exemplares e entregues à instituição para uso em treinamentos institucionais. Era prevista uma terceira fase para a pesquisa que consistiria na pesquisa de cultura de segurança através da aplicação do questionário HSOPSC, após um mês de intervenção dos jogos sérios, de acordo com a previsão da aplicabilidade pelo SEGER. Porém, devido às mudanças sofridas no quadro funcional e às alterações no clima de trabalho relacionadas à pandemia da COVID-19, esta atividade foi suspensa pelo hospital. Caso a terceira fase fosse realizada, poderíamos ter analisado o impacto dos jogos na cultura de segurança na área cirúrgica da instituição. Sendo assim, não foram realizados testes de eficácia nas ferramentas educacionais desenvolvidas nesse projeto. Porém, fica a sugestão de pesquisa sobre a aplicabilidade e eficácia das ferramentas desenvolvidas.

REFERÊNCIAS

ABREU, I.M.; ROCHA, R.C.; AVELINO, F.V.S.D.; GUIMARÃES, D.B.O. et al. Patient safety culture at a surgical center: the nursing perception. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. esp, p. e20180198, 2019.

ACSC. Associação Congregação Santa Catarina. **O que importa pra você?** Florianópolis: ACSC, 2017. Disponível em: <<http://www.acsc.org.br/oqueimportaparavoce/>>. Acesso em: 04 de setembro de 2020.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletins Informativos: Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Brasília, DF: ANVISA, 2011.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 36**, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: ANVISA, 2013.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: ANVISA, 2014.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica nº 07/2020**. Orientações para a prevenção da transmissão de COVID-19 dentro dos serviços de saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2020.

BC PATIENT SAFETY. & QUALITY COUNCIL. Working Together. Accelerating Improvement. **Conjunto de ferramentas para mudança de cultura**. Vol 2. Traduzido para Português 2019.

BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Cirurgia Segura do Ministério da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ANVISA, 2013.

BUENO, B.R.M.; MORAES, S.S.; SUZUKI, K.; GONÇALVES, F.A.F. et al. Caracterização da passagem de plantão entre o centro cirúrgico e a unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 512-8, 2015.

CARDOSO, R.B.; PALUDETO, S.B.; FERREIRA, B.J. Programa de educação continuada voltado ao uso de tecnologias em saúde: percepção dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 3, p. 277-84, 2018.

CARVALHO, R.E.F.L.; ARRUDA, L.P.; NASCIMENTO, N.K.P.; SAMPAIO, R.L. et al. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. e2849, 2017.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Mulheres em combate: 6 líderes na linha de frente da crise de Covid-19**. Brasília, DF: COFEN, 2020. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/mulheres-em-combate-6-lideres-brasileiras-na-linha-de-frente-da-crise-de-covid-19_81776.html>. Acesso em: 04 de setembro de 2020.

CRESWELL, J.W.; CLARK, V.L.P. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

DALL'AGNOL, C.M.; TRENCH, M.H. Grupos Focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999.

DEGUIRMENDJIAN, S.C.; MIRANDA, F.M.; MASCARENHAS, S.H.Z. Serious game desenvolvidos na saúde: revisão integrativa da literatura. **Journal of Health Informatics**, v. 8, n. 3, 2016.

GRAAFLAND, M.; SCHRAAGEN, J.M.; SCHIJVEN, M.P. Systematic review of serious games for medical education and surgical skills training. **British Journal of Surgery**, v. 99, n. 10, p. 1322-30, 2012.

HAORAN, G et al. "Serious Games in Health Professions Education: Review of Trends and Learning Efficacy." **Anuário de Informática Médica**, v. 28, n. 1, p. 240-248, 2019.

INDRUCZAKI, N.S.; MIORIN, J.D.; PAIS, V.F.; GEMELLI, M.P. et al. Conflitos entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 28, p. 50078, 2020.

IOM. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. Committee on Quality of Health Care in America. **To Err is Human: building a safer health system**. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

LANGLEY, G.J.; NORMAN, C.L.; NOLAN, K.M.; MOEN, R.D. et al. **Modelo de melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho organizacional**. Campinas: Mercado de Letras, 2011.

MACEDO, T.R.; ROCHA, P.K.; TOMAZONI, A.; SOUZA, S. et al. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n.5, p. 756-62, 2016.

MAGNANO, T.S.B.S.; LANES, T.C.; GONÇALVES, N.G.C.; ONGARO, J.D. et al. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura em um hospital universitário. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, p. 63, 2019.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Qualitative Research Journal**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 2014.

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. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. esp, p. e20180398, 2019.

OLINO, L.; GONÇALVES, A.C.; STRADA, J.K.R.; VIEIRA, L.B. et al. Comunicação

efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. esp, p. e20180341, 2019.

OLSZEWSKI, A.E.; WOLBRINK, T.A. Serious Gaming in Medical Education: a proposed structured framework for game development. **Simulation in Healthcare**, v. 12, n. 4, p. 240-53, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente**: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Brasília, DF: OMS, 2009.

PEREIRA, L.R.; CARVALHO, M.F.; SANTOS, J.S.; MACHADO, G.A.B. et al. Avaliação de procedimentos operacionais padrão implantados em um serviço de saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 4, p. 47-51, 2017.

PRATES, C.G. **Cultura de segurança do paciente**: elementos que influenciam a percepção dos profissionais de saúde. 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

RAMOS, F.; COCA, S.M.; ABELDAÑO, R.A.A. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. **Enfermería Universitaria**, v. 14, n. 1, p. 47-53, 2017.

REASON, J. Human error: models and management. **British Medical Journal**, v. 320, p. 768-70, 2000.

REIS, C.T. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. Tese (Doutorado em Ciências na área da Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

REIS, C.T. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00115614, 2016.

RIBEIRO, L.; FERNANDES, G.C.; SOUZA, E.G.; SOUTO, L.C. et al. Checklist de cirurgia segura: adesão ao preenchimento, inconsistências e desafios. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 46, n. 5, p. e20192311, 2019.

RINALDI, L.C.; MATILDE, J.D.; PRATA, R.A.; CASTRO, A.B.; AVILA, M.A.G. Adesão ao checklist de cirurgia segura: análise das cirurgias pediátricas. **Revista SOBECC**, v. 24, n. 4, p. 185-92, 2019.

SANTIAGO, T.H.; TURRINE, R.N. Organizational culture and climate for patient safety in Intensive Care Units. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. esp. p. 123-30, 2015.

SANTOS, J.L.G.; ERDMANN, A.L.; MEIRELLES, B.H.S.; LANZONI, G.M.M. et al. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 3, e1590016, 2017.

SAVIETO, R.M.; LEÃO, E.R. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 198-202, 2016.

SHARIFZADEH N, KHARRAZI H, NAZARI E, et al. Health Education Serious Games Targeting Health Care Providers, Patients, and Public Health Users: Scoping Review **JMIR Serious Games**, v. 8, n. 1, e13459, 2020.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. 2.ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2019.

WHO. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. **Forward Programme 2008-2009**. Geneva: WHO, 2008a.

WHO. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. **The Second Global Patient Safety Challenge**: Safe Surgery Saves Lives. Geneva: WHO, 2008b.

ZAHEER, S.; GINSBURG, L.R.; WONG, H.J. et al. Importance of safety climate, team work climate and demographics: understanding nurses, allied health professionals and clerical staff perceptions of patient safety. **British Medical Journal Open**, v. 7, p. e000433, 2018.

APÊNDICE A - Cartaz para Convite de Participação da Entrevista em Grupo

Vamos falar sobre segurança do paciente?

Quero convidar você,
técnico em enfermagem do
bloco cirúrgico e sala de
recuperação pós anestésica,
para conversarmos sobre o
impacto do seu trabalho na
segurança do paciente aqui
no _____.

Essa conversa
acontecerá em dois
encontros, de no
máximo 2h, nos dia 10
e 17/06/20 na SR do 9º
andar. O horário será
agendado conforme a
disponibilidade da
maioria dos
participantes.



**ESSA CONVERSA FAZ PARTE DO MEU PROJETO DE MESTRADO, CONTO COM
SUA ADESÃO. ENFA CHAREL NEVES**

SE VOCÊ TEM INTERESSE EM PARTICIPAR DESSA PESQUISA, ME ENVIE UM WHATSAPP (51) 9.8105-8911



APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Instituição de Origem: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Título da Pesquisa: Cultura de Segurança do Paciente na Perspectiva dos Técnicos de Enfermagem do Centro Cirúrgico: Estratégias de Melhoria.

Pesquisadora: Charel de Matos Neves, charel.matos@gmail.com

Pesquisadora Responsável: Prof. Dra. Aline Winter Sudbrack, alinewin.ufcspa@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa HED: Hospital Ernesto Dornelles, cep@hed.com.br, (51) 32178840.

Comitê de Ética em Pesquisa UFCSPA: Rua Sarmento Leite, 245 – Porto Alegre, cep@ufcspa.edu.br, (51) 3303-8804.

Prezado Participante da Pesquisa,

Você está sendo convidado para participar desta pesquisa que tem como objetivo analisar a política de segurança do paciente implantada na instituição a partir da percepção dos técnicos de enfermagem e os fatores que influenciam para assistência ao paciente.

Esta pesquisa tem procedência acadêmica e destina-se a elaboração de uma Dissertação de Mestrado vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da UFCSPA. Todas as informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos e de acordo com os objetivos propostos no estudo. Sua participação é voluntária e você poderá desistir de participar deste estudo, em qualquer etapa, sem que isso lhe acarrete prejuízos pessoais e/ou profissionais. Devido ao delineamento da pesquisa, você poderá participar em qualquer uma das três etapas do projeto.

A primeira etapa consiste em participar de um Grupo Focal, que será distribuído em três encontros, com duração média de 1h e 30min, previamente agendados, serão apresentados os objetivos da pesquisa, cujo título consta no alto desta página. O objetivo principal é discutir a Política de Segurança do Paciente implantada nesta instituição hospitalar.

Os Grupos Focais serão coordenados pela pesquisadora responsável e contarão com uma observadora participante para a condução dos encontros. Durante a realização do grupo focal, sua voz será gravada em áudio. Portanto, precisamos saber se você autoriza a gravação de sua voz em áudio, para fins de transcrição das falas dos participantes.

A segunda etapa será a participação em dinâmicas para realização de jogo sério como treinamento. E a terceira e última será responder a um questionário para pesquisa sobre a Cultura de Segurança intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPPSC).

Os encontros serão gravados em áudio e os arquivos da gravação inutilizados após a conclusão da pesquisa. Esses áudios não serão divulgados, permanecendo sob a guarda das pesquisadoras para fins exclusivos dessa pesquisa. As informações obtidas no grupo focal serão validadas posteriormente com todos os participantes do Grupo.

O benefício que você irá proporcionar participando desses encontros será o de contribuir com os benefícios da própria pesquisa, que serão o de aprofundar a análise da cultura de segurança, identificar oportunidades de melhoria para a instituição e proporcionar subsídios para a reflexão da cultura organizacional, da gestão e inovação em saúde.

Todas as etapas do estudo do qual você participará serão realizadas fora das rotinas de seu trabalho, em horários previamente acordados com sua chefia e você. Será disponibilizada uma sala para a aplicação das etapas da pesquisa de campo. Toda a pesquisa envolve algum tipo de risco. No caso dessa pesquisa, precisaremos que você disponibilize parte do seu tempo para participar de dois ou três grupos focais, bem como a participação na realização dos jogos e/ou responder ao questionário HSOPSC. Você poderá se sentir desconfortável ou constrangido ao falar sobre algum assunto para o qual não esteja preparado. Nesse caso, saiba

que você poderá não falar ou mesmo não responder a alguma eventual pergunta, reservando-se o direito de ficar calado no momento que lhe aprouver. Se precisar esclarecer dúvidas durante a participação na pesquisa e/ou conversar com a pesquisadora, esta estará disponível para auxiliá-lo e esclarecer o que não for compreendido. Além disso, ratificamos que você poderá desistir de participar da pesquisa, a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer espécie.

Garante-se o caráter confidencial das informações e a preservação do anonimato em todas as etapas da pesquisa. Sua participação é livre e, caso mude de ideia, poderá desistir a qualquer momento, sem constrangimento ou qualquer prejuízo. Além disso, você não terá despesas, pois a pesquisadora irá até onde você estiver. Você também não receberá qualquer tipo de remuneração ou mesmo algum presente, brinde ou favorecimento por participar da pesquisa. No entanto, se você tiver alguma despesa decorrente da participação nas etapas do estudo, será ressarcido. Você tem direito à indenização, se for devidamente comprovado, por vias legais, algum dano proveniente de sua participação na pesquisa.

Os dados coletados nessa pesquisa serão utilizados para fins exclusivos desse estudo. Você terá acesso aos resultados dessa pesquisa através de uma apresentação oral que será realizada nas dependências do HED, em data previamente acordada. Ao mesmo tempo, será disponibilizado um relatório final da pesquisa em meio eletrônico. Você ficará com uma via deste termo após a sua assinatura e a outra via ficará em poder da pesquisadora. Colocamo-nos à disposição para esclarecer qualquer dúvida, conforme formas de contato, citadas no início da página, e do Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA.

O CEP-UFCSPA é o órgão especializado e independente, vinculado operacionalmente à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, e tem como objetivo pronunciar-se no aspecto científico e ético sobre todos os projetos de pesquisa a serem desenvolvidos na Instituição, visando promover a adequação das investigações propostas na área da saúde e nos procedimentos experimentais envolvendo seres humanos.

Pesquisadora

- ☐ concordo em participar da pesquisa
- ☐ sim, autorizo a gravação de minha voz
- ☐ não, não autorizo a gravação de minha voz.

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____

Porto Alegre, ____/____/____

APÊNDICE C - Roteiro para Realização da Entrevista Coletiva

Datas: 10 e 17 de junho de 2020.

Local: Sala de Recuperação do 9º andar.

Horário: 13:30h às 15:30h.

Objetivo: Apresentar e discutir os resultados da pesquisa “Cultura de Segurança do Paciente: Elementos que Influenciam a Percepção dos Profissionais de Saúde”.

13:30 – Dinâmica de boas-vindas: cada participante recebeu um papel para colocar seu nome, idade, setor, turno de trabalho e responder à pergunta *O que importa para você?* Dinâmica alusiva à comemoração do movimento *O que importa para você?*, celebrado no Brasil no dia 06 de junho com o objetivo de estimular conversas mais significativas entre profissionais de saúde e pacientes, criando uma relação de compaixão e empatia entre eles.

13:45 – Abertura da sessão (agradecimento pela participação, apresentação dos participantes, esclarecimentos sobre TCLE, apresentação dos objetivos da pesquisa, explicação sobre a técnica de grupo focal) e Setting Grupal (explicação da dinâmica dos encontros, horários, pontualidade, respeito à opinião, caráter confidencial dos encontros).

13:50 – Alinhamento do conceito de cultura de segurança do paciente e como a mesma pode ser analisada.

14:00 – Apresentação dos resultados da área cirúrgica da pesquisa “Cultura de Segurança do Paciente: Elementos que Influenciam a Percepção dos Profissionais de Saúde”.

14:30 – Discussão dos resultados.

15:10 – Síntese e encerramento da sessão com link na dinâmica inicial.

NOME: _____

IDADE: _____ SETOR: () SR () BC

TURNOS: () Manhã () Tarde () Intermediário () Noite

O QUE IMPORTA PRA VOCÊ?

Entrevista Coletiva de 17 de junho de 2020.

Objetivo: Apresentar e discutir o Protocolo de Cirurgia Segura da OMS.

13:30 – Boas-vindas e acomodação dos participantes com retomada do Setting Grupal.

13:50 – Síntese do encontro anterior.

14:00 – Apresentação do Protocolo de Cirurgia Segura da OMS.

14:30 – Discussão.

15:10 – Síntese e encerramento da sessão, com agradecimento final com explicação do produto resultante dos encontros.

APÊNDICE D - Entrega dos Jogos na Instituição



ANEXO A - Protocolo de Cirurgia Segura do Ministério da Saúde

Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz. 09/07/2013.

1. Finalidade

A finalidade deste protocolo é determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde - OMS¹.

2. Justificativa

O volume anual de cirurgias de grande porte foi estimado entre 187 e 281 milhões, a partir de dados de 56 países, o que representa, aproximadamente, uma cirurgia para cada 25 pessoas por ano². Nas últimas décadas, as técnicas cirúrgicas foram bastante aperfeiçoadas, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias complexas. No entanto, esses avanços também aumentaram, de modo expressivo, o potencial de ocorrência de erros que podem resultar em dano para o paciente e levar à incapacidade ou à morte³.

Revisão sistemática realizada em 2008 sobre a ocorrência de eventos adversos em pacientes internados revelou que 01 (um) em cada 150 (cento e cinquenta) pacientes hospitalizados morre em consequência de um incidente. O mesmo estudo revelou que quase dois terços dos eventos adversos ocorridos em ambiente hospitalar foram associados ao cuidado cirúrgico⁴. As taxas de eventos adversos em cirurgia geral variam, segundo diferentes estudos e métodos de avaliação, entre 2% e 30%⁵.

Os problemas associados à segurança cirúrgica são bem conhecidos nos países desenvolvidos, porém menos estudados nos países em desenvolvimento. Há relatos internacionais de recorrentes e persistentes ocorrências de cirurgias em locais errados, em órgãos vitais como pulmões e cérebro, além de pacientes que tiveram o rim, a glândula adrenal, a mama ou outro órgão sadio removido. A atenção que tais eventos invariavelmente atraem na mídia abala a confiança do público nos sistemas de saúde e nos profissionais de saúde⁵.

Estima-se que as cirurgias em local errado e no paciente errado ocorram em cerca de 01 em cada 50.000 a 100.000 procedimentos nos Estados Unidos (EUA), equivalendo a 1.500 a 2.500 eventos adversos deste tipo por ano^{6,7}. Uma análise de eventos sentinelas relatados

pela *Joint Commission* (JC), dos EUA, entre 1995 e 2006, apontou que 13% dos eventos adversos relatados se deviam a cirurgias em sítios errados⁸.

A literatura corrobora com a suposição de que a cirurgia em local errado é mais comum em certas especialidades, particularmente em cirurgias ortopédicas. Em um estudo com 1.050 cirurgiões de mão, 21% relataram ter realizado pelo menos uma cirurgia em local errado em suas carreiras⁹. Uma análise dos acionamentos de seguros para erro médico que ocorreram após cirurgias ortopédicas demonstraram que 68% derivaram de cirurgias em locais errados⁹.

Existem evidências de que a Lista de Verificação de Cirurgia Segura reduz complicações e salva vidas. Estudo realizado em oito países encontrou uma redução de 11% para 7% da ocorrência de complicações em pacientes cirúrgicos e uma diminuição de mortalidade de 1,5% para 0,8% com a adoção da lista de Verificação¹⁰. Um estudo holandês mostra uma queda nas complicações entre pacientes cirúrgicos de 15,4% para 10,6% e da mortalidade de 1,5% para 0,8%¹¹.

A Lista de Verificação foi aprovada por 25 países, que declararam ter mobilizado recursos para sua implementação e, em novembro de 2010, 1.788 hospitais no mundo haviam relatado o seu uso¹¹. Nos últimos quatro anos, com o apoio da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), dos EUA, um grupo de especialistas das áreas de qualidade do cuidado e segurança do paciente, conduziu uma abrangente e rigorosa revisão sistemática sobre a evidência científica do que denominaram de Estratégias para a Segurança do Paciente (*Patient Safety Strategies* - PSSs). O estudo indicou a implementação de 22 estratégias com evidências suficientemente robustas para melhorar a segurança, considerando entre as estratégias, a implementação da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como fortemente recomendada¹².

3. Abrangência

O protocolo para Cirurgia Segura deverá ser aplicado em todos os locais dos estabelecimentos de saúde em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios, dentro ou fora de centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde.

4. Definições

4.1. Lista de Verificação: lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos¹³.

4.2. Demarcação de Lateralidade: demarcação de local ou locais a ser operados. Esta demarcação é particularmente importante em casos de lateralidade (distinção entre direita e esquerda), estruturas múltiplas (p.ex. dedos das mãos e dos pés, costelas) e níveis múltiplos (p.ex. coluna vertebral).

4.3. Condutor da Lista de Verificação: profissional de saúde (médico ou profissional da enfermagem), que esteja participando da cirurgia e seja o responsável por conduzir a aplicação da lista de verificação, de acordo com diretrizes da instituição de saúde.

4.4. Segurança Anestésica: conjunto de ações realizadas pelo anestesiológico, que visa à redução da insegurança anestésica por meio da inspeção formal do equipamento anestésico, da checagem dos medicamentos e do risco anestésico do paciente antes da realização de cada cirurgia. Este procedimento deve seguir as orientações contidas no Manual para Cirurgia Segura da OMS, traduzido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

4.5. Equipe cirúrgica: equipe composta por cirurgiões, anestesiólogos, profissionais de enfermagem, técnicos e todos os profissionais envolvidos na cirurgia.

5. Intervenção

Muitos fatores concorrem para que um procedimento cirúrgico seja realizado de forma segura: profissionais capacitados, ambiente, equipamentos e materiais adequados para a realização do procedimento, conformidade com a legislação vigente, entre outros. Entretanto, este protocolo trata especificamente da utilização sistemática da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos. Baseia-se na Lista de Verificação de Cirurgia Segura e no Manual de Cirurgia Segura, desenvolvidos pela OMS¹⁴.

   LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)		
Antes da indução anestésica	▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶ Antes da incisão cirúrgica	▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶ Antes de o paciente sair da sala de operações
IDENTIFICAÇÃO ☐ PACIENTE CONFIRMOU • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO ☐ SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA ☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA ☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO - O PACIENTE POSSUI: - ALERGIA CONHECIDA? ☐ NÃO ☐ SIM - VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? ☐ NÃO ☐ SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS - RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? ☐ NÃO ☐ SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS	CONFIRMAÇÃO ☐ CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO ☐ CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO - EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS ☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA? ☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? ☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? - A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? ☐ SIM ☐ NÃO SE APLICA - AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? ☐ SIM ☐ NÃO SE APLICA	REGISTRO O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: ☐ REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO ☐ SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM) ☐ COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) ☐ SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO ☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS, EX: DOR) Assinatura _____

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRÉSCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.

Todas as instruções contidas neste protocolo deverão ser adequadas à realidade de cada instituição, respeitando-se os princípios de cirurgia segura.

A Lista de Verificação divide a cirurgia em três fases: I - Antes da indução anestésica; II - Antes da incisão cirúrgica; e III - Antes do paciente sair da sala de cirurgia.

Cada uma dessas fases corresponde a um momento específico do fluxo normal de um procedimento cirúrgico. Para a utilização da Lista de Verificação, uma única pessoa deverá ser responsável por conduzir a checagem dos itens. Em cada fase, o condutor da Lista de Verificação deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. Caso algum item checado não esteja em conformidade, a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala de cirurgia até a sua solução.

5.1. Antes da indução anestésica

O condutor da Lista de Verificação deverá:

5.1.1. Revisar verbalmente com o próprio paciente, sempre que possível, que sua identificação tenha sido confirmada.

5.1.2. Confirmar que o procedimento e o local da cirurgia estão corretos.

5.1.3. Confirmar o consentimento para cirurgia e a anestesia.

5.1.4. Confirmar visualmente o sítio cirúrgico correto e sua demarcação

5.1.5. Confirmar a conexão de um monitor multiparâmetro ao paciente e seu funcionamento.

5.1.6. Revisar verbalmente com o anestesiológico, o risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades nas vias aéreas, histórico de reação alérgica e se a verificação completa de segurança anestésica foi concluída.

5.2. Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica)

Neste momento, a equipe fará uma pausa imediatamente antes da incisão cirúrgica para realizar os seguintes passos:

5.2.1. A apresentação de cada membro da equipe pelo nome e função.

5.2.2. A confirmação da realização da cirurgia correta no paciente correto, no sítio cirúrgico correto.

5.2.3. A revisão verbal, uns com os outros, dos elementos críticos de seus planos para a cirurgia, usando as questões da Lista de Verificação como guia.

5.2.4. A confirmação da administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica.

5.2.5. A confirmação da acessibilidade dos exames de imagens necessários.

5.3. Antes do paciente sair da sala de cirurgia

A equipe deverá revisar em conjunto a cirurgia realizada por meio dos seguintes passos:

5.3.1. A conclusão da contagem de compressas e instrumentais. 5.3.2. A identificação de qualquer amostra cirúrgica obtida.

5.3.3. A revisão de qualquer funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas.

5.3.4. A revisão do plano de cuidado e as providências quanto à abordagem pós-operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala de cirurgia.

6. Procedimento operacional

6.1. Antes da indução anestésica.

A etapa antes da indução anestésica requer a presença do anestesiológico e da equipe

de enfermagem.

Segue o detalhamento de cada um dos procedimentos desta etapa:

6.1.1. Confirmar a identificação do paciente, do sítio cirúrgico, do procedimento e do consentimento informado.

O condutor da Lista de Verificação confirma verbalmente com o paciente sua identificação, o tipo de procedimento planejado, o sítio cirúrgico e a assinatura do consentimento para cirurgia. Quando a confirmação pelo paciente não for possível, como no caso de crianças ou pacientes incapacitados, um tutor ou familiar poderá assumir esta função.

Os Termos de Consentimento Informados - cirúrgicos e anestésicos - devem ser assinados pelo paciente ou seu representante legal, após os esclarecimentos feitos por médico membro da equipe cirúrgica, antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento cirúrgico.

6.1.2. Demarcar o sítio cirúrgico.

A identificação do sítio cirúrgico deverá ser realizada por médico membro da equipe cirúrgica antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento. Sempre que possível tal identificação deverá ser realizada com o paciente acordado e consciente, que confirmará o local da intervenção. A instituição deverá ter processos definidos por escrito para lidar com as exceções, como, por exemplo, recusa documentada do paciente, de modo a garantir a segurança cirúrgica.

O condutor deverá confirmar se o cirurgião fez a demarcação do local da cirurgia no corpo do paciente naqueles casos em que o procedimento cirúrgico envolve lateralidade, múltiplas estruturas ou múltiplos níveis. Nestes casos, a demarcação deverá ser realizada no corpo do paciente em local que indica a estrutura a ser operada com o uso de caneta dermatográfica.

O símbolo a ser utilizado deverá ser padronizado pela instituição e deve permanecer visível após preparo da pele e colocação de campos cirúrgicos. Devem-se evitar marcas ambíguas como “x”, podendo ser utilizado, por exemplo, o sinal de alvo para este fim.

6.1.3. Verificar a segurança anestésica.

O condutor completa a próxima etapa solicitando ao anestesiolologista que confirme a conclusão da verificação de segurança anestésica.

6.1.4. Verificar o funcionamento do monitor multiparamétrico.

Antes da indução anestésica, o condutor confirma que um monitor multiparamétrico tenha sido posicionado no paciente e que esteja funcionando corretamente.

6.1.5. Verificar alergias conhecidas.

O condutor deverá perguntar ou confirmar se o paciente possui uma alergia conhecida, mesmo se o condutor tenha conhecimento prévio a respeito da alergia. Em caso de alergia, deverá confirmar se o anestesiológista tem conhecimento e se a alergia em questão representa um risco para o paciente. Se algum membro da equipe cirúrgica tem conhecimento sobre uma alergia que o anestesiológista desconheça, esta informação deverá ser comunicada.

6.1.6. Verificar a avaliação de vias aéreas e risco de aspiração.

O condutor deverá confirmar verbalmente com o anestesiológista se este avaliou objetivamente se o paciente possui uma via aérea difícil. O risco de aspiração também deverá ser levado em consideração como parte da avaliação da via aérea.

6.1.7. Verificar a avaliação de risco de perda sanguínea

O condutor deverá perguntar ao anestesiológista se o paciente tem risco de perder mais de meio litro de sangue (> 500 ml) ou mais de 7 ml/kg em crianças durante a cirurgia a fim de assegurar o reconhecimento deste risco e garantir a preparação para essa eventualidade.

6.2. Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica)

A Pausa Cirúrgica é uma pausa momentânea feita pela equipe imediatamente antes da incisão cutânea a fim de confirmar que as várias verificações essenciais para a segurança cirúrgica foram empreendidas e que envolveram toda equipe.

6.2.1. Identificar todos os membros da equipe.

O condutor solicitará que cada pessoa na sala se apresente pelo nome e função. Nas equipes cujos membros já estão familiarizados uns com os outros, o condutor pode apenas confirmar que todos já tenham sido apresentados, mas quando ocorrer a presença de novos membros ou funcionários que tenham se revezado dentro da sala cirúrgica desde o último procedimento, estes devem se apresentar.

6.2.2. Confirmar verbalmente a identidade do paciente, o sítio cirúrgico e o procedimento.

Imediatamente antes da incisão cirúrgica, é conduzida uma nova confirmação pela

equipe cirúrgica (cirurgião, anestesiologista e equipe de enfermagem) do nome do paciente, do procedimento cirúrgico a ser realizado, do sítio cirúrgico e, quando necessário, do posicionamento do paciente.

6.2.3. Verificar a previsão de eventos críticos.

O condutor da Lista de Verificação conduz uma rápida discussão com o cirurgião, anestesiologista e enfermagem a respeito de riscos graves e planejamentos operatórios.

6.2.4. Prever etapas críticas, possíveis eventos críticos, duração da cirurgia e perda sanguínea.

O cirurgião deverá informar à equipe quais são as etapas críticas e os possíveis eventos críticos e a perda sanguínea prevista.

6.2.5. Revisar eventuais complicações anestésicas.

O anestesiologista deverá revisar em voz alta o planejamento e as preocupações específicas para ressuscitação cardiopulmonar. Deverá informar também a previsão do uso de sangue, componentes e hemoderivados, além da presença de comorbidades e características do paciente passíveis de complicação, como doença pulmonar ou cardíaca, arritmias, distúrbios hemorrágicos, etc..

6.2.6. Confirmar verbalmente a revisão das condições de esterilização, equipamentos e infraestrutura.

O instrumentador ou o técnico que disponibiliza o equipamento para a cirurgia deverá confirmar verbalmente a realização da esterilização e sua confirmação por meio do indicador de esterilização, demonstrando que a esterilização tenha sido bem sucedida. Além de verificar se as condições dos equipamentos, bem como infraestrutura tenham sido avaliadas pela enfermagem.

6.2.7. Verificar a realização da profilaxia antimicrobiana.

O condutor perguntará em voz alta se os antimicrobianos profiláticos foram administrados durante os últimos 60 minutos antes da incisão da pele. O membro da equipe responsável pela administração de antimicrobianos (geralmente o anestesiologista) deverá realizar a confirmação verbal.

6.2.8. Verificar exames de imagem.

O condutor deverá perguntar ao cirurgião se exames de imagem são necessários para a

cirurgia. Em caso afirmativo, o condutor deverá confirmar verbalmente que os exames necessários para realização segura do procedimento cirúrgico estão na sala e expostos de maneira adequada para uso durante a cirurgia.

6.3. Antes do paciente deixar a sala de cirurgia

6.3.1. Confirmar o nome do procedimento.

O condutor deverá confirmar com o cirurgião e a equipe exatamente qual procedimento foi realizado.

6.3.2. Verificar a correta contagem de instrumentais, compressas e agulhas.

O profissional de enfermagem ou o instrumentador deverá confirmar verbalmente a conclusão das contagens finais de compressas e agulhas. Nos casos de cirurgia com cavidade aberta, a conclusão da contagem de instrumental também deve ser confirmada.

6.3.3. Confirmar a identificação da amostra.

O profissional de enfermagem deve confirmar a identificação/etiquetagem correta de qualquer amostra patológica obtida durante o procedimento pela leitura em voz alta do nome do paciente, descrição da amostra com indicação anatômica do local de origem da amostra e quaisquer outras indicações orientadoras.

6.3.4. Documentar problemas com equipamentos.

O condutor deve assegurar que os problemas com equipamentos que tenham ocorrido durante a cirurgia sejam identificados, relatados e documentados pela equipe.

6.3.5. Rever as medidas para a recuperação pós-operatória.

O cirurgião, o anestesiológista e o profissional de enfermagem deverão revisar o plano de recuperação pós-operatória, focando particularmente em questões anestésicas ou cirúrgicas que possam interferir nesta recuperação.

7. Estratégias de monitoramento e indicadores

- Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado;
- Número de cirurgias em local errado;
- Número de cirurgias em paciente errado;
- Número de procedimentos errados;
- Taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco; e
- Taxa de adesão à Lista de Verificação.

Referências Bibliográficas

1. Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, McDonald KM, Schoelles K, Dy SM, et al. The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. *Annals of Internal Medicine*. 2013; 158(5Part2): 365-8.
2. Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*. 368. England, 2006. p. 1189-200.
3. Zegers M, de Bruijne MC, de Keizer B, Merten H, Groenewegen PP, van der Wal G, et al. The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies. *Patient Saf Surg*. 5. England, 2011. p. 13.
4. Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 17. England, 2008. p. 216-23.
5. Rebasa P, Mora L, Vallverdu H, Luna A, Montmany S, Romaguera A, et al. [Adverse events in general surgery. A prospective analysis of 13,950 consecutive patients]. *Cir Esp*. 89. Spain: A 2011 AEC. Espana: Published by Elsevier, 2011. p. 599-605.
6. Kwaan MR, Studdert DM, Zinner MJ, Gawande AA. Incidence, patterns, and prevention of wrong-site surgery. *Arch Surg*. 2006 Apr; 141(4): 353-7.
7. Seiden SC, Barach P. Wrong-side/wrong-site, wrong-procedure, and wrong-patient adverse events: Are they preventable? *Arch Surg*. 141. United States, 2006. p. 931-9.
8. Joint Commission. Sentinel event statistics. December 31, 2006. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics>.
9. Joint Commission. Sentinel events alert. 5th December 2001. Disponível em: http://www.jointcommission.org/SentinelEvent/sentineleventalert/sea_24.html.
10. Healy JM. How hospital leaders implemented a safe surgery protocol in Australian hospitals. *Int J Qual Health Care*. 24. England 2012. p. 88-94.
11. Cowell HR. Wrong-site surgery. *J Bone Joint Surg Am*. 1998; 80(4): 463.
12. World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification of Patient Safety- Final Technical Report 2009. Switzerland: WHO, 2009.
13. Administration FA. Section 12: Aircraft Checklist for 14 CFR Parts 121/135 iFOFSIMSF.
14. Organização Pan-Americana de Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Brasília, DF: OPAS, 2010.

ANEXO B - Autorização do Uso de Imagens



Porto Alegre, 23 de julho de 2020.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a Enfermeira Charel de Matos Neves a utilizar as imagens do quadro interativo do *checklist* de cirurgia segura e do impresso do *checklist* de transporte intra-hospitalar do paciente em procedimento cirúrgico, desenvolvidos pelo Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Risco (SEGER), desta instituição, para produção dos jogos educacionais, produto da sua dissertação de mestrado, e a divulgar as imagens respectivas na sua dissertação do mestrado profissional de Ensino na Saúde da UFCSPA. O projeto de pesquisa foi desenvolvido nesta instituição sob minha supervisão, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Enfa Gil Prates', is written over a horizontal line.

Enfa Cassiana Gil Prates

Coordenadora do SEGER

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Odacir', is written over a horizontal line.

Sr. Odacir Vicente Rossato
Superintendente Administrativo

uma empresa  **Afpergs**

CNPJ: 92.741.016/0002-54

Av. Ipiranga, 1801 - Porto Alegre/RS - CEP: 90160-093 - Fone: (51) 3217.2002 - www.hed.com.br

ANEXO C - Formulários de Abertura de Processo UFCSPA

Depósito de Patentes, Registro de Marca, Registro de Programa de Computador, Outra Propriedade Intelectual.



ANEXO I DA PORTARIA PROPPG Nº 18/2019

- Declaração de Invenção -

ABERTURA DE PROCESSO UFCSPA – DEPÓSITO DE PATENTES/REGISTRO DE MARCA/REGISTRO DE PROGRAMA DE COMPUTADOR/OUTRA PROPRIEDADE INTELECTUAL

1. Após o preenchimento do Relatório de Invenção, enviar uma cópia via endereço eletrônico para: nitsaude@ufcspa.edu.br.
2. Não havendo necessidade de modificações, o NITE-Saúde entrará em contato para que sejam providenciados os seguintes documentos:
 - 2.1 Carta de encaminhamento conforme modelo abaixo.
 - 2.2 Relatório de Invenção impresso resumido (a cópia que será incluída no processo não poderá conter dados que revelem detalhes da invenção, como forma de assegurar a confidencialidade das informações), assinado pelos: inventores e pelo Pró-reitor(a) de Pesquisa e Pós-Graduação. No caso da invenção ser derivada de projeto desenvolvido em um laboratório da UFCSPA, também é necessária a ciência do coordenador do laboratório.
3. Após providenciar a documentação, abrir processo no Protocolo da UFCSPA.
4. Aguardar retorno do NITE-Saúde.



UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Ao

Núcleo de Inovação Tecnológica e Empreendedorismo em Saúde – NITE-Saúde
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA
Rua Sarmento Leite, 245, Centro Histórico
Porto Alegre, RS

Prezado Coordenador:

Eu, Charel de Matos Neves, 182S958004, lotado e com exercício no PPG Ensino na Saúde, encaminho a este Núcleo os documentos abaixo relacionados, a fim de dar início a avaliação de pertinência do pedido de depósito de [Patente de invenção/registro de Marca/Registro de programa de computador/OUTRO], denominada(o) “Desafios da Segurança”

Relação de documentos anexos:

	Material	Nº de páginas
(X)	Relatório de Invenção	1
(X)	Desenhos, se necessário	6
()	Publicações relacionadas ao presente invento	
()	Cópia de material de divulgação e/ou atestados de participação em eventos e/ou cópia de anais, onde o invento tenha sido divulgado/apresentado.	
()	Cópia do contrato de Direitos de Propriedade Industrial firmado entre a UFCSPA e Empresa(s) participante(s), quando for o caso.	
(X)	Outros documentos julgados pertinentes: - Declaração de interesse inexistente pela propriedade de registro da empresa de design contratada pela inventora.	1

Porto Alegre, 26 de Agosto de 2020.

Atenciosamente,

Assinatura

À
Coordenação do NITE-Saúde
Nesta Universidade

Recebido no NITE Saúde em

/ /



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Relatório de Invenção

I – Dados dos Titulares

Nome da Instituição (ou pessoa física caso seja inventor independente)	CNPJ (ou CPF caso seja inventor independente)
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA	92.967.595/0001-77

Instituições externas envolvidas

Se houver mais instituições, abrir novos campos.

Nome completo da Instituição:			
CNPJ:		CONTATO:	
Fone:	Fax:	E-mail:	
Endereço:			

- Ocorreu desenvolvimento de alguma das etapas da invenção nesta instituição? Sim. Em que momento? A coleta de dados da dissertação de mestrado que originou os jogos fora coletada na instituição.
- Justifique** a contribuição desta instituição para o desenvolvimento da invenção? A aprovação para realização da coleta de dados.
- Qual o vínculo do inventor externo (se houver) com esta instituição? Desde que data existe este vínculo? Quando a mestranda ingressou no mestrado trabalhava na instituição a 8 anos. Hoje a mestranda não faz mais parte do quadro funcional da empresa, mas manteve boas relações e deu continuidade ao projeto na instituição.
- Em algum momento este inventor externo esteve vinculado a UFCSPA? Não. Qual foi o vínculo?
- Qual foi, ou de que forma ocorreu a participação do inventor externo? Não houve inventor externo.



UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

II – Dados dos Inventores

Se houver mais inventores, abrir novos campos.

Nome civil completo: Charel de Matos Neves		
Instituição: UFCSPA		
Departamento: Ensino		Laboratório/Curso/Programa: PPG Ensino na Saúde
Fone comercial: -	Fax: -	E-mail: charel.matos@gmail.com
Identidade Nº: 50864224-57	Órgão expedidor: SSP	Data de emissão: 30/09/2012
CPF: 00480206058	Data nascimento: 15/02/1987	Estado Civil: casada
Nacionalidade: Brasileira		Naturalidade: Porto Alegrense
Endereço Residencial Completo: Av. Assis Brasil, 4908/ apto 1007 torre 3		
Bairro: São Sebastião		CEP: 91110-000
Telefone Residencial: -		Celular: (51) 98105.8911
Vínculo	☐ Professor	☐ Aluno Mestrado
UFCSPA	☐ Técnico-administrativo	☒ Aluno Mestrado Profissionalizante
	☐ Aluno Graduação	☐ Aluno Doutorado
	☐ Aluno Especialização	
Participante Externo	☐ Professor	☐ Aluno Pós-Graduação
UFCSPA	☐ Técnico-administrativo	
	☐ Aluno Graduação	Informe Instituição:
% Contribuição no presente invento: 60%		

Nome civil completo: Luzia Fernandes Millão		
Instituição: UFCSPA		
Departamento: Enfermagem		Laboratório/Curso/Programa: PPG Ensino na Saúde
Fone comercial: 33038848	Fax:	E-mail: luziam@ufcspa.edu.br
Identidade Nº: 5003965711	Órgão expedidor: SSP	Data de emissão: 12/05/2011
CPF: 318527180-72	Data nascimento: 05/11/1957	Estado Civil: divorciada
Nacionalidade: Brasileira		Naturalidade: São Leopoldo
Endereço Residencial Completo: Rua Primeiro de Março 697 apto 903		
Bairro: Centro		CEP: 93010-210
Telefone Residencial: 51 30373046		Celular: 51 999881961
Vínculo	☒ Professor	☐ Aluno Mestrado
UFCSPA	☐ Técnico-administrativo	☐ Aluno Mestrado Profissionalizante
	☐ Aluno Graduação	☐ Aluno Doutorado
	☐ Aluno Especialização	
Participante Externo	☐ Professor	☐ Aluno Pós-Graduação
UFCSPA	☐ Técnico-administrativo	
	☐ Aluno Graduação	Informe Instituição:
% Contribuição no presente invento: 20%		



UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Nome civil completo: Aline Winter Sudbrack

Instituição: UFCSPA

Departamento: Educação e Humanidades

Laboratório/Curso/Programa: PPG Ensino na Saúde

Fone comercial: (51) 330388768

Fax:

E-mail: alinewin@ufcspa.edu.br

Identidade Nº: 9002626291

Órgão expedidor: SSP/RS

Data de emissão: 07.04.2006

CPF: 29262380020

Data nascimento: 29.05.1957

Estado Civil: casada

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: São Leopoldo, RS Brasil

Endereço Residencial Completo: Rua Francisco Ferrer, 239/301

Bairro: Rio Branco

CEP: 90420140

Telefone Residencial: (51) 33326786

Celular: (51) 991163540

Vínculo

UFCSPA

(X) Professor

() Técnico-administrativo

() Aluno Graduação

() Aluno Especialização

() Aluno Mestrado

() Aluno Mestrado Profissionalizante

() Aluno Doutorado

Participante Externo

UFCSPA

() Professor

() Técnico-administrativo

() Aluno Graduação

() Aluno Pós-Graduação

Informe

Instituição:

% Contribuição no presente invento: 20%

III – Financiamento da Pesquisa

- Foi feito contrato com órgão financiador ou gerido de acordo com um Termo de Confidencialidade? Não.
- Nome do agente financiador (órgão de fomento/empresa/etc.)
- Número do contrato (anexar cópia):
- Contato no órgão
- O órgão financiador foi informado do invento?
- Contrato via Fundação de Apoio da Universidade () sim () não

IV – Avaliadores

Indique três profissionais da UFCSPA para avaliar o presente projeto de pesquisa e convenção:

Nome:

Telefone:

Nome:

Telefone:

Nome:

Telefone:

Não é necessário preencher



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

V – Uso de Diversidade Biológica, Patrimônio Genético (PG) e Conhecimento Tradicional Associado (CTA)

Marque as opções ou cite as informações abaixo relacionadas.

Observar exigências da Medida Provisória nº 2186-16/01 (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/2186-16.htm)

Informe se possui autorização para acesso e/ou coleta de material biológico/PG/CTA para pesquisa:

(X) Não se aplica.

() Sim. Especifique: () IBAMA () CGEN () ANVISA () CNPq () IPHAN

Protocolo de Autorização: _____

VI – Relatório de Invenção

Utilize o espaço que julgar necessário para cada resposta.

Título Proposto para a Invenção

Desafios da Segurança

Resumo:

Desafios da Segurança é um box com dois jogos educacionais, produto do mestrado profissional de ensino na saúde da Enfermeira Charel de Matos Neves, que abordam os temas: transferência do cuidado e comunicação. O jogo 1 denominado Trilhando a Cirurgia Segura, é um jogo de tabuleiro onde o jogador percorre o caminho do paciente desde sua chegada ao bloco cirúrgico até o processo de alta, os *cards* que compõe o hoje trazem questões sobre a transferência do cuidado. O jogo 2 denominado Que Ferramenta Sou Eu? É um jogo de adivinhação que trabalha comunicação efetiva, onde o jogador terá uma carta no suporte de cabeça onde aparece uma imagem sugestiva para o uso de uma ferramenta de comunicação, os outros jogadores precisam simular sem falar para que o jogar adivinhe que ferramenta está sendo usada na cena. Cada carta traz em seu interior a explicação da ferramenta de comunicação utilizada.

Palavras-chave relacionadas ao invento

1.	Segurança do paciente	5.	
2.	Cultura	6.	
3.	Jogo sério	7.	
4.	Qualidade da assistência à saúde	8.	

Palavras-chave em Inglês

1.	Patient Safety	5.	
2.	Culture	6.	
3.	Serious Games;	7.	
4.	Quality of Health Care	8.	

Descrição DETALHADA do invento

Descrever de maneira suficiente a tecnologia que se pretende proteger, incluindo, por exemplo, materiais, métodos e exemplo(s) de concretização da tecnologia, de forma que um técnico no assunto seja capaz de reproduzir. Gráficos (preto e branco), tabelas, fotos, relatórios técnicos (enviados para agências de fomento ou outros órgãos), dentre outros arquivos que facilitem a compreensão, podem ser anexados.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

O produto deste trabalho consiste em um kit com dois jogos sério denominado Desafios da Segurança, o kit é composto por uma caixa onde contém um jogo de tabuleiro denominado Trilhando a Cirurgia Segura tem por objetivo ampliar os conhecimentos dos jogadores sobre transferência do cuidado e continuidade do serviço para que os mesmos consigam instituir isso nas suas práticas profissionais; e o segundo jogo é um jogo de adivinhações por meio de cartas denominado Que Ferramenta Sou Eu? Que tem por objetivo desenvolver o uso de ferramentas de comunicação. A escolha do tema do jogo se baseou no resultado da pesquisa de cultura de segurança da instituição realizada em 2017 e as necessidades apontadas na entrevista em grupo. Na base da caixa encontra-se o manual resumido dos jogos (anexo 1).

O jogo 1, Trilhando a Cirurgia Segura, é composto por um tabuleiro com 25 casa por onde percorrerá o peão, 20 cards com questões referentes a transferência do cuidado e continuidade do serviço, 4 peões, 1 dado, 1 ampulheta de 1 minuto. As questões dos cards foram elaboradas a partir de situações críticas similares a realidade da população alvo, conforme debatidas nas entrevistas em grupos (anexo 2).

Inicia-se o jogo pelo jogador com mais tempo de casa, o adversário irá lhe perguntar uma questão do cards e se ele acertar avança a casa no tabuleiro. Vence o jogo aquele que percorrer o tabuleiro primeiro até a casa final.

O jogo 2, Que Ferramenta Sou Eu?, é composto por 25 cartas dobráveis ilustradas com o uso de ferramentas de comunicação trazendo a explicação da ferramenta da ilustração em seu interior, 5 suportes de carta de cabeça, 1 dado e 1 ampulheta de 2 minutos (anexo 3).

O jogo inicia com o jogador que tirar o maior número no dado, este deve retirar uma carta sem olhar a imagem e colocar no suporte de cartas que estará na sua cabeça, os demais jogadores deverão simular sem verbalizar o uso da ferramenta ilustrada na carta do suporte do jogador iniciante para que o mesmo adivinhe qual ferramenta está sendo usada nesta situação. Ganha o jogo quem adivinhar o maior número de ferramentas de comunicação.

Dentro da caixa onde estarão armazenados os dois jogos consta o manual ilustrativo (anexo 4) dos jogos.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

(utilize o espaço que julgar necessário para cada resposta)

De forma geral, qual é o principal PROBLEMA resolvido pelo invento?

Problemas relacionados a comunicação entre equipes nos serviços de saúde.

Quais as principais VANTAGENS do invento?*

Exemplo: Eficiência, Produtividade, Qualidade do produto, Redução de resíduos, etc.

Criativo, prático, aplicável em qualquer realidade.

Qual a principal APLICAÇÃO da tecnologia? (uso presente e futuro da tecnologia)

Há outros possíveis usos, mais amplos que o verificado na presente invenção? Por favor, liste-os.

Treinamentos para equipes multiprofissionais em hospitais, clínicas, independente do setor. Aplicável também para trabalhar os assuntos durante a educação profissional em qualquer área da saúde.

Qual o DIFERENCIAL da tecnologia em relação ao existente?

Diante da descrição técnica detalhada do invento aponte a essência da invenção.

Por exemplo: de todo o processo, qual é a etapa essencial, condição operacional (dentro um intervalo, qual é o ponto ótimo), equipamento ou qualquer outro dispositivo (parte ou um todo), reagente/solvente nunca antes utilizado para o mesmo fim, composição/formulação responsável por efeito inesperado, produto, etc.

Por ser um jogo físico, não exige uso de tecnologias ou rede para ser aplicado. O que permite o uso em qualquer ambiente e sem exigir o conhecimento digital do usuário.

Compare a tecnologia com patentes existentes

Desconheço jogos de tabuleiro para aprendizagem dessas ferramentas.

Existe algum tipo de divulgação?

() Sim (x) Não

Se sim, QUANDO foi divulgado e qual o tipo da divulgação?*

Teses, dissertações, artigos, congressos, palestras, apresentações, livros, anais...

*Anexar cópia do documento que foi divulgado

Desvantagens e/ou Limitações do Invento

Por ser físico, as múltiplas manipulações podem causar danos ao material e até perda de algumas peças.

• NA SUA OPINIÃO, QUAL O ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO DE SEU INVENTO COM RELAÇÃO A COMERCIALIZAÇÃO?

- () Teórico
- () Pesquisa preliminar
- () Estágio avançado da pesquisa
- () Finalizada completa em laboratório



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

(X) Protótipo de trabalho

• **TIPO DA INVENÇÃO**

- () Processo
(X) Produto
() Método
() Outro

• **DATAS DE EVENTOS NO DESENVOLVIMENTO DO INVENTO:**

EVENTO	DATA APROXIMADA
Concepção	Agosto/2020
Início das Atividades	Maio/2020
Croquis e Desenhos	Junho a Julho/2020
Primeira Descrição (relato)	Julho/2020
Modelo (protótipo) em operação	Agosto/2020
Primeira Publicação	
Primeira Apresentação Oral	
Prova de validade do princípio	
Conclusão do protótipo	Julho/2020

• **NOVIDADE DO INVENTO**

	Sim	Não sei
1. Conhece outro invento com característica similar?		X
2. Houve alguma patente depositada/requerida de um invento similar?		X
3. Há pesquisa bibliográfica relacionada com o invento?		X

- Se 1 for afirmativo, indique as principais referências bibliográficas relacionadas ao presente invento, anexando, se possível, cópia:

• **EXPERIÊNCIA COM REGISTRO DE PROPRIEDADE INDUSTRIAL**

	Sim	Não
1. A presente invenção já foi revelada fora da Universidade?		X
2. <i>Esteve pessoalmente envolvido em outro processo de patente?</i>		X
3. Há alguma proteção de propriedade intelectual aplicada a esta invenção?		X

- Se 1 for afirmativo, informe detalhadamente, as circunstâncias e anexe cópia do trabalho. (Exemplo: Apresentação em conferências, publicações científicas em revistas, comunicações informais, patentes, normas)

Alertamos que a divulgação de aspectos da invenção que por ventura não tenham sido comunicados a este Escritório podem prejudicar a expedição da carta-patente no Brasil, assim como eventuais solicitações de patenteamento no Exterior.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

VII – Transferência de Tecnologia

Utilize o espaço que julgar necessário para cada resposta.

COMENTE SOBRE A POTENCIALIDADE DE USO/COMERCIALIZAÇÃO DA PRESENTE INVENÇÃO. (Especifique áreas de aplicação e/ou produtos que imaginam que possam utilizar esta nova tecnologia)

O jogo é aplicável em qualquer realidade hospitalar do Brasil para treinamentos internos e recepção de residentes/estagiários bem como integração de novos funcionários. É possível também sua aplicabilidade em cursos técnicos e de graduação nas áreas de enfermagem, nutrição, medicina, biomedicina, entre outros.

CITE MERCADOS, EMPRESAS OU OUTRAS INSTITUIÇÕES QUE PODERIAM TER INTERESSE EM CONHECER ESTA NOVA TECNOLOGIA (setores industriais / farmacêuticos / médicos / agronegócios)

Hospitais privados que investem em treinamentos lúdicos. Faculdades e cursos profissionais que trabalham com metodologias ativas de ensino. O Ministério da Saúde através do PROADI-SUS no projeto Paciente Seguro que auxilia os hospitais SUS de todo Brasil a implantarem as metas internacionais de segurança do paciente onde comunicação é a 2ª meta, entre outros projetos educacionais desenvolvidos no PROADI-SUS.



UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

VIII – Declaração

Declaro(amos) que todas informações acima descritas são verdadeiras.

Concordamos que em caso de ser efetivado o depósito de pedido de patente nos comprometemos a não divulgar os resultados obtidos, sem a prévia anuência do NITE-SAÚDE.

Ciência do(s) Inventor(es):

1) Nome: Charel de Matos Neves

Assinatura

[Assinatura]

2) Nome LUZIA FERNANDES MULLÃO

Assinatura

[Assinatura]
ALINE WINTER SUDBRACK

3) Nome

Assinatura

[Assinatura]
Ciências Sociais
UFCSPA

4) Nome

Assinatura

Ciência do Pró-reitor(a) e do Coordenador do Laboratório:

Carimbo

Assinatura Pró-reitor(a)

Data

Carimbo

Assinatura Coordenador do
Laboratório

Data



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

ANEXO 1 – CAIXA DOS JOGOS

Tampa da caixa:



Verso da caixa:





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

ANEXO 2 - JOGO 1 TRILHANDO A CIRURGIA SEGURA

Tabuleiro do jogo:



Cards do jogo:

Qual é o objetivo de cada etapa e como garantir a continuidade da prática para a sala de cirurgia? A) Fazer a limpeza para a limpeza de emergência que está ocorrendo e a limpeza, mas não para a limpeza de emergência. B) Não se preocupar, afinal não é nada quando passado o caso. C) Continuar com a limpeza e a limpeza do paciente, enquanto não estiver na sala de emergência. Não se preocupar com a limpeza. D) Continuar a limpeza do centro cirúrgico que a limpeza não passa a limpeza.	Qual é o objetivo de cada etapa e como garantir a continuidade da prática para a sala de cirurgia? A) Interromper a limpeza de emergência e a limpeza de emergência e a limpeza de emergência. B) Fazer a limpeza de emergência e a limpeza de emergência e a limpeza de emergência. C) Continuar a limpeza de emergência e a limpeza de emergência e a limpeza de emergência. D) Continuar a limpeza de emergência e a limpeza de emergência e a limpeza de emergência.	Qual é o objetivo de cada etapa e como garantir a continuidade da prática para a sala de cirurgia? A) Continuar a limpeza de emergência e a limpeza de emergência e a limpeza de emergência. B) Continuar a limpeza de emergência e a limpeza de emergência e a limpeza de emergência. C) Continuar a limpeza de emergência e a limpeza de emergência e a limpeza de emergência. D) Continuar a limpeza de emergência e a limpeza de emergência e a limpeza de emergência.	Qual é o objetivo de cada etapa e como garantir a continuidade da prática para a sala de cirurgia? A) Continuar a limpeza de emergência e a limpeza de emergência e a limpeza de emergência. B) Continuar a limpeza de emergência e a limpeza de emergência e a limpeza de emergência. C) Continuar a limpeza de emergência e a limpeza de emergência e a limpeza de emergência. D) Continuar a limpeza de emergência e a limpeza de emergência e a limpeza de emergência.	Qual é o objetivo de cada etapa e como garantir a continuidade da prática para a sala de cirurgia? A) Continuar a limpeza de emergência e a limpeza de emergência e a limpeza de emergência. B) Continuar a limpeza de emergência e a limpeza de emergência e a limpeza de emergência. C) Continuar a limpeza de emergência e a limpeza de emergência e a limpeza de emergência. D) Continuar a limpeza de emergência e a limpeza de emergência e a limpeza de emergência.	Qual é o objetivo de cada etapa e como garantir a continuidade da prática para a sala de cirurgia? A) Continuar a limpeza de emergência e a limpeza de emergência e a limpeza de emergência. B) Continuar a limpeza de emergência e a limpeza de emergência e a limpeza de emergência. C) Continuar a limpeza de emergência e a limpeza de emergência e a limpeza de emergência. D) Continuar a limpeza de emergência e a limpeza de emergência e a limpeza de emergência.
TRILHANDO A CIRURGIA SEGURA	TRILHANDO A CIRURGIA SEGURA	TRILHANDO A CIRURGIA SEGURA	TRILHANDO A CIRURGIA SEGURA	TRILHANDO A CIRURGIA SEGURA	TRILHANDO A CIRURGIA SEGURA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Peças do jogo:





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

ANEXO 3 – JOGO 2 QUE FERRAMENTA SOU EU?

Cards:



Peças:





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

ANEXO 4 – MANUAL ILUSTRATIVO

Ilustrações:
As imagens utilizadas nestas cartas fazem parte do banco de imagens online a gráuito Freepik, e as imagens de documentos institucionais foram autorizadas pela instituição.

Referências:
IC PATIENT SAFETY. A Quality Council. Working Together. Accelerating Improvement. Conjunto de ferramentas para mudança de cultura. Vol. 2. Tradução para Português 2019.
CONCALVES, Mariana Itamero et al. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. Texto & Contexto Enfermagem, v. 25, n. 1, 2016. Ministério da Saúde (BR).
Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anexo 03. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, 2015. Disponível em:
<https://www2.anvisa.gov.br/legislacao/paciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>

SILVA, Daniela de AMANTE, Lúcia Nazareth. Checklist para o transporte intra-hospitalar de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. Texto & Contexto Enfermagem, v. 24, n. 2, p. 539-547, 2015.
SOARES, Erick Aquino et al. Cultura de Segurança do Paciente e a Prática da Notificação de Eventos Adversos. Revista Eletrônica Acafo Saúde, n. 36, p. e0167-e0167, 2019.
SOLDA, Paulo. MATEUS, Walter. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 2 ed (revisão e ampliação). Rio de Janeiro, RJ: COLEÇÃO ENFOCO FICRUZ, 2019. 268 p. il. color. ISBN 978-85-8432-052-2
SAFETY STANDARDS Fundamentals Course, Module 3. Communication. Content last reviewed July 2018. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <https://www.ahrq.gov/teamships/instructor/fundamentals/Module3/communication.html>

WHO. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives. Geneva: 2008.

DESAFIOS DA SEGURANÇA

O jogo sério apresenta um método conveniente para os usuários praticarem habilidades em um ambiente seguro, incorporando interatividade.

Estudos demonstram que os jogos sérios aumentam a satisfação e os ganhos de conhecimento em relação às metodologias tradicionais de ensino, introduzindo fatores motivacionais e estruturas cognitivas que promovem a aprendizagem e mantêm os usuários motivados e engajados.

O desenvolvimento de material educativo e de ferramentas para apoiar a cultura de segurança no Hospital Ernesto Dornelles é o produto do mestrado profissional em ensino na escola de enfermagem Cheval de Méro Haves pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Desta forma, foram produzidos um jogo abordando o assunto Transfusão do Cuidado e outro com a temática Comunicação de Risco.

O jogo "Desafio da Segurança" é composto por:

DESAFIO DA SEGURANÇA	REGRAS
Jogo Trilhando a Cirurgia Segura	- Tabuleiro - Cartas com 20 cartas com perguntas de jogo de transferência de cuidado - Cartas de jogo de comunicação de risco - Cartas com 4 cartas
Jogo Que Paralelamente São 10?	- Cartas com 10 cartas para jogo de comunicação de risco - Cartas com 10 cartas para jogo de comunicação de risco - Cartas com 10 cartas para jogo de comunicação de risco

Tempo da caixa

Rece da caixa contendo o manual do jogo.

Jogo Trilhando a Cirurgia Segura

Tabuleiro

Cartas

Objetivo do jogo: Desenvolver habilidades de comunicação efetiva e incentivar o uso das ferramentas já implantadas na instituição a fim de melhorar a transferência do cuidado entre turnos e setores.

Público-alvo: Equipe de enfermagem.

Número de participantes:
Podem ser jogado em equipes (até 4 jogadores) ou jogadores individuais (até 4 jogadores). Cada equipe/jogador individual será representado por um pino. Uma pessoa deve ser escolhida para não participar do jogo e ser o mediador.

Como jogar:

- Os jogadores decidem entre si quem será o mediador, e o jogo inicia pelo jogador/equipe com membros com maior tempo de trabalho na instituição.
- O primeiro jogador joga o dado; o número sorteado corresponde ao número de casas do tabuleiro que o jogador deverá avançar. O jogador deverá executar a tarefa descrita na casa que sortear.
- Se o jogador parar em uma casa que oriente realizar um cartão, ele deve escolher uma carta e entregar para o mediador, que irá ler a pergunta. O mediador irá orientar sobre a ação em caso de acerto ou erro da resposta.
- Em situações em que a casa corresponde a "Todas as equipes respondem", após o mediador realizar a pergunta, responde quem levantar a mão primeiro.
- A cada resposta correta o jogador/equipe avança uma casa e passa a vez de jogar ao adversário. Ao vencer a casa por ter acertado a resposta, o jogador/equipe não executará a ação descrita na casa.
- No caso de resposta incorreta o jogador/equipe permanecerá na mesma casa.
- Os cartões sorteados, após respondidos, devem ser retirados do jogo.
- Vence o jogador/equipe que chegar ao final do jogo primeiro.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Jogo Que Ferramenta Sou Eu?

Supporte de Cartas



Cartas



Objetivo do jogo: Desenvolver o conhecimento e aplicabilidade de ferramentas de comunicação.

Público-alvo: Equipe de enfermagem.

Número de participantes:
Deverá ser jogado por jogadores individuais (até 5 jogadores). Cada jogador individual utilizará um suporte de cartas para cartas.

Como jogar:

1. Os jogadores decidem no dado quem inicia o jogo.
2. Todos jogam o dado, o jogador que tirar o maior número no dado inicia.
3. O jogador que tirou o maior número no dado será o primeiro a tentar adivinhar a ferramenta de comunicação que está na sua carta.
4. Os outros jogadores devem simular o uso da ferramenta que está no suporte do jogador inicial para que o mesmo consiga adivinhar.
5. Os jogadores não podem escrever durante a simulação e nem falar o nome da ferramenta ou para qual finalidade ela serve.
6. O jogador que está tentando adivinhar a ferramenta terá 3 tentativas de acerto.
7. Caso o jogador acerte, deve-se ler a carta da ferramenta e retirar-la do jogo.
8. Caso o jogador erre a esgota suas tentativas, deve-se ler a carta da ferramenta e retirá-la do jogo.
9. Após, inicia-se a simulação da carta do jogador que tirou o segundo maior valor e assim subsequentemente.

UM BOM JOGO À VOCÊ!

Rua Sarmento Leite, 245 • Porto Alegre, RS • CEP 90050-170 • Fone: 0 xx 51 3303 9000 • Fax: 0 xx 51 3303.8810 • www.ufcspa.edu.br