



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE**

**ADRIANA GONDIM DO AMARAL**

---

---

**ENSINO À DISTÂNCIA EM CIRURGIA SEGURA NA  
GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

---

---

Goiânia  
2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS FACULDADE DE  
MEDICINA

## TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

### 1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação     Tese     Outro\*: \_\_\_\_\_

\*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

**Exemplos:** Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

### 2. Nome completo do autor

ADRIANA GONDIM DO AMARAL

### 3. Título do trabalho

Ensino à distância em cirurgia segura na graduação em medicina.

### 4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento  SIM     NÃO<sup>1</sup>

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

- a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);
- b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

**Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.**



24/06/2022, às 08:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Edna Regina Silva Pereira, Professor do Magistério Superior**, em 24/06/2022, às 14:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2997065** eo código CRC **0EA7A02B**.

---

**Referência:** Processo nº 23070.033557/2022-12

**ADRIANA GONDIM DO AMARAL**

---

---

**ENSINO À DISTÂNCIA EM CIRURGIA SEGURA NA  
GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

---

---

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – nível Mestrado Profissional da Universidade Federal de Goiás como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ensino na Saúde.

**Orientadora:** Dra. Edna Regina Silva Pereira

**Área de concentração:** Ensino na Saúde

**Linha de pesquisa:** Concepções e práticas na formação dos profissionais da Saúde.

Goiânia  
2017

**Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.**

AMARAL, ADRIANA GONDIM DO AMARAL  
ENSINO À DISTÂNCIA EM CIRURGIA SEGURA NA  
GRADUAÇÃO EM MEDICINA [manuscrito] / ADRIANA GONDIM  
DO AMARAL AMARAL. - 2017.  
CIX, 109 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. EDNA REGINA SILVA  
PEREIRAPEREIRA.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás,  
Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação em Ensino  
na Saúde (Profissional), Goiânia, 2017.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, mapas, fotografias, abreviaturas, símbolos,  
gráfico, tabelas, algoritmos, lista de figuras, lista de tabelas.

1. EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA. 2. LISTA DE CHECKING.  
3. AVALIAÇÃO EDUCACIONAL. 4. SEGURANÇA DO  
PACIENTE. 5. EDUCAÇÃO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA  
. I. PEREIRA, EDNA REGINA SILVA PEREIRA, orient. II.  
Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE MEDICINA

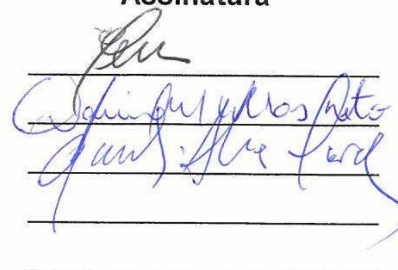
**Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde  
Mestrado Profissional em Ensino na Saúde**

ATA de Defesa de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Às oito horas do dia vinte e oito de março de dois mil e dezessete, reuniu-se na Faculdade de Farmácia a Comissão Julgadora infranomeada para proceder ao julgamento da Defesa de Mestrado apresentada pelo (a) Pós-Graduando (a) **ADRIANA GONDIM DO AMARAL**, intitulada “**ENSINO À DISTÂNCIA EM CIRURGIA SEGURA NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA**”, como parte de requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde, área de concentração **Ensino na Saúde**. O (A) Presidente da Comissão julgadora, **Prof.ª Dra. Edna Regina Silva Pereira**, concedeu a palavra ao (a) candidato (a) para exposição em até trinta minutos do seu trabalho. A seguir, o (a) senhor (a) presidente concedeu a palavra, pela ordem, sucessivamente aos Examinadores, os quais passaram a arguir o (a) candidato (a) durante o prazo máximo de vinte minutos, assegurando-se ao (à) mesmo (a) igual prazo para responder aos Senhores Examinadores. Ultimada a arguição, que se desenvolveu nos termos regimentais, a Comissão, em sessão secreta, expressou seu Julgamento, considerando o (a) candidato (a) APROVADA [Aprovado (a) ou Reprovado (a)]. Em face do resultado obtido, a Comissão Julgadora considerou o (a) candidato (a) **Adriana Gondim do Amaral** (  ) Habilitado (a) (  ) Não habilitado (a). Nada mais havendo a tratar, eu **Prof.ª Dra. Edna Regina Silva Pereira**, lavrei a presente ata que, após lida e julgada conforme, foi por todos assinada.

**Banca Examinadora**

Prof.ª Dra. Edna Regina Silva Pereira – presidente  
Prof. Dr. Daniel Messias Moraes Neto – titular  
Prof. Dr. Vardeli Alves de Moraes – titular  
Prof.ª Dra. Alessandra Vitorino Naghettini – suplente  
Prof.ª Dra. Dione Marçal Lima – suplente

**Assinatura**



A Banca Examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Dissertação:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

  
\_\_\_\_\_  
**Adriana Gondim do Amaral**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE**

**BANCA EXAMINADORA**

**Aluna:** Adriana Gondim do Amaral

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Edna Regina Silva Pereira

**Membros:**

**1. Prof. Dra. Edna Regina Silva Pereira**

**2. Prof.<sup>o</sup> Dr. Daniel Messias Moraes Neto**

**3. Prof. Dr. Vardeli Alves de Moraes**

**Suplentes:**

**1. Prof.<sup>a</sup> Dra. Alessandra Vitorino Naghettini**

**2. Prof.<sup>a</sup> Dra. Dione Marçal Lima**

**Data: 28/03/2017**

*Dedico este trabalho aos meus pais por me ensinarem ter amor aos estudos e sempre estarem  
ao meu lado.*

*Muito obrigada Zebino Amaral Filho e Liduina Amaral.*

*À minha irmã Tatiana Amaral, dedicada Professora Universitária, a qual me serve de  
exemplo diário.*

*À Minha Sobrinha e afilhada Valentina Amaral que representará o futuro, que seja sempre  
feliz.*

## AGRADECIMENTOS

---

Sou grata aos propósitos de Deus na minha vida, que diariamente abre caminhos e dá realização e vitórias aos meus sonhos.

Imensa admiração ao trabalho incansável de paciência da minha orientadora Edna Regina Silva Pereira pela sua dedicação ao ensino da saúde que transforma profissionais em professores.

Aos demais professores do Programa de Ensino da Saúde pela generosidade de compartilhar seus conhecimentos.

Aos colegas de mestrado do Ensino da Saúde de 2014 nessa longa caminhada dividindo alegrias, medos, inseguranças e realizações.

Aos meus tios José Maria do Amaral, Nizan Costa do Amaral, Afonso Costa do Amaral e Zélia Amaral. Professores da Universidade Federal do Maranhão minha imensa gratidão por tudo que me ensinaram ao longo do Curso de Medicina e da Vida.

Aos professores do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade de Goiás, Dr. Paulo Franscescantônio, Dra. Luciana Pinelli, Dr. Sebastião Leite, Dra. Vitalina Barbosa e Lorena Rocha Lobo pela presteza em sempre ajudar.

A professora Elda Jane Almeida e ao Alexandre Mendes Barbosa pela cooperação na construção do curso de cirurgia segura, através da Coordenação de Educação a Distância (CEAD).

Aos meus queridos Alunos dos módulos X e XI da Pontifícia Universidade de Goiás pela disposição de participar dessa pesquisa.

As minhas grandes amigas, Ângela Gilda, Edinamar e Eurides Pinho, por serem grandes incentivadoras e companheiras nos momentos de dificuldades.

Agradeço a todos aqueles que algumas maneiras contribuíram para a realização deste trabalho.

## QUADROS E FIGURAS

---

<b>Quadro 1</b>	Apresentação das metas internacionais para realização de prática segura do paciente pela Joint Commission International.....	21
<b>Quadro 2</b>	Conceitos de cultura de segurança do paciente descritos na Portaria N° 529/2013.....	23
<b>Quadro 3</b>	Apresentação esquemática das etapas das atividades no Curso em Ensino a distância de Cirurgia segura, Goiânia-GO, 2016.....	38
<b>Quadro 4</b>	Apresentação esquemática das etapas de coleta de dados conforme grupos intervenção e comparação, Goiânia-GO, 2016.....	40
<b>Figura 1</b>	Modelo do queijo suíço de James Reason (2000).....	25

## TABELAS E GRÁFICOS

---

---

<b>Tabela 1</b>	Caracterização demográfica dos grupos comparação e intervenção, Goiânia-GO, 2015 .....	43
<b>Tabela 2</b>	Verificação da importância da lista de verificação de cirurgia segura para os participantes, Goiânia-GO, 2015.....	44
<b>Tabela 3</b>	Levantamento do conhecimento pré-teste sobre segurança do paciente, Goiânia-GO, 2015 .....	45
<b>Tabela 4</b>	Avaliação da reação dos alunos ao curso cirurgia segura. Goiânia, GO, 2015. ....	47
<b>Tabela 5</b>	Avaliação de conteúdo antes e após do estudo EaD. Goiânia, GO, 2015 .....	48
<b>Tabela 6</b>	Comparação entre as médias de respostas dos critérios observados no <i>Objective Structured Clinical Examination</i> . Goiânia, GO, 2015 .....	50
<b>Gráfico 1</b>	Avaliação de conhecimento pré e pós-teste do curso em EaD. Goiânia, GO, 2015 .....	49
<b>Gráfico 2</b>	Comparação entre as médias de respostas dos critérios observados no <i>Objective Structured Clinical Examination</i> . Goiânia, GO, 2015 .....	51

## SIGLAS E ABREVIATURAS

---

ANS	Agência Nacional de Segurança do Paciente
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASA	American Society of Anesthesiologists
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
CEAD	Coordenação de Educação a Distância
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPSI	Canadian Patient Safety Institute
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EaD	Ensino à Distância
EUA	Estados Unidos da América
ICPS	International Classification for Patient Safety
IOM	Instituto de Medicina
JCI	Joint Commission International
MOODLE	Modular Object Oriented Dynamic Learning Environment
NSP	Núcleos de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
OSCE	Objective Structured Clinical Examination
PNSP	Programa Nacional Segurança Paciente
PSP	Plano de Segurança do Paciente
PUC-Goiás	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
SPSS	Statistical Package for Social Science
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido

## RESUMO

---

**AMARAL, AG. ENSINO À DISTÂNCIA EM CIRURGIA SEGURA NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA. [Dissertação] Goiânia (GO): Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Goiás, Goiânia-GO, 2017.**

**Introdução:** Qualquer procedimento relacionado à saúde envolve riscos; no entanto, os mesmos podem ser reduzidos com atitudes preventivas, evitando eventos adversos. O aprendizado da lista de verificação de cirurgia segura da Organização Mundial da Saúde (OMS) é um meio de gerar medidas preventivas nas salas cirúrgicas e formação de líderes para práticas seguras. **Objetivo:** Analisar os resultados de um curso de Educação à Distância (EaD) em cirurgia segura aos graduandos de medicina. **Metodologia:** Estudo quase experimental, com abordagem de intervenção educativa do tipo antes-e-depois, realizado em um Hospital de Ensino da Região Centro-Oeste no período de 10 de novembro de 2015 a 24 de janeiro de 2016. Participaram do estudo 95 alunos do quinto e sexto ano do curso de medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. A intervenção foi uma ação educativa complementar ao módulo de ensino tradicional e oferecida por meio de um curso de 20 horas em EaD, utilizando a Plataforma *Moodle*, sobre cirurgia segura durante 45 dias. Os estudantes foram divididos em dois grupos não randomizados: Grupo intervenção (n=48) e grupo comparação (n=47). Realizou-se estatística descritiva, teste de Wilcoxon, Mann-Whitney, Qui-Quadrado e análise de discriminação de itens. Foram realizados pré e pós teste com dez questões fechadas com quatro alternativas para verificação do conhecimento antes e após o curso em EaD. Após a intervenção, os estudantes do grupo intervenção e comparação foram avaliados quanto ao desempenho no *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE). **Resultados:** Dos 95 participantes, a maioria era do sexo feminino (67,2%), com predominância de estudantes com idade menor que 25 anos (53,7%). No grupo intervenção constatou-se que 28 alunos (58,3%) não conheciam o instrumento de lista de verificação de cirurgia segura. Quando perguntados sobre a importância do tema para a formação e para o benefício do paciente, 100% dos alunos responderam afirmativamente, e 100% também responderam que erros podem ser evitáveis com a utilização da lista de verificação. Na avaliação de conhecimento os estudantes do grupo intervenção apresentaram aumento significativo na nota média, de 5,10 no pré-teste para 6,16 no pós-teste (p=0,006). As médias obtidas no OSCE foi significativamente maior (9,07) no grupo intervenção, quando comparadas ao grupo comparação (1,06) (p<0,001). **Conclusão:** Estudantes do grupo intervenção que participaram do curso EaD apresentaram aquisição de conhecimentos. E um melhor desempenho no OSCE quando comparados ao grupo comparação.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente; Educação de graduação em medicina; Educação à distância, Lista de checagem, Avaliação educacional.

## ABSTRACT

---

**AMARAL,AG.TEACHING AT THE DISTANCE OF SAFE SURGERY IN THE GRADUATION IN MEDICINE. [Dissertation] Goiânia.**

**(GO): Graduate Program in Teaching in Health of the Federal University of Goiás, Goiânia-GO, 2017.**

**Introduction:** Any health-related procedure involves risks; however, they can be reduced with preventive attitudes, avoiding adverse events. The learning of the World Health Organization (WHO) safe surgery checklist is a means of generating preventive measures in the operating room and training leaders for safe practices. **Objective:** To analyze the results of a Distance Education (EAD) in a safe surgery for undergraduates of medicine. **Methodology:** A quasi-experimental study, with an approach of before-and-after educational intervention, carried out in a Teaching Hospital of the Center-West Region from November 10, 2015 to January 24. The intervention was an educational action complementary to the traditional teaching module and offered through a course of 20 hours in EaD, using The Moodle Platform, about safe surgery for 45 days. The students were divided into two non-randomized groups: intervention group (n = 48) and comparison group (n = 47). Descriptive statistics, Wilcoxon test, Mann-Whitney, Chi-Square and item discrimination analysis were performed. Pre-and post-test were carried out with ten closed questions with four alternatives to verify knowledge before and after the course in EaD. After the intervention, students in the intervention and comparison group were evaluated for performance on the Objective Structured Clinical Examination (OSCE). **Results:** Of the 95 participants, the majority were female (67.2%), with a predominance of students under the age of 25 (53.7%). In the intervention group, 28 students (58.3%) did not know the safe surgery checklist instrument. When asked about the importance of the subject for training and for the benefit of the patient, 100% of the students answered affirmatively, and 100% also answered that errors can be avoided with the use of the checklist. In the evaluation of knowledge, students in the intervention group presented a significant increase in the mean score, from 5.10 in the pre-test to 6.16 in the post-test (p = 0.006). The means obtained in the OSCE were significantly higher (9.07) in the intervention group, when compared to the comparison group (1.06) (p <0.001). **Conclusion:** Students in the intervention group who participated in the EaD course presented knowledge acquisition. And a better performance in the OSCE compared to the comparison group.

**Key words:** Patient safety; Undergraduate medical education; Checklist; Distance education; Educational assessment.

## SUMÁRIO

---

---

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	20
2.1 Segurança do paciente: um desafio global e nacional.....	20
2.2 Cultura de segurança do paciente .....	23
2.3 A lista de verificação para a segurança do paciente .....	27
2.4 Ensino e avaliação da lista de Verificação de cirurgia segura .....	29
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	32
3.1 Objetivo geral .....	32
3.2 Objetivos específicos .....	32
<b>4. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	33
4.1 Tipo de estudo .....	33
4.2 Cenário do estudo .....	34
4.3 Participantes .....	35
4.4 Procedimentos de coleta de dados .....	36
4.4.1 Primeira Etapa .....	36
4.4.2 Segunda Etapa .....	37
4.4.3 Terceira Etapa .....	38
4.4.4 Quarta Etapa .....	39
4.5 Procedimentos de análise de dados .....	41
4.6 Dimensão ética do estudo .....	42
<b>5. RESULTADOS</b> .....	43
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	52
6.1 Perfil dos participantes .....	52
6.2 A Cultura do erro e de Segurança do Paciente .....	53
6.3 Utilização e conhecimento do instrumento da a lista de verificação .....	57
6.4 O Ensino a Distância como treinamento para o uso da lista de verificação de cirurgia segura .....	61
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	66
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	67
<b>9. REFERÊNCIAS</b> .....	69

<b>10. PRODUTO TÉCNICO .....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>91</b>
<b>11. APÊNCICES.....</b>	<b>96</b>

# 1. INTRODUÇÃO

---

Contemporaneamente, a qualidade dos serviços de saúde prestada ao paciente tem ganhado evidência nas discussões das equipes de profissionais preocupados com a prevenção, promoção e recuperação da saúde (FASSINI et al., 2012; PIRES et al., 2013; FREITAS et al., 2014).

Em 2004 a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a *Aliança Mundial para Segurança do Paciente* com o objetivo de promover o desenvolvimento de uma política para melhorar a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde, com objetivos de evitar erros ou falhas na assistência à saúde (OMS, 2008; OMS, 2009; RUNCIMAN, 2009; ANVISA, 2013).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) apresenta a definição de erro ou falhas no sistema de saúde:

Erro é uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou como a aplicação de um plano incorreto. Os erros podem ocorrer por se fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução, por definição, não intencionais (ANVISA, 2013, p. 25).

Qualquer procedimento relacionado à saúde envolve riscos, porém os mesmos podem ser reduzidos com atitudes preventivas, evitando eventos adversos (CAPUCHO et al., 2010). Um evento adverso é uma lesão não intencional causada pela conduta médica, e não pelo processo da doença. Nessa perspectiva de segurança do paciente, há abordagens relacionadas às complicações em procedimentos cirúrgicos que são frequentes e representam um problema de saúde (FASSINI et al., 2012; PIRES et al., 2013; FREITAS et al., 2014).

Estimativas apresentam que em 2004 foram realizados 234 milhões de procedimentos cirúrgicos em todo o mundo, sendo 1 para cada 25 pessoas vivas, o que resultou em dois milhões de mortes relacionadas ao procedimento e sete milhões de complicações, sendo que 50% destes números poderiam ser evitados. Nos ambientes hospitalares, morre um paciente a cada trezentos atendidos. Ressalta-se ainda que 50% da causa morte está relacionada a erros durante procedimentos cirúrgicos que poderiam ser evitados (WEISER et al., 2008; FERRAZ, 2009).

Estudo realizado de 2004 destaca que o índice de insucesso em cirurgia é alto e pode variar de 3% a 17%. Estimando que 1 milhão de pessoas perdem suas vidas em atos cirúrgicos. Esse nível de perda é comparado com outras doenças como o da malária e da tuberculose (GAWANDE, 2011).

Em pesquisa realizada em 58 unidades hospitalares em países como a Argentina, Colômbia, Peru, Costa Rica e México, foi constatada que há uma prevalência de 10,5% de eventos adversos relacionados à segurança do paciente, sendo que mais de 28% resulta em incapacidades e 6% em morte. Este estudo aponta que em 60% dos casos poderiam ser evitados (VRIES et al., 2010).

Num dos principais relatos de prontuários de Utah-Colorado citou que 45% de todos os casos de eventos adversos aconteciam em pacientes cirúrgicos, desses 17% foram atos negligentes (deixar de fazer os procedimentos corretos) e 17% levaram a invalidez permanente, 3% sofreu evento adversos que poderia ser evitável (THOMAS et al., 2000).

No Brasil, estudo realizado em três hospitais de ensino, com objetivo de verificar os eventos adversos constatou que 66,7% dos eventos identificados eram passíveis de ser evitados. Foi repetido o estudo nos mesmos hospitais, no ano de 2012, e evidenciou que 65,8% dos pacientes apresentaram eventos adversos e desses 68,3% foram eventos adversos cirúrgicos que poderiam ser evitados. Os resultados apontam ainda que cerca de um a cada cinco pacientes que sofrem com eventos adversos cirúrgicos ficaram com sequelas permanentes ou evoluiu para óbito (MENDES, 2009; MENDES, 2012). Os dados apresentados revelam a dimensão dos problemas relacionados com a segurança do paciente, sobretudo os ligados aos procedimentos cirúrgicos. Isto é em decorrência da grande frequência e elevada gravidade do dano ao paciente. Assim, para Freitas et al. (2014) a insegurança em ato cirúrgico se apresenta como um problema grave de saúde pública e a qualidade dispensada a estes procedimentos revelam a gravidade do problema.

A preocupação com a segurança do paciente está presente na sociedade, na universidade, no seio familiar e na vida dos pacientes, que desejam ser cuidados com excelência pela equipe de profissionais multidisciplinares da saúde. Dessa maneira, a segurança do paciente deve ser prioridade na assistência hospitalar (OMS, 2009; VENDRAMINI, et al., 2010; PIRES et al., 2013). Esta problemática merece atenção, pois afeta a saúde humana, a integridade do profissional e a imagem da instituição.

De acordo com os dados fornecidos pela *Joint Commission International* (JCI) (2010), um em cada seis pacientes que dão entrada ao hospital pode vir a sofrer um erro

médico. Uma vez que este erro pode trazer graves consequências que, por vezes são irreversíveis, torna-se imprescindível que os profissionais incorporem uma cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar, utilizando práticas de assistência que reduzem as chances de erro nos procedimentos em saúde.

Cabe à instituição de saúde buscar ferramentas que possam melhorar a qualidade do cuidado prestado aos pacientes, com a finalidade de incorporação de uma cultura de segurança. Uma delas é agregar conhecimento ainda durante a formação profissional para qualificar o cuidado em saúde. Dessa forma o tema de segurança do paciente deverá estar nos currículos da área da saúde, onde o aluno e o educador possam participar de cenários de práticas que repercutam em uma atuação mais segura. Ainda mais os educadores precisam adotar estratégias de educação permanente e continuada e estejam engajados nos projetos pedagógicos, tanto no curso de graduação quanto na pós-graduação (URBANETO; GERHARDT, 2013).

Em 2004, foi lançado pela Aliança Mundial de Segurança do Paciente, treze metas para procedimentos médicos mais seguros na área da saúde, dentre essas metas, a meta onze está relacionada a formulação de guias curriculares voltados para a segurança do paciente aos alunos da graduação.

Tanto no ensino como na assistência, o foco está voltado para as competências que envolvem a questão da segurança, como demonstrado no *Canadian Patient Safety Institute* em 2008, que cita seis domínios básicos: contribuir para a cultura de segurança do paciente, trabalhar em equipes, comunicar-se efetivamente, gerenciar risco, compreensão das causas dos incidentes de segurança, otimizar fatores humanos e ambientais e reconhecer, responder e revelar eventos adversos aos pacientes.

Reforça a necessidade do ensino de segurança do paciente aos futuros profissionais da graduação de medicina e, como preconiza as diretrizes nacionais de 2001 (BRASIL, 2001) e, mais recente as de 2014 (BRASIL, 2014a), a construção do conhecimento deverá ser feita de forma autônoma, fazendo o uso de metodologias ativas, com a utilização de práticas significativas.

A metodologia ativa de aprendizagem se caracteriza pela construção do conhecimento, onde o aluno se torna protagonista do seu aprendizado com a capacidade de desenvolver conhecimentos, atitudes e habilidades para o exercício profissional futuro. A metodologia ativa propõe capacitar o aluno na prática, aprimorando sua capacidade de fazer, para atuar com eficiência diante do trabalho, assumindo responsabilidade e compromisso na

assistência segura.

Dentre as metodologias ativas podemos citar a problematização, ensino baseado em problemas, que motiva o aluno fazendo uma profunda reflexão diante do problema. Os métodos de ensino podem ser os mais variados: aulas teóricas, práticas clínicas, análise de vídeos, seminários, projetos individuais de grupos e entre outras metodologias ou estratégias de ensino. O mais importante é a escolha de um método que venha contemplar as competências dos objetivos da aprendizagem estabelecidos (BERBEL,1998; SAKAI E LIMA,1996)

Nesse sentido, o método de Ensino à Distância (EaD) é uma ferramenta relevante que permite transferir o saber de forma clara com significados e finalidades, aproxima professores e alunos e favorece o papel de mediador do professor. Nesse sentido, condiciona que as interações sejam intensas e cria possibilidades e ciclos de ações que facilitam o processo de construção do conhecimento (DONATO; GUIMARÃES, 2011; VALENTE, 2008).

Associado à estratégia EaD, o ensino da prática pode oferecer situações de simulação, onde o profissional será treinado para o futuro e terá condições de diminuir os danos, com supervisão e progressão de responsabilidades, obtendo o desafio de capacitar o aluno e trazer o melhor cuidado ao paciente (WACHTER, 2013).

Algumas ferramentas de manipulação simples podem garantir que todas as etapas de um processo sejam cumpridas, evitando falhas, um exemplo é a lista de verificação considerada um instrumento importante para evitar erros no ambiente hospitalar (WEISER et al., 2010; VATS et al., 2009; JERICÓ et al., 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou uma lista de verificação de segurança cirúrgica (*checklist*), com 19 itens divididos em três momentos: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala de operações. Este instrumento foi adaptado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) podendo ser usado em qualquer hospital. A lista de verificação subsidia as equipes cirúrgicas seguirem de forma sistemática passos críticos de segurança. A incorporação do uso deste protocolo tem como objetivo melhorar a assistência cirúrgica no mundo primando por padrões de segurança (OMS, 2008; MAHAJAN, 2011; SORIA et al., 2012; ANVISA, 2013).

Diversos estudos comprovam que o uso da lista de verificação durante os procedimentos cirúrgicos reduz as taxas de óbitos e demais complicações, aumentando adesão à antibioticoprofilaxia e diminuindo significativamente os números de erros em decorrência

de fragilidades no processo de comunicação da equipe (WEISER, et al., 2008; WEISER, et al., 2010; SEWELL et al., 2011; FOURCADE et al., 2012; KASATPIBAL et al., 2012, SORIA-ALEDO et al., 2012).

No Brasil, com base nos dados de 2010 e 2011, foram realizadas 4.056.250 e 4.123.794 procedimentos cirúrgicos, respectivamente. Dentre esses foi registrada ocorrência de 3% de eventos adversos, que correspondeu a 121.687,5 em 2010 e 123.713,82 em 2011, de pacientes atingidos (ANVISA, 2013).

Contudo, mesmo diante da constatação dos benefícios do uso da lista de verificação nos procedimentos cirúrgicos, pesquisas têm comprovado a baixa adesão ao protocolo, o que provavelmente pode estar refletindo na ocorrência de eventos adversos em cirurgia. Estes estudos têm reforçado a importância do desenvolvimento de estratégias na regulação desse procedimento e ainda a sensibilização e capacitação das equipes cirúrgicas (SEWELL et al., 2011; CORREGGIO, 2012; FOURCADE et al., 2012; FREITAS, 2014; JUNIOR, 2015).

Segundo Freitas et al. (2014), no Brasil não existe nenhum tipo de estudo publicado sobre adesão à lista de verificação cirúrgica segura da OMS. Destaca que um campo propício para trabalhar esta temática seria os hospitais universitários, pois possui uma característica peculiar de aprendizagem, podendo ser um ambiente estratégico para incorporação desta medida preventiva nos serviços de saúde. O autor destaca ainda que o conhecimento do processo de implantação e da importância da adesão à lista de verificação, acrescido das fases não cumpridas pelas equipes cirúrgicas, podem propiciar reconhecer as barreiras para sua utilização efetiva, trazendo elementos para adequações fundamentais para uma implantação apropriada, garantindo assim a segurança do paciente.

Diante da importância do tema, existe grande necessidade de intervenções educativas nesta área. Faz-se necessário estudos que explorem as experiências, opiniões e perspectivas dos profissionais na utilização deste novo instrumento (CORREGGIO, 2012; REIS et al., 2013; FREITAS et al., 2014; JUNIOR, 2015).

Considerando a magnitude dos erros e eventos adversos em decorrência do não uso da lista de verificação de cirurgia segura e da dificuldade de adesão ao uso por parte do profissional da área da saúde, o objetivo do presente estudo é avaliar os resultados de um programa de Educação à Distância em Cirurgia Segura para o aluno da graduação em Medicina. Desta maneira, pretende-se: apresentar ao aluno da Graduação de Medicina as diretrizes de segurança em cirurgia segura e demonstrar a proposta do segundo desafio global que representa um compromisso da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da

Saúde (MS) do Brasil, em desenvolver uma assistência segura em cirurgia. Cabe esse esforço conjunto das agências governamentais e universidades, através do programa de segurança do paciente, o preparo dos graduandos e profissionais da saúde, para que exerçam essa competência em cirurgia segura.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

---

### 2.1 Segurança do paciente: um desafio global e nacional

Estudos realizados na Austrália, Inglaterra, Canadá, Nova Zelândia, Dinamarca, França, Portugal, Turquia, Espanha, Suécia, Holanda e no Brasil, constatou que em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento nocivo e destes 50% são evitáveis (WILSON et al., 1995; VINCENT et al., 2001; BAKER et al., 2004; DAVIS et al., 2001; SCHIOLER et al., 2002; MICHEL et al., 2004; ARANAZ-ANDRÉS, et al., 2008; DEVRIES et al., 2008; MENDES et al., 2009; SOOP, et al., 2009; ZEGERS et al., 2009; SOUSA, et al.; 2011; LETAIEF et al., 2011). Estas constatações apresentam que a segurança do paciente tem sido foco de iniciativas em instituições em todo o mundo nas últimas décadas (JUNIOR, 2005).

O tema segurança do paciente vem suscitando grandes preocupações em escala global, e ainda sugerindo um novo modelo de prática dos profissionais da saúde. Uma prática em que favoreça um repensar em relação à assistência, realizando correções contínuas. Este modelo de prática mostra que o ser humano pode errar, porém se faz necessário criar elementos que antecipem, previnam e interceptem estes erros. Entretanto, o campo da saúde o está ignorando mesmo diante a importância da segurança do paciente (WACHTER, 2010).

A Aliança Mundial para Segurança do Paciente lançada pela OMS, em 2004, possibilitou a implantação de várias estratégias por meio de campanhas de segurança do paciente, com desafios e dimensões globais. Inicialmente foram estabelecidos três desafios: uma assistência limpa é uma assistência mais segura, cirurgias seguras salvam vidas e prevenção da resistência aos antimicrobianos. Contudo, em 2008, o campo das ações foi a assistência cirúrgica, na qual foi elaborado um manual “Cirurgia Segura Salva Vidas”, sendo o mesmo adaptado pela ANVISA e amplamente divulgado no Brasil (OMS, 2008; OMS, 2009; RUNCIMAN, 2009; ANVISA, 2013).

Vale destacar que a *Joint Commission International* (2008) também estabeleceu oito metas em nível internacional para a realização de prática segura do paciente (Quadro 1).

**Quadro 1.** Metas internacionais para realização de prática segura do paciente pela *Joint Commission International*

<b>Metas para a realização de prática segura do paciente</b>
1. Identificar corretamente o paciente
2. Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde
3. Melhorar a segurança no uso de medicações
4. Conferir e avaliar com periodicidade os medicamentos usados na continuidade do cuidado
5. Reduzir o risco de infecções associadas à assistência à saúde
6. Reduzir o risco de dano ao paciente resultante de quedas
7. Incentivar o envolvimento do paciente no seu cuidado como estratégia de segurança
8. Estimular o hospital na identificação dos riscos à segurança inerentes ao tipo de população atendida

Fonte: *Joint Commission International*, 2008.

Esta temática se tornou pauta central na estratégia de várias organizações internacionais, quais sejam: a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, lançada pela Organização Mundial de Saúde em 2004; o de Alto Nível para Serviços de Saúde e Cuidados Médicos da Europa; a conferência da presidência Luxemburguesa da União Europeia em 2005; a reunião final da Federação Europeia de Hospitais e Serviços de Saúde, Exchange Programme, em 2005, que apresentou o tema Segurança do Paciente: Aprender, Partilhar, Melhorar (PAESE, 2010).

No Brasil foi criado pela Agência Nacional de Segurança do Paciente (ANS) um documento, que traz como título Sete Passos para a Segurança do paciente: um guia para o Serviço Nacional de Saúde, que tem como objetivo definir pontos-chaves a serem adotados para melhorar a segurança e qualidade da assistência ao paciente (PAESE, 2010; CORREGIO, 2012).

A *International Classification for Patient Safety (ICPS)* da OMS apresenta como definição de segurança do paciente a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário ao paciente associado ao cuidado de saúde (OMS, 2009). Alguns autores abordam estes como princípios primordiais para o cuidado com o paciente e principal quesito para atingir a qualidade na assistência e segurança dos mesmos (DALSASSO et al., 2010; PIRES et al., 2013). Deste modo, faz-se mister adotar estratégias a fim de reduzir os erros e

também eventos adversos nas Instituições da área da saúde. Estes erros podem ser prevenidos por meio de adesão a medidas simples e seguras de prevenção. Daí a importância desta adesão e divulgação destas estratégias estabelecidas (VENDRAMINI, 2010; REIS et al., 2013).

O Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) no início deste século incorporou “segurança do paciente” como um dos seis atributos da qualidade, com a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade (CHASSIN et al., 1998).

As ações que tem como premissa a segurança do paciente são de fundamental importância para a diminuição da incidência de eventos adversos, que estão ocorrendo frequentemente em todo o mundo. No Brasil não se têm dados estatísticos que podem revelar a situação do contexto nacional, porém estimativas apresentam a ocorrência de 6.801 eventos adversos por dia, sendo por mês 204.030 e 2.4823.65 por ano. Segundo os dados da Federação Brasileira de Hospitais existem em nosso país 6.832 hospitais, sendo eles públicos e privados (CORREGIO, 2012; FBH, 2015). Nesse sentido, os dados e estimativas revelam a grandeza do problema e a carência de ações do poder público e das instituições de saúde.

Quando a ANVISA foi criada em 1999, o processo de registro de produtos para a saúde foi constituído. No entanto, no país não havia acompanhamento do desempenho dos produtos comercializados. Para atender esta demanda, a ANVISA criou em 2001 um projeto intitulado *Hospital Sentinela* com o objetivo de melhorar a vigilância, com informação qualificada e isenta de conflito de interesse sobre o desempenho e segurança de produtos submetidos à vigilância sanitária. A ANVISA foi precursora nesse modelo de projeto e por meio de acordos de cooperação internacional, tem comunicado sua experiência para os países de língua portuguesa e o México (ANVISA, 2011).

No Brasil foi criado pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) em 2008, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, que tinha como objetivo principal difundir a cultura de segurança do paciente para todas as instituições de saúde, trabalhadores e para os familiares de pacientes (BATALHA, 2012).

Estas ações são importantes, pois segundo Vendramini (2010), eventos adversos de grande gravidade vêm acontecendo nos procedimentos cirúrgicos como: cirurgia realizada em local errado, cirurgia realizada em paciente errado, procedimento cirúrgico errado, retenção de objeto estranho no interior do paciente após o procedimento cirúrgico, morte no intra-operatório ou pós-operatório. Neste contexto justifica-se a implantação de protocolos, pelas instituições de saúde seja ela governamental ou privada, com o objetivo de evitar erros e

eventos adversos nos procedimentos cirúrgicos (DUARTE, et al., 2006; VENDRAMINI, 2010).

Portanto, ter a cultura de segurança do paciente como prioridade nas instituições de saúde desperta nos profissionais envolvidos o desejo de busca pela qualidade durante todo processo de cuidado com o paciente (WACHTER, 2010).

## 2.2 Cultura de Segurança do Paciente

A cultura pode ser conceituada como um “sistema de ideias, conhecimentos, técnicas e componentes, que determinam atitudes e padrões de comportamento que distingue uma determinada sociedade” (MICHAELIS, 2008). A cultura é incorporada no transcorrer do tempo, influenciada pelo ambiente social que convivemos. Assim, pode-se afirmar que a cultura é construída pelas relações e interações humanas, não sendo uma característica hereditária (OBADIA, 2004).

Antes de iniciar a revisão bibliográfica referente à cultura de segurança, faz-se necessário apresentar a definição de cultura do paciente transcrita da OMS e apresentada pela Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013 que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), conforme descrito no Quadro 2 (OMS, 2009; MS, 2013).

### **Quadro 2.** Conceitos de cultura de segurança do paciente descritos na Portaria Nº 529/2013

<b>Conceitos de cultura de segurança do paciente</b>
Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestões, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares.
Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais.
Cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança.
Cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional.
Cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

O artigo 3º da Portaria nº 529/2013, traz a definição dos objetivos específicos Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP): promover e apoiar a implementação de

iniciativas voltadas à segurança do paciente, com o apoio do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos locais de saúde; envolver os familiares de forma ativa neste processo, aumentando a participação da sociedade nos processos de informação sobre a segurança do paciente; produzir, sistematizar e disseminar conhecimentos relativos à segurança do paciente; e promover a inserção da temática sobre segurança do paciente no ensino nas áreas da saúde como: ensino técnico, na graduação e na pós-graduação (BRASIL, 2014).

A PNSP se norteia por meio de quatro eixos que são: o estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; e o desenvolvimento de pesquisa sobre o tema. Deste modo, a cultura de segurança do paciente é componente que premia esses quatro eixos (BRASIL, 2014).

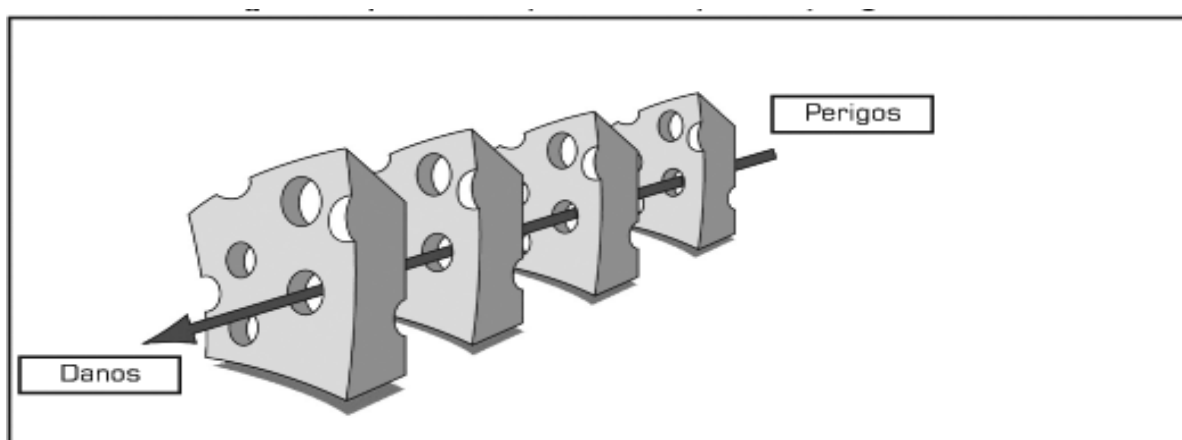
Neste contexto, a segurança não inibe a liberdade, pelo contrário, se torna uma condição para o exercício e elo para propiciar a qualidade e excelência na vida do indivíduo (SANTOS, 2010). Há um consenso entre a sociedade e os profissionais da saúde que estes últimos não erram. Esta ideia se estabelece desde a graduação (que os “bons profissionais da saúde não erram”, ou de que “basta ter atenção que não há erro”), assim é uma pequena minoria que se conscientizou que errar é humano (REASON, 2000). Deste modo, não tem a possibilidade de organizar os serviços em saúde sem levar em consideração que os profissionais estão passíveis a erro, e que errar é de natureza humana. Contudo, cabe aos sistemas de saúde criar ferramentas para prevenir que o erro afete o paciente (BRASIL, 2014).

Entretanto, faz-se entender que fatores como, falhas humanas, falhas organizacionais ou técnicas e falhas da gestão das instituições levam ao erro humano. Porém deve-se compreender que estes não são a única causa de acidentes, isto por que os acidentes não decorrem de um único problema (OBADIA, 2004).

O psicólogo James Reason, da Universidade de Manchester, contribuiu com a OMS na definição de que o erro é uma falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. O modelo de barreiras para impedir que o erro atinja o paciente, pode se justificar em decorrência da ciência que os erros podem ser ativos ou latentes. São considerados erros ativos aqueles relacionados a atos inseguros realizados pelo indivíduo que se relaciona diretamente com o sistema de saúde. Já os erros latentes dizem respeito aos atos ou ações passíveis de serem evitadas dentro do sistema de saúde, que surgem em detrimento da gestão. (REASON, 2000; REASON, 2003).

O modelo de queijo suíço na Figura 1 enfoca a sequência para gerenciar o erro ou a falha que podem causar danos ao paciente. Cada parte do queijo representa uma barreira que significa um componente fundamental para a segurança do paciente (profissionais atualizados, uso de protocolos clínicos, uso da lista de verificação cirúrgicas, protocolos de higiene das mãos e dose unitária de medicamentos). Nas ausências de tais barreiras, o erro chegará diretamente ao paciente. Este modelo tem o objetivo de criar essas barreiras de proteção, evitando que os buracos se alinhem e que o erro atinja o paciente (WACHTER, 2010).

**Figura 1.** Modelo do queijo suíço de James Reason (2000)



Fonte: WACHTER (2010) p.36.

O Programa Nacional de Segurança do paciente (PNSP) serve de auxílio para obter informações necessárias para organizar e articular ações em busca da prevenção destes danos que por vezes são fatais (WACHTER, 2010). Assim sendo, para garantir a adesão de atitudes seguras por todos os profissionais com o objetivo de garantir a segurança do paciente, é imprescindível a construção de uma nova cultura que compreenda os valores, crenças e normas do que é fundamental na instituição e quais atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são esperados (AGENCY FOR HEALTH CARE RESEARCH AND QUALITY, 2009).

A cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde pode ser concebida como uma nova estratégia para pensar e agir diante da ocorrência ou da prevenção de eventos adversos na instituição, tendo como objetivo a segurança do paciente. Pode ser conceituada como “resultado das atitudes, percepções, competências, padrões de comportamento e valores de um grupo que irão determinar o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde e de uma gestão de segurança” (SEXTON et al., 2006, p. 02).

De acordo com Lucian Leape (2009), o princípio norteador desta abordagem deve

considerar que os eventos adversos não acontecem em decorrência da maldade de algum indivíduo, mas ocorre devido a sistemas de atendimentos mal delimitados o que resulta em danos aos pacientes. Esta visão retira o foco no erro individual e o direciona para problemas no sistema. Ressalta ainda que, por mais que os olhares estejam direcionados sobre a segurança do paciente, com a implantação de práticas seguras, torna cada dia mais evidente que para alcançar a excelência na segurança do paciente nas instituições de saúde exige muito mais. Assim, tem surgido várias vertentes, entre elas destaca a importância de maior engajamento por parte dos pacientes, da necessidade de transparência durante todo processo de cuidar.

Leape destaca ainda, que no contexto organizacional dos hospitais, seis mudanças são necessárias para se iniciar a trajetória com vistas ao desenvolvimento da cultura da segurança: é necessário mudar a identificação de erros como falhas individuais, para compreendê-los como causados por falhas do sistema; é necessário mudar de um ambiente punitivo para uma cultura justa; mudar do sigilo para a transparência; o cuidado deve deixar de ser centrado no médico para ser centrado no paciente; mudar os modelos de cuidado baseados na excelência do desempenho individual, para modelos de cuidado realizado por equipe profissional interdependente.

James Reason apresentou uma cultura de segurança baseada na cultura de informação. Esta perspectiva parte da premissa que os gestores e profissionais da ponta do serviço conhecem os fatores humanos, técnicos, organizacionais e ambientais necessários para segurança (REASON, 2000; REASON, 2003).

Compreende que existe uma interação conceitual para compreender a cultura de segurança, isto em nível de quatro culturas que são: a cultura de aprendizado para implementar reformas no sistema, tendo assim a disposição e competência para atuar no sistema de informações de segurança; a cultura de justiça, que origina um clima de confiança no qual os indivíduos são instigados e compensados por fornecer informações sobre a segurança; a cultura de flexibilidade, para mudar o modo hierárquico tradicional para uma estrutura onde, em situações de emergência, os especialistas controlam e depois retornam ao modelo burocrático tradicional; e a cultura de relato, que promove um clima organizacional em que as pessoas possuem o hábito de relatar os erros, inclusive aqueles que cometeram o erro (OBADIA, 2004).

Percebe-se que os profissionais da saúde estão preocupados com o tema segurança do paciente, porém tem enfrentado dificuldades na implantação de estratégias para a

prevenção de eventos adversos (CORRIGGIO, 2012). Segundo Quês et al. (2010), a dificuldade no processo de comunicação e notificação do evento nocivo, a rejeição de aceitar o erro devido ao temor de punição caso seja descoberto e notificado, se apresentam um grande problema para os profissionais. Esta problemática exige das organizações sanitárias um trabalho intenso em busca da segurança clínica, para a mudança de pensamento e concepções em busca do reconhecimento dos erros cometidos para o registro fidedigno dos fatos.

Diante do exposto, Silva (2009) apresenta que é fundamental a mudança cultural referente à segurança do paciente assegurando a importância da implantação de medidas eficientes para prevenção e redução dos riscos e eventos adversos. Neste contexto, a Portaria Nº 529/2013 apresenta um conjunto de protocolos que foram desenvolvidos pela OMS. São eles: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas; prevenção de úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais (MS, 2013; BRASIL, 2014).

O que desencadeou a OMS a desenvolver estes protocolos foi o baixo custo para implantação, a dimensão global e frequência que os erros e eventos adversos vêm atingindo em decorrência do não uso dos protocolos. As pesquisas que foram utilizadas pela OMS para definir estas prioridades são de países desenvolvidos, o que ressalta para os pesquisadores brasileiros a necessidade de desenvolvimento de pesquisas sobre a segurança do paciente no Brasil (BRASIL, 2014).

Os protocolos são instrumentos obrigatórios nos planos locais de segurança do paciente que propicia a construção de uma prática segura nas instituições de saúde, referido na RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da ANVISA (ANVISA, 2013).

### **2.3 Lista de verificação para a segurança do paciente**

A lista de verificação para a segurança do paciente foi aplicada pela primeira vez em 1930, com o objetivo de eliminar o erro humano na aviação. Posteriormente foi sendo adaptado para as indústrias e instituições de saúde (VRIES et al., 2009). A JCI criou e implementou em 2003 um protocolo universal para ser usado e adaptado mundialmente, especialmente pelo Colégio Americano de Cirurgiões (OMS, 2009). A Cirurgia Segura Salva Vidas, foi implantado em 2007 e 2008, sendo um desafio de nível global para segurança do

paciente com o foco na redução de ocorrência de danos ao paciente cirúrgico, definindo padrões de segurança aplicáveis a todos os países membros da Organização Mundial de Saúde (MS, 2009).

Este protocolo criado em 2003 tem como premissa prevenir erros quanto ao local, paciente e procedimento errados. A lista de verificação de cirurgia segura é composta por 19 itens divididos em três etapas: verificação, marcação e *time out*. A primeira etapa de verificação confirma a identidade do paciente, local da cirurgia e nome do procedimento cirúrgico, com aplicação do termo de consentimento e verificação do registro e das radiografias. Esta etapa pode ser realizada em qualquer momento pré-operatório (OMS, 2009; PANCIERI et al., 2013).

A segunda etapa é a marcação que é realizada no local onde vai ser operado, esta marcação deve ser visível e realizada com um marcador de tinta permanente (OMS, 2009). A terceira etapa é *time out*, que refere a uma pausa antes da incisão, nesta pausa o cirurgião confirma em voz alta a identificação do paciente, o procedimento, o lado e local cirúrgico, com posterior confirmação pelo anestesista ou enfermeiro (OMS, 2009; PANCIERI et al., 2013). Ainda, nos casos em que envolvam lateralidade ou múltiplas estruturas ou níveis, este item precisa ser confirmado visual e verbalmente com o cirurgião e com o paciente consciente e orientado, possibilitando a verificação retroativa (OMS, 2009; PANCIERI et al., 2013).

No ano de 2006, a OMS, desenvolveu um projeto com o foco em analisar as intervenções pré e pós-operatório com o uso da lista de verificação de cirurgia segura. Esta avaliação aconteceu em oito centros cirúrgicos que participavam do programa Hospitais Seguros Salvam Vidas, foram selecionados quatro centros cirúrgicos privados e quatro públicos. Os países em que o projeto foi desenvolvido foram: Canadá, Índia, Jordânia, Filipinas, Nova Zelândia, Tanzânia, Inglaterra e EUA, constatando que o uso da lista de verificação oferece o dobro de chance do desenvolvimento do tratamento cirúrgico com segurança adequada para não acontecimento de eventos adversos, havendo a redução da mortalidade e morbidade (WALKER et al., 2012; PANCIERI et al., 2013).

Diante deste contexto, pode-se afirmar que a lista de verificação é uma excelente ferramenta para prevenção de danos ao paciente. A adesão à mesma pode salvar vidas e ainda garantir a qualidade no serviço prestado aos pacientes e familiares.

## 2.4 Ensino e Avaliação da lista de verificação de Cirurgia Segura

A preocupação com segurança do paciente a cada ano traz novas tecnologias para gestão em Saúde. Desse modo, é necessário que as políticas indutoras de formação busquem o aprofundamento para promover a capacitação em segurança do paciente tanto na graduação como na pós-graduação (FEURWERKER, 2002).

Em 2001 as escolas de odontologia, medicina, enfermagem e farmácia, foram orientadas a incluir em seus currículos o ensino de segurança do paciente, isso baseado no guia da Organização Mundial de Saúde (BRASIL,2001). Este guia por outro lado baseou-se nas seis competências do *Canadian Patient Safety Institute* (CPSI) (OMS, 2009).

Conforme a Portaria nº 529/2013, o papel fundamental do Programa Nacional de Segurança do Paciente é de difusão deste conhecimento, sendo apresentado de forma de aperfeiçoamento, atualizações, presenciais, semipresenciais e a distância (MS,2013).

Nesse sentido, para capacitar e atingir um maior número de alunos tem-se o ensino a distância como estratégia de ensino formativa. As inovações tecnicistas trazem um novo desafio ao professor, a possibilidade de interação a distância, campo de interação e compartilhamento de conteúdo entre docentes e discentes. O Ambiente Virtual de Aprendizado (AVA) tornou-se um espaço para aproximar as pessoas. O Ensino à distância é uma proposta de inclusão e atende os anseios das novas gerações. As vantagens observadas são o encurtamento de distâncias e a transmissão do conhecimento de forma global (DONATO; GUIMARÃES, 2011).

Nessa nova proposta de ensino do uso de novas tecnologias, busca-se incorporar essa tecnologia com a prática do professor (SCHLUNZEN JUNIOR; 2011). O uso dessa prática em ambiente AVA traz uma amplitude de conhecimento, promovendo problematização de cenários reais, propiciando novas formas de debates, pensar e flexibilizar pontos de vistas (SOUZA, 2014).

Essa forma de ensinar traz grandes mudanças ao professor, que nesse contexto faz o papel de mediador e organizador do conhecimento. Nesse ambiente virtual criam-se oportunidades iguais a todos de pensar, agir e falar, na qual existe uma colaboração mútua no aprendizado quebrando, nesse sentido, as formas de ensino tradicional (SOUZA, 2014).

O elemento fundamental é apresentar casos cirúrgicos, onde os alunos se veem envolvidos num ambiente virtual, que possa criar um espírito crítico sob a realidade

apresentada. Dessa forma o aluno vai construir novos conceitos por meio da elaboração em conjunto com o grupo, que trarão consigo o aprimoramento de habilidades necessárias para o tema que visa à segurança do paciente. Outra possibilidade desse ambiente seria a capacidade de auto avaliação e seu posicionamento sobre as questões discutidas, possibilitando ao professor-mediador realizar o *feedback* imediato sobre o conhecimento apresentado (DONATO, 2011).

Um grande desafio é capacitar o aluno, resultando no melhor cuidado ao paciente, além de buscar o equilíbrio ideal entre aprendizado, autonomia e supervisão. Além de oportunizar formas de os estudantes aprenderem sem estarem praticando em pacientes reais. O treinamento do estudante da graduação requer demandas importantes e a necessidade de supervisão constantes. Existe a necessidade criar um ambiente de treinamento, onde os pacientes estejam protegidos (WACHTER, 2013).

Estudos demonstraram que treinamentos usando técnicas de simulação com casos cirúrgicos reais, ocasionam a melhoria no desempenho e diminuiu as incidências de erros em procedimentos como laparoscopia e colecistectomia (BOYLE E et al., 2011; AHLBERG et al., 2007).

Por tradição na medicina, o treinamento médico prioriza o fazer e a autonomia dos aprendizes em seus atos. Mas eticamente isso é preocupante, pois ao relembrar o queijo suíço de Reason, os profissionais deveriam fazer suas atividades de maneira mais capacitada possível para suas atribuições. Daí surge a necessidade de uma revisão na forma de ensinar, visto que não se deve apreender com os erros e tão pouco com estudantes e residentes mais velhos (WACHTER, 2013).

Dessa forma, a tendência pedagógica utilizando o método Ensino à Distância (EaD) permite essa revisão, pois o estudante aprende por meio de situações criadas em um ambiente simulado e supervisionado por um observador. Demonstra ser menos invasivo e pode ajudar a aumentar a competência técnica dos alunos com mais segurança (SOUZA, 2014).

Futuramente em ambientes reais suas qualificações poderão ser aferidas de maneira supervisionada por um professor responsável. Com essa atitude preserva-se a integridade do futuro profissional e a judicialização da medicina. Nesse sentido, treinar os graduandos poderá prevenir atos de imperícia (não saber fazer), imprudência (executar algo errado) ou negligência (deixar de fazer um determinado procedimento correto). O principal objetivo é promover ações defensivas e preventivas que possam contribuir para os eventos adversos ou danos evitáveis (GAWANDE, 2011; WACHTER, 2013). Nessa perspectiva, tem-se que a

avaliação de prática simulada garante o aprendizado de forma ética, minimizando os riscos para pacientes reais e diminuindo o stress do aluno (NEWBLE, 2004; STILSON, 2009).

O *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) mostra-se adequado para avaliação clínica, sendo importante instrumento para o aprendizado do aluno que permite criar situações reais em pacientes e ambientes especialmente confeccionados. É também capaz de ser útil na interpretação dos resultados decorrentes do processo de ensino-aprendizagem (SANDOVAL, 2010; PEREIRA, 2012).

A metodologia tradicional se preocupa muito com “o quê”, enquanto a metodologia ativa com o “fazer e o como”. Desse modo pode-se avaliar o “fazer” por meio do *OSCE*. O professor e o aluno podem também lançar mão de mais um recurso que seria o *feedback*. Essa metodologia ativa poderá corrigir falhas no momento exato da avaliação simulada. Além de promover uma avaliação imediata do seu desempenho, o professor pode ponderar no exato momento da avaliação os pontos positivos e negativos (TRONCON, 2007).

Todas essas metodologias empregadas, como o *feedback* e o *OSCE* na área da saúde visam colaborar com o processo de ensino e aprendizagem que envolve a nova orientação dos currículos baseado em competências que têm como prioridade inserir o aluno no cenário de prática (BRASIL, 2014).

Entende-se que o preparo do aluno para uma prática profissional reflexiva, assegura responsabilidade no cuidado da saúde e depende do método e das estratégias de ensino empregadas (ARAGÃO; FERREIRA; PREZOTTO, 2012).

Diante de tão relevante tema de segurança do paciente, surge a necessidade de um redirecionamento e planejamento das matrizes de competências médicas. No processo de aprendizagem essas medidas deverão acompanhar as diretrizes e políticas já existentes, conforme a Portaria nº 529/2013 do Programa Nacional de Segurança do paciente, trazendo benefícios na prática médica, com benefícios aos usuários da saúde (MS,2013).

## 3 OBJETIVOS

---

### 3.1 Objetivo Geral

- Analisar os resultados de um curso de Educação à Distância em Cirurgia Segura aos graduandos de medicina da PUC-Goiás

### 3.2 Objetivos Específicos

- Verificar o conhecimento prévio dos estudantes sobre cirurgia segura;
- Verificar a importância atribuída à segurança do paciente na prática profissional;
- Comparar os conhecimentos acerca da lista de verificação de cirurgia segura antes e após a intervenção educativa;
- Comparar o desempenho no *Objective Structured Clinical Examination* de cirurgia segura entre os estudantes do grupo intervenção e grupo comparação.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

---

Será apresentada a trajetória metodológica desenvolvida na realização da pesquisa, de modo que fiquem claros os procedimentos técnicos de coleta e análise de dados, considerando o ambiente em que os dados foram coletados e o controle das variáveis envolvidas (GIL, 2002).

A execução desse delineamento de pesquisa foi realizada explicitando os principais constituintes do percurso metodológico: tipo do estudo; caracterização do cenário; participantes; dimensão ética do estudo; coleta, registro e organização dos dados; procedimentos de análise dos dados (CALAIS, 2010).

### 4.1. Tipo de estudo

Desenvolveu-se um estudo do tipo quase experimental, com abordagem de intervenção educativa do tipo antes e depois, por permitir ao pesquisador preparar um delineamento para o ambiente mais próximo do mundo real, ao controlar, da melhor forma possível, alguns condicionantes que afetam a validade interna, flexibilizando as condições impostas pelas distribuições de probabilidade e inferências estatísticas para a população (SHADISH; COOK; CAMPBELL, 2002).

Os estudos quase-experimentais são formados por grupos similares ou emparelhados no ponto de partida que se diferenciam por participar ou não de uma dada intervenção. Não contemplam um experimento verdadeiro, por não ter distribuição aleatória dos sujeitos (SHADISH; COOK; CAMPBELL, 2002).

Os grupos não são equivalentes, mas mesmo assim tem a capacidade de realizar a pesquisa, analisando relações de causa efeito sem um experimento. Comumente, o grupo controle é também chamado de grupo comparação. A pesquisa quase-experimental tem seu desenho de grupo não-equivalente. Os sujeitos não são aleatórios e a confiança dos resultados recai por meio da avaliação dos grupos somente após o fim da intervenção (TOULANY et al., 2015).

Nesse estudo, o fator de exposição foi uma ação educativa implementada por meio da estratégia do Ensino à Distância (EaD) que foi utilizada para disponibilizar conhecimento sobre segurança do paciente.

## **4.2 Cenário do estudo**

Este estudo foi realizado na Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás) localizada no município de Goiânia-GO, com os alunos dos módulos X e XI do curso de medicina, que corresponde ao quinto e sexto ano, no período de 10 de novembro de 2015 a 24 de janeiro de 2016.

A PUC iniciou o curso de medicina em 2005, seguindo os princípios das DCN de 2001. A primeira turma de medicina graduou em 18 de agosto de 2011. O curso é semestral, ingressando quarenta alunos por semestre. A estrutura do currículo consiste em módulos, que proporcionam integração de conhecimento. O projeto pedagógico do curso adotou os sistemas de eixos, tanto teórico quanto prático, integrado ao de desenvolvimento pessoal, propondo uma aprendizagem dinâmica, flexível e formativa. Em um processo contínuo de ação e reflexão, realiza a teorização de problemas, elaboração de hipóteses e aplicam soluções de forma estratégica na prática, propiciando ao aluno aquisição de conhecimentos, habilidades, atitudes e o desenvolvimento de competências (RODRIGUES; FIGUEIREDO,1996).

As atividades de ensino dos módulos X e XI são realizadas no centro cirúrgico de um hospital de ensino, com atividades nas áreas cirúrgicas como: na Cirurgia Plástica, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Oncologia. Que tem com metas, aquisição dos conhecimentos básicos necessários para a compreensão do processo saúde-doença, do compromisso ético e do compromisso social. Os participantes dessa pesquisa foram definidos com observância a estrutura curricular, visto que os acadêmicos matriculados nos módulos X e XI estão no internato, período caracterizado por vivência nas atividades cirúrgicas dentro da prática hospitalar. Assim, realizam diariamente atividades em centro cirúrgico, ambulatório e enfermarias em cirurgia no hospital escolar

As competências são avaliadas em atividades como: sessões clínicas, seminários, atividades em enfermarias e ambulatórios, centro cirúrgico, pronto-socorro e plantões. No processo de avaliação dos alunos dos módulos X e XI, vários métodos são utilizados para a avaliação do aluno. Dentre eles podemos destacar método de avaliação *Objective Structured*

*Clinical Examination (OSCE)* e o *feedback* que começam a serem realizados a partir do nono período, com atendimentos simulados.

O hospital de ensino da PUC-GO é a Santa Casa de Goiânia, um hospital filantrópico, que realiza atendimentos de média e alta complexidade com atendimento em 21 especialidades médicas. O corpo clínico é formado por 310 médicos e 1180 funcionários. A estrutura física do hospital é composta de 300 leitos para os pacientes do SUS, 10 salas cirúrgicas, 18 consultórios acadêmicos, 30 leitos de apartamento (convênio e particular) e 12 leitos de unidade de terapia intensiva (UTI). Anualmente são realizados mais de 600 mil procedimentos médicos.

### **4.3 Participantes**

Os participantes desse estudo seguem a amostragem não probabilística, definida como aquela em que a seleção da população para compor a amostra depende em parte do julgamento do pesquisador (MARCONI; LAKATOS, 1999). Foram incluídos no estudo alunos maiores de 18 anos que estavam matriculados nos módulos X e XI da graduação de medicina da PUC-Goiás. Como critério de exclusão adotou-se os alunos que estavam afastados do curso por motivo de doença, ou ainda que se recusaram a participar da pesquisa.

Os estudantes que atenderam os critérios de seleção totalizaram 95 alunos, o que equivale a 100% dos alunos matriculados no curso em 2015, sendo 47 alunos do módulo X e 48 alunos do módulo XI. Nenhum estudante foi excluído do estudo. Os participantes foram divididos em dois grupos: o grupo comparação composto por 47 alunos que cursavam o módulo X e o grupo intervenção composto por 48 alunos do módulo XI.

O grupo intervenção (48 alunos do módulo XI) participou do curso denominado Cirurgia Segura na modalidade de Ensino a distância por meio da Plataforma *Modular Object Oriented Dynamic Learning Environment* (MOODLE). A Plataforma MOODLE é um ambiente virtual de aula em que o aluno tem a possibilidade de acompanhar as atividades do curso em qualquer computador com acesso a internet. Os participantes têm acesso à plataforma por meio de senha pessoal, aos conteúdos e atividades disponibilizados pela professora, aos fóruns de discussão e podem tirar dúvidas via mensagens, entre outros recursos.

O grupo comparação (47 alunos do módulo X) recebeu o material de estudo via e-mail, conjuntamente, porém não participou do curso EaD Cirurgia Segura na Plataforma MOODLE.

#### **4.4 Procedimentos de coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu em quatro etapas sequenciais.

##### **4.4.1. Primeira etapa**

Essa etapa foi executada na primeira aula presencial e foi composta por dois questionários aplicados antes da ação educativa (Apêndice B e C), e pelo pré-teste (Apêndice E).

O instrumento que avaliou a importância do tema (Apêndice B) possui dez questões fechadas com opções de resposta sim ou não. O outro questionário (Apêndice C) de coleta de dados também composto por dez questões, sendo que as questões 1 e 2 tinham a finalidade de caracterizar o perfil dos alunos, e as demais questões para avaliar o conhecimento prévio sobre a segurança do paciente.

Os questionários foram construídos pelo pesquisador principal com base nos objetivos da pesquisa e no estudo de Yoshikawa et al. (2013). As variáveis dos questionários que incluíam avaliação de conceitos e atitudes referentes à segurança do paciente foram medidas por meio da escala de *Likert*, com cinco alternativas (concordo; concordo fortemente; não opinou; discordo e discordo fortemente).

A avaliação de conhecimento, denominado pré-teste foi realizada por meio de um questionário com dez questões de múltiplas escolhas com quatro alternativas (Apêndice D), e teve função somativa para a verificação de ganho ou não de conhecimentos no final do curso através de comparação no pós-teste.

Ainda nessa etapa os termos de consentimento informados (TCLE) foram assinados pelos dois grupos. O calendário dos encontros presenciais para a intervenção foi entregue e o Ambiente Virtual de Aprendizagem foi apresentado aos alunos do módulo XI, grupo intervenção.

#### 4.4.2. Segunda etapa

A segunda etapa constitui a intervenção por meio do curso EaD Cirurgia Segura. Somente o grupo intervenção (N=48 alunos) participou dessa etapa, em que foi apresentada a importância da adesão à lista de verificação elaborada pela OMS (Anexo I). O curso em EaD com carga horária de 20 horas, ficou disponível para acesso na Plataforma MOODLE da PUC-GO durante 45 dias, apresentado no Quadro 3.

As atividades foram realizadas de maneira assíncrona, de acordo com o planejamento e disponibilidade dos participantes, foram monitoradas pela tutora responsável diariamente.

Foi construído um Ambiente Virtual de Aprendizado pela Coordenação de Educação a Distância (CEAD) da PUC-Goiás, utilizando a plataforma MOODLE. O material didático foi organizado no formato de texto e vídeos. Todo conteúdo programático foi disponibilizado em uma biblioteca virtual e videoteca no espaço do Ambiente Virtual de aprendizagem para acesso do grupo intervenção. O grupo comparação recebeu por *e-mail* o mesmo material didático.

Nesse espaço virtual, foi proposto que os alunos fizessem a leitura de textos e assistissem aos vídeos. Logo após realizavam exercícios com prazo determinado. Foram utilizados também dois fóruns sobre o tema de segurança do paciente com intuito de promover o debate e despertar a iniciativa do aluno, com foco na lista de verificação de Cirurgia Segura.

Cada aluno cumpria sua tarefa com autonomia de tempo e espaço que fosse mais adequado. Os fóruns de discussão permitiam aos alunos a troca de informações, possibilitando o compartilhamento e a construção do aprendizado sobre o tema. Foram realizados por meio de temas geradores, com intensa participação dos estudantes e do tutor.

O papel da tutora foi possibilitar de forma ativa a interação entre os participantes, acompanhar o cumprimento das tarefas realizadas e prover o *feedback* imediato e contínuo durante todo o curso. Todas os vídeos, fóruns e discussão de casos clínicos foram realizados visando simular e prever situações da prática da cirurgia segura.

**Quadro 3.** Apresentação esquemática das etapas do curso de Cirurgia Segura, Goiânia-GO, 2016.

<b>CURSO DE CIRURGIA SEGURA</b>		
<b>Período: 10/12/2015 – 24/01/2016</b>		<b>Carga Horária: 20 horas</b>
<b>Etapas/Tema Gerador</b>	<b>Objetivo da etapa</b>	<b>Estratégias/Ações realizadas</b>
Ensino a Distância (De 10 a 20 de novembro de 2015). PRIMEIRO FÓRUM.	Ampliar o conhecimento e identificar eventuais dúvidas sobre o tema; Identificar pontos fortes dos problemas apresentados durante o círculo de conversa. Apresentar a lista de verificação de Cirurgia Segura da OMS; Navegar no AVA.	Fóruns de discussão. Relato pelos alunos de casos clínicos referentes a eventos adversos nos pacientes. Apresentação dos principais itens da lista de Cirurgia Segura da OMS e leitura no AVA; Exposição do vídeo Time – out: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=jUVu4sS1Jk">https://www.youtube.com/watch?v=jUVu4sS1Jk</a> Mobilização dos alunos para interação no ambiente AVA por meio de leitura e expressão de opiniões e comentários e do <i>feedback</i> entre os alunos e tutor.
Ensino a Distância (De 21 a 30 de novembro de 2015). SEGUNDO FÓRUM.	Identificar fatores de motivação e desmotivação sobre segurança do paciente; Avaliar o aprendizado acerca do curso.	Fórum de discussão dos temas geradores: Motivação (SOBE) e desmotivação (DESCE) sobre Segurança do Paciente; Avaliação do aprendizado do tema Cirurgia Segura norteada pelos questionamentos: “O que conheci, pensei, construí e senti?”

Fonte: Dados da autora, 2015.

#### 4.4.3- Terceira etapa

Na terceira etapa foi aplicado o mesmo questionário de avaliação do pré-teste, denominado agora de pós-teste (Apêndice E), liberado para cada participante no momento de conclusão do curso. O pós-teste foi aplicado somente no grupo intervenção (N=31), o qual participou do curso EaD de Cirurgia Segura.

Após a intervenção, o *OSCE* (Apêndice F) foi o método escolhido para avaliação do aluno. O *OSCE* tem como propósito avaliar as competências clínicas na prática, e é utilizado para avaliar o desempenho em habilidades clínicas como comunicação, exame clínico, procedimento, prescrição, avaliação de exames de imagem radiográfica e interpretação dos dados (HARDEN et al., 1975).

Nessa etapa o grupo intervenção (módulo XI) e o grupo comparação (módulo X) participaram da aplicação do *OSCE*. Todos os 95 alunos participaram do *OSCE*. Os alunos teriam que demonstrar os conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridas no curso EaD Cirurgia Segura, num ambiente de simulação no laboratório de habilidades da PUC-Goiás.

Foi construída uma estação com a lista verificação de Cirurgia Segura, composto por três etapas de verificação: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e saída da sala cirúrgica. O aluno foi avaliado quanto ao preenchimento dos itens de lista de verificação de Cirurgia Segura proposto pela OMS.

O *OSCE* foi realizado no Laboratório de Habilidades da PUC-Goiás onde foi construído um cenário com boneco e atores (Apêndice F). O boneco simulou o paciente e os atores os participantes de uma sala de cirurgia (o cirurgião, o anestesista e a enfermagem). O professor avaliador concedeu 7 minutos para leitura do caso clínico.

Após a leitura os alunos deveriam realizar o passo a passo da lista de verificação de Cirurgia Segura em três etapas: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes da saída da Sala.

O professor avaliador observava o desempenho do aluno e realizava a anotação dos itens acertado na ficha do *OSCE* de Cirurgia Segura. Para cada etapa realizada eram atribuídas notas que variavam de zero, 0,25, 0,50 ou 1 ponto. Foram avaliados 10 itens como pode ser observado no Apêndice F. Concluída a estação, o professor avaliador realizava o *feedback* junto ao aluno do resultado obtido. Nessa ocasião aproveitava a oportunidade de realizar um *feedback* individualizado dos itens que não houve acerto por parte do discente, oferecendo um momento de prática reflexiva sobre alguma falha no conteúdo nos itens da lista de verificação de cirurgia segura.

#### **4.4.4 - Quarta etapa**

Na quarta etapa foi realizado o segundo encontro presencial, com a participação apenas do grupo intervenção. Neste momento foi promovido e estimulado a avaliação do

curso por meio do questionário de reação pós-curso (Apêndice D) e a auto avaliação. Assim, a tutora e pesquisadora realizou o fechamento do curso EaD Cirurgia Segura.

O grupo comparação não participou dessa etapa, visto que não participaram do curso EaD.

O Quadro 4 apresenta os procedimentos realizados nas quatro etapas de coleta de dados nos grupos intervenção e comparação, com as respectivas datas de realização. As etapas e a aplicação dos diversos instrumentos utilizados no processo de coleta de dados.

**Quadro 4.** Apresentação esquemática das etapas de coleta de dados conforme grupos intervenção e comparação, Goiânia-GO, 2016

<b>Curso Ead Cirurgia Segura. Etapas/ Grupos.</b>	<b>Grupo Intervenção N=48 alunos</b>	<b>Grupo Comparação N=47 alunos</b>
<p>Etapa 1</p> <p><b>Data de início (10/11/15)</b></p>	<p>Aplicação dos questionários:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Importância do tema de Cirurgia Segura;</li> <li>- Sobre o perfil dos alunos e Conhecimento prévio do tema “Cirurgia Segura e Segurança do Paciente”</li> <li>- Pré-teste</li> <li>- Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</li> <li>- Entrega do calendário dos encontros com dias, horários e local</li> <li>- Apresentação do AVA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicação do questionário: sobre o perfil dos alunos</li> <li>- Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</li> </ul>
<b>Curso Ead Cirurgia Segura. Etapas/ Grupos.</b>	<b>Grupo Intervenção N=48 alunos</b>	<b>Grupo Comparação N=47 alunos</b>
<p>Etapa 2</p> <p><b>(De 10 a 20/11/2105)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Curso EaD Cirurgia Segura, ampliar o conhecimento e identificar eventuais dúvidas sobre tema de “Cirurgia Segura e Segurança do Paciente”</li> </ul>	<p>Envio do material didático por <i>e-mail</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fóruns de discussão</li> <li>- Apresentação dos principais itens da lista de Cirurgia Segura da OMS e leitura no AVA</li> <li>- Apresentação da lista de verificação de Cirurgia Segura da Organização mundial de Saúde</li> </ul>	
<p>Etapa 3 (De 21 a 30/11/2015)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação do conhecimento, habilidades e atitudes por meio do OSCE</li> <li>- Observação na prática do fazer</li> <li>- Avaliação do uso da lista de verificação de Cirurgia Segura em um ambiente simulado no laboratório de habilidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação do conhecimento, habilidades e atitudes por meio do OSCE</li> <li>- Observação na prática do fazer</li> <li>- Avaliação do uso da lista de verificação de Cirurgia Segura em um ambiente simulado no laboratório de habilidades</li> </ul>
<p>Etapa 4 (18/12/2015)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicação do pós-teste sobre o tema do curso</li> <li>- Aplicação do Questionário de reação pós-curso</li> <li>- Estimulação da auto avaliação</li> <li>- Confraternização</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação: não houve participação do grupo comparação nesta etapa, pois não participaram do pré-teste, dos pós teste e avaliação pós curso em EaD.</li> </ul>

Fonte: Dados da autora, 2015

#### 4.5 Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram inseridos em uma planilha com a utilização do *software Excel*, pacote *Office* (2013) e posteriormente analisados com a utilização do *Statistical Package for Social Science* (SPSS 23,0). O nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ). A descrição do perfil demográfico dos alunos do grupo intervenção e comparação apresentados por meio de tabelas de contingência (2x2) utilizando o teste do Qui-quadrado para verificar a

distribuição das frequências da faixa etária e do sexo entre o grupo. Para a análise da distribuição das variáveis quantitativas foi usado o teste de normalidade *Shapiro-Wilk*. Não sendo verificada a normalidade para esse conjunto amostral foram aplicados testes estatísticos não paramétricos.

A consistência interna dos itens dos questionários foi avaliada por meios do alfa de *Cronbach* de 0.64. Previamente as análises foram descritas por meio de tabelas de frequência absoluta com porcentagens e os resultados da verificação da reação pós-curso, importância da lista de verificação de cirurgia segura e conhecimento pré-teste. A comparação da avaliação de conteúdo antes e após o estudo de EaD foi realizado por meio do teste do Qui-quadrado, considerando os erros e acertos em cada questão e o teste de *Wilcoxon*, para a pontuação total das questões. Foi ainda realizada a análise de discriminação de itens (ADI). A análise comparativa do *OSCE* entre o grupo teste e controle foi realizada por meio do teste U de Mann-Whitney para cada questão e pontuação total.

Para melhor compreensão dos resultados a escala tipo likert, com cinco proposições iniciais, foi posteriormente agrupada em dois itens para melhor compreensão dos dados em concordo, discordo e não opinou.

#### **4.6 Dimensão ética do estudo**

Esta pesquisa considerou em todas as suas etapas os princípios éticos fundamentais que norteiam pesquisas envolvendo seres humanos, descritos e estabelecidos pela Resolução 466/12 Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia-GO, obtendo parecer favorável com protocolo número 1.295.062 de 25/09/2015 (CAAE: 48283015.0.0000.5083) e da Universidade Federal de Goiás obtendo parecer favorável com protocolo número 1249116 de 11/08/2015(CAAE: 48283015.0.0000.5083) (Anexo II)

Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, riscos e benefícios, assim como a liberdade de sair do estudo a qualquer momento, e consentiram a participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

## 5 RESULTADOS

Dos 95 participantes do estudo, a maioria era do sexo feminino (67,2%), e foi aferido o predomínio de estudantes com idade maior que 25 anos (53,7%). Na Tabela 1 são apresentadas as características demográficas dos grupos intervenção e comparação.

**Tabela 1.** Caracterização demográfica dos grupos comparação e intervenção, Goiânia-GO, 2015

Variável	Grupo Comparação		Grupo Intervenção		Total		P*	
	N	%	N	%	N	%		
Sexo	Masculino	15	31,9	16	33,3	31	32,6	<b>0,88</b>
	Feminino	32	68,1	32	66,7	64	67,4	
Faixa Etária	< 25 anos	23	48,9	21	43,8	44	46,3	<b>0,61</b>
	≥ 25 anos	24	51,1	27	56,3	51	53,7	

Fonte: dados da autora, 2015.

Notas: \*Teste Qui-quadrado

Foi constatado que 28 alunos (58,3%) do grupo intervenção não conheciam o instrumento conhecido como a lista de verificação. Todavia, nos itens do questionário em que houve a investigação sobre a importância do tema para a formação (Q3), a utilização da lista de verificação em uma cirurgia pessoal (Q4) e se o conhecimento sobre lista de verificação pode beneficiar o paciente (Q7), 100% dos alunos responderam afirmativamente (Tabela 2).

As questões referentes à segurança do paciente (Tabela 3) demonstraram que 100% dos participantes acreditaram que erros podem ser evitáveis. Já nas questões que profissionais (Q2) e alunos (Q3) preparados podem cometer erros, a discordância prevaleceu (26; 54,2%) entre profissionais e também entre alunos (27; 56,3%); mesmo preparados bons profissionais e alunos poderão cometer erros. A maioria concordou (Q4) que profissionais não devem trabalhar em locais que não oferecem segurança ao paciente (41; 85,4%).

**Tabela 2.** Verificação da importância da lista de verificação de cirurgia segura para os participantes, Goiânia-GO, 2015

Variável		N	%	
<b>Q1</b>	Você conhece alguma lista de verificação de segurança salva vidas da OMS?	Não	28	58,3
		Sim	20	41,7
<b>Q2</b>	Você acredita que esse tema a lista de verificação de segurança do paciente é importante?	Não	1	2,1
		Sim	47	97,9
<b>Q3</b>	Como aluno você pensa que o aprendizado do tema será importante para sua formação?	Não	0	0,0
		Sim	48	100,0
<b>Q4</b>	Se estivesse participando de uma cirurgia você gostaria que a lista de verificação fosse aplicada?	Não	0	0,0
		Sim	48	100,0
<b>Q5</b>	Você acredita que a aplicação a lista de verificação de segurança da OMS reduz complicações?	Não	1	2,1
		Sim	47	97,9
<b>Q6</b>	A equipe que apresenta esse protocolo em sua rotina transmite mais segurança ao paciente?	Não	1	2,1
		Sim	47	97,9
<b>Q7</b>	Você acredita que o conhecimento da lista de verificação de segurança salva vidas da OMS traz benefícios para a segurança?	Não	0	0,0
		Sim	48	100,0
<b>Q8</b>	A formação possibilita a prevenção de ocorrências de erros?	Não	9	18,8
		Sim	39	81,3
<b>Q9</b>	Você conhece alguma estratégia de barreiras que favorece a segurança do paciente?	Não	9	18,8
		Sim	39	81,3
<b>Q10</b>	Você conhece algum hospital que aplica o protocolo de segurança do paciente da OMS?	Não	18	37,5
		Sim	30	62,5

Fonte: Dados da autora, 2015.

Notas: Q - questão.

OMS - Organização Mundial da Saúde.

**Tabela 3.** Levantamento do conhecimento pré-teste sobre segurança do paciente, Goiânia-GO, 2015

		<b>Assertivas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Q1	Cometer erros em cirurgia pode ser evitável.	Concordo	48	100,0
		Discordo	0	0
		Não opinou	-	-
Q2	Profissionais preparados não cometem erros que causam danos aos pacientes.	Concordo	22	45,8
		Discordo	26	54,2
		Não opinou	-	-
Q3	Alunos comprometidos não cometem erros que causam danos aos pacientes em cirurgias.	Concordo	21	43,7
		Discordo	27	56,3
		Não opinou	-	-
Q4	Profissionais não devem trabalhar em locais que não oferecem segurança ao paciente em cirurgias.	Concordo	41	85,4
		Discordo	5	10,4
		Não opinou	2	4,2
Q5	Sempre comunico a equipe ou ao professor alguma condição nas cirurgias que possa favorecer ao erro.	Concordo	34	70,9
		Discordo	6	12,5
		Não opinou	8	16,6
Q6	Sempre comunico ao professor ou responsável sobre a ocorrência de um erro em cirurgia.	Concordo	27	56,3
		Discordo	13	27,1
		Não opinou	8	16,6
Q7	O professor sempre realiza medidas corretivas com o aluno para que ele não cometa erros.	Concordo	27	56,3
		Discordo	20	41,7
		Não opinou	1	2,1
Q8	Sempre realizo atividades em locais que promovam boas práticas para promoção da Segurança dos pacientes em Cirurgias.	Concordo	12	25,1
		Discordo	31	64,5
		Não opinou	5	10,4
Q9	Recebo apoio da instituição para implementação de medidas que promova Cirurgia Segura.	Concordo	21	43,7
		Discordo	25	52,1
		Não opinou	2	4,2
Q10	Como aluno gostaria de ser operado ou levar algum familiar em instituição que segue o protocolo de Segurança da Mundial de Saúde? Organização	Concordo	46	95,8
		Discordo	1	2,1
		Não opinou	1	2,1

Fonte: Dados da autora, 2015.

Quanto à comunicação de situações que favorecem os erros e a situações em que os erros aconteceram, a maioria relatou comunicar a ocorrência de erro em cirurgia. Mesmo em minoria, é expressivo o quantitativo de participantes que informaram não comunicar o erro à equipe ou professores, com representação de 12,5% e 27,1%, respectivamente. Enquanto 16,6% demonstraram que teriam dúvidas se comunicariam ou não o erro (43,5%). Vale destacar que a maioria dos alunos (70,9%) prefere comunicar a equipe ou ao professor de condições na prática que possam favorecer o erro durante o procedimento.

Os dados apontam o papel do professor diante da promoção de segurança do paciente por meio da correção dos erros. Na (Q7), 55,6% dos acadêmicos concordaram que o professor realiza medidas corretivas para que o aluno não cometa erros.

Sobre a realização rotineira de práticas em centros cirúrgicos que promovam a segurança do paciente (Q8), a maioria discordou (64,3%).

Os alunos discordaram (58,3%) e discordaram fortemente (6,3%) de que a instituição hospitalar oferece apoio para implementação de medidas que promova Cirurgia Segura. A importância de temática abordada se revela quando a maioria dos participantes concordou que gostaria de ser operado ou levar algum familiar em instituição que segue o protocolo de Segurança da Organização Mundial de Saúde (95,9%).

Os alunos após terem participado da intervenção, curso EaD, (Tabela 4) demonstraram por meio de suas respostas que o tema contribuiu para seu desenvolvimento acadêmico/profissional (83,3%).

Os resultados apresentados demonstraram que o tema foi relevante, além de uma oportunidade dos alunos reverem valores e conceitos. O conteúdo foi considerado fundamental para a prática profissional (97,9%).

A maioria afirmou que houve tempo suficiente (89,6%) para realizar as atividades do curso; que os fóruns foram utilizados adequadamente (95,8%); que o material didático foi apropriado (98%) e que a coordenação do curso esclareceu as dúvidas que surgiram ao longo do processo (98%). Segundo os alunos a avaliação do conhecimento pré e pós-teste foi adequado (93,8%).

**Tabela 4.** Avaliação da reação dos alunos ao curso Cirurgia Segura. Goiânia-GO, 2015

	Variável		N	%
Q1	O tema proposto foi importante para o desenvolvimento do aluno?	Concordo	47	97,9
		Discordo	1	2,1
Q2	O tempo disponibilizado foi suficiente?	Concordo	43	89,6
		Discordo	5	10,4
Q3	Durante o curso tive oportunidade de rever conceitos?	Concordo	48	100,0
		Discordo	0	0,0
Q4	O Conteúdo do curso é adequado para aplicação em minha vida profissional?	Concordo	47	97,9
		Discordo	1	2,1
Q5	As discussões e fóruns foram utilizados corretamente?	Concordo	46	95,8
		Discordo	2	4,2
Q6	A qualidade do material didático foi apropriada?	Concordo	47	97,9
		Discordo	1	2,1
Q7	As atividades oferecidas foram adequadas?	Concordo	46	95,8
		Discordo	2	4,2
Q8	A Coordenadora tem conhecimento do assunto?	Concordo	48	100,0
		Discordo	0	0,0
Q9	A coordenadora se mostrou disponível e esclareceu as dúvidas?	Concordo	48	100,0
		Discordo	0	0,0
Q10	O pré-teste e o pós-teste foram adequados para avaliação do curso?	Concordo	45	93,8
		Discordo	3	6,3
Média ± DP (Mínimo - Máximo)			9,10 ± 0,89 (7,0 - 10,0)	

Fonte: Dados da autora, 2015.

A Tabela 5 e Gráfico 1 demonstram o índice de acerto por questão na avaliação de conhecimentos realizada por meio do mesmo questionário antes e após o curso EaD Cirurgia Segura, denominada pré-teste e pós-teste. Foi observado que houve um aumento no índice de acertos nas questões de números: 01, 03, 06 e 08. Manteve-se inalterado o índice de acerto pré-teste e pós-teste da questão número 05; as questões 04, 07 e 09 teve aumento de acerto não significativo, enquanto nas questões de números 02 e 10 houve uma diminuição, ainda que pequena, do índice de acerto. Vale destacar que esse questionário foi aplicado aos alunos que participaram do curso EaD Cirurgia Segura, sendo que 17 participantes optaram por não

responder, restando o somaram 31 respondentes. A consistência interna dos itens do questionário foi avaliada e obteve um alfa de Cronbach foi 0,64, considerado satisfatório.

**Tabela 5.** Avaliação de conhecimentos antes e após o curso EaD. Goiânia, GO, 2015

Variável	Pré-teste		Pós-teste		ADI	*P	
	N	%	N	%			
Q1 Qual o segundo desafio Global de segurança do paciente?	Erro	14	73,7	5	26,3	0,63	0,01
	Acerto	17	39,5	26	60,5		
Q2 Qual a causa mais comum de complicação em cirurgias?	Erro	10	35,7	18	64,3	0,31	0,07
	Acerto	21	61,8	13	38,2		
Q3 Quais os três princípios que foram usados para realização da lista de verificação de Cirurgia Segura?	Erro	25	59,5	17	40,5	0,42	0,02
	Acerto	6	30,0	14	70,0		
Q4 Para a verificação da lista de cirurgia segura quantas pessoas são responsáveis?	Erro	31	51,7	29	48,3	0,28	0,09
	Acerto	0	0,0	2	100,0		
Q5 Na identificação da lista de verificação. Qual o primeiro passo?	Erro	0	0,0	0	0,0	NA	NA
	Acerto	31	50,0	31	50,0		
Q6 Quantos são os objetivos de uma cirurgia segura?	Erro	18	66,7	9	33,3	0,53	0,02
	Acerto	13	37,1	22	62,9		
Q7 Quando se utiliza a lista de verificação a taxa de mortalidade cai de 1,5% para?	Erro	7	63,6	4	36,4	0,10	0,31
	Acerto	24	47,1	27	52,9		
Q8 Quando se utiliza a lista de verificação a taxa de complicações caem de 11% para?	Erro	20	76,9	6	23,1	0,83	<0,001
	Acerto	11	30,6	25	69,4		
Q9 O que são métodos de barreiras para a segurança do paciente?	Erro	20	57,1	15	42,9	0,01	0,19
	Acerto	11	40,7	16	59,3		
Q10 Qual a portaria do Ministério de Saúde que regulamenta o Programa Nacional de Segurança do Paciente?	Erro	7	30,4	16	69,6	0,57	0,03
	Acerto	24	61,5	15	38,5		

Fonte: Dados da autora, 2015.

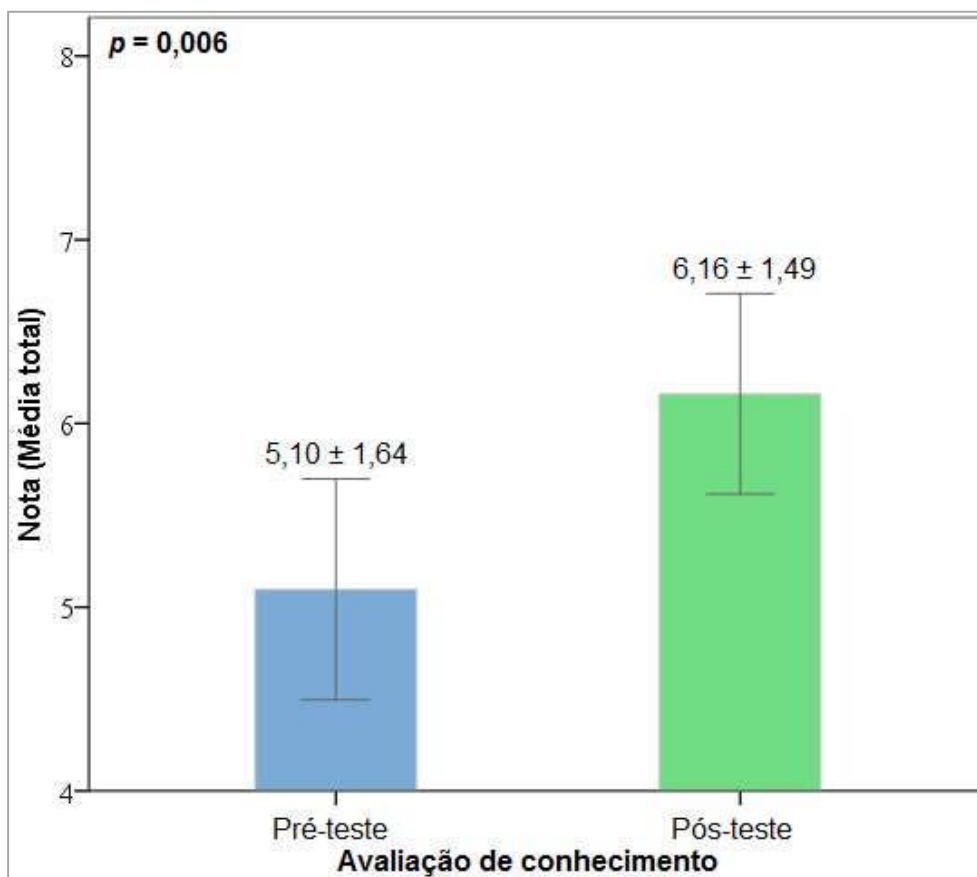
Notas: \*Qui-quadrado

ADI - Análise de discriminação de itens

NA - Não se aplica

A nota média obtida pelos estudantes na avaliação de conhecimentos quando comparados o pré-teste (n=31) e pós-teste (n=31), demonstrou uma melhora das notas de 5,10 para 6,16 (p=0,006) como apresentado no Gráfico 1.

**Gráfico 1.** Avaliação de conhecimentos pré e pós-teste do curso em EaD. Goiânia, GO, 2015



Dados: Teste de Wilcoxon. (IC-95%) Média e desvio padrão.

Na Tabela 6 encontra-se descrita a comparação entre as médias de respostas dos critérios observados nos grupos intervenção e comparação quanto ao desempenho no OSCE. Pode-se constatar um aumento na média de respostas de todas as questões do grupo intervenção. Isso demonstrou que esse grupo apresentou um resultado superior, comparado com o grupo comparação em relação aos acertos das questões.

**Tabela 6.** Comparação entre as médias de respostas dos critérios observados no *Objective Structured Clinical Examination*. Goiânia, GO, 2015

	Variável	Comparação		Intervenção		ADI	*P
		Média	DP	Média	DP		
Q1	Identidade da paciente (0,5); local demarcado (0,25); termo de consentimento (0,25)	0,06	0,17	0,99	0,04	0,90	<0.001
Q2	Equipamento de anestesia (0,50) e medicamentos (0,50)	0,11	0,31	0,91	0,28	0,77	0.002
Q3	Oxímetro de pulso (0,50) e alergias (0,50)	0,00	0,00	0,71	0,42	0,75	0.003
Q4	Perda de sangue (0,50) e via aérea difícil (0,50)	0,22	0,25	0,87	0,31	0,69	0.004
Q5	Identidade da paciente (0,50), local demarcado (0,25) e função dos membros da equipe (0,25)	0,07	0,25	1,00	0,00	0,89	0.005
Q6	Profilaxia de antibiótico (0,50) e exames de imagem na sala (0,50)	0,04	0,20	0,78	0,34	0,78	0.006
Q7	Prevenção de riscos adversos. Cirurgião: Sangramento e tempo de cirurgia (0,50) e local da incisão (0,50)	0,13	0,23	1,00	0,00	0,87	0.007
Q8	Prevenção de riscos adversos. Para o anestesista (0,50) e enfermagem (materiais e equipamentos) (0,50)	0,06	0,25	0,91	0,28	0,81	0.008
Q9	Nome do procedimento (0,25), Contagem de compressas, agulhas e instrumentos (0,25), Identificação da amostra (0,25), Problemas em equipamentos (0,25)	0,21	0,41	0,92	0,22	0,69	0.009
Q10	Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo do paciente?	0,17	0,38	9,07	0,94	0,83	<0.001

Fonte: Dados da autora, 2015.

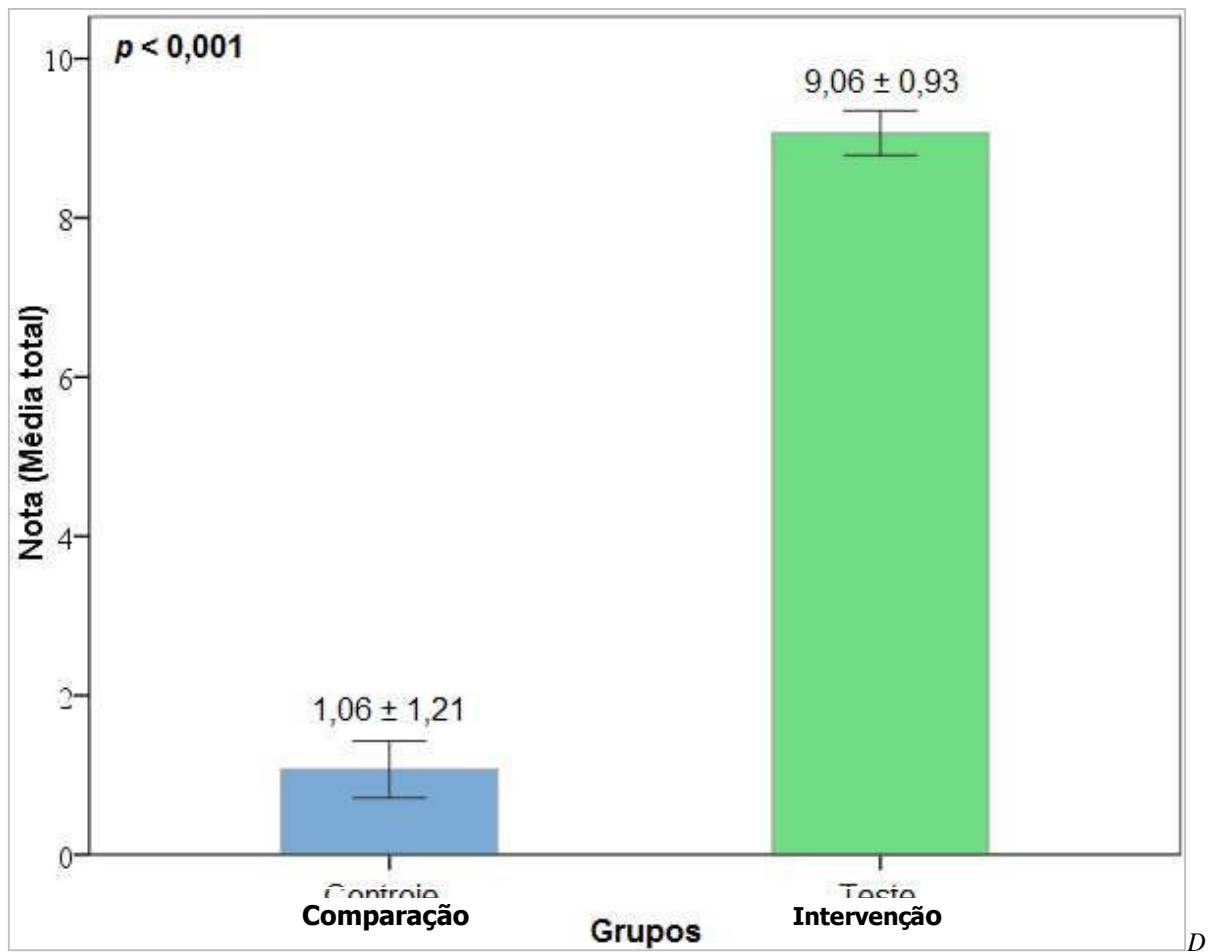
Notas:

\*Teste U de Mann-Whitney

ADI = Análise de Discriminação de Itens

O Gráfico 2 mostra que o grupo intervenção apresentou melhor resultado que o grupo comparação (módulo X). Os resultados apresentados demonstraram que a média total do grupo intervenção foi de 9,06 bem superior ao grupo comparação que foi de 1,06, valores em média (IC-95%).

**Gráfico 2.** Comparação das médias obtidas no *Objective Structured Clinical Examination* entre os grupos intervenção e comparação. Goiânia, GO, 2015.



ados: Valores em média + desvio padrão (IC-95%). Valor de 'p' demonstrando o resultado do teste 'U' de Mann-Whitney.

## 6 DISCUSSÃO

---

### 6.1 Perfil dos participantes

O maior percentual de estudantes do sexo feminino (67,2%) evidência o processo de feminização do setor da saúde. Na saúde a taxa de ocupação da mulher é quase 70% nos cursos de nível superior e chega a 74% nos níveis médio e elementar da saúde. Em relação às profissões, 95% das nutricionistas são mulheres, e mesmo em profissões que eram masculinizadas, como a medicina, odontologia e medicina veterinária, a ocupação do mercado de trabalho pela mulher é crescente (MACHADO et al., 2006).

Outro aspecto importante a ser observado é que a maioria dos estudantes nasceu na década de 80, conhecida como geração Y. Essa geração cresceu e está mais adaptada aos meios de comunicação e tecnologias inovadoras, também chamado como *Millennials*. Utilizam com grande facilidade *smartphones*, *tablets* e computadores, com forte conectividade no mundo virtual. Dessa maneira, quando pensamos em promover ensino geração Y, deve-se ter em mente sua forte facilidade de conexão em qualquer lugar, com interação de seus pares e de forma criativa (GONÇALVES, 2012).

Um dos grandes desafios é acompanhar a contemporaneidade. Formar pessoas criativas capazes de lidar com a pluralidade social. As inovações no ensino busca atender ao processo de formação integral do aluno e procura responder às necessidades do mercado de trabalho vigente. A utilização de metodologias ativas, como o uso do EaD, favorece o graduando de medicina a ser capacitado no seu processo de adquirir competências. É uma proposta inovadora e complementar ao programa curricular da medicina, podendo fazer parte em todos os ciclos durante o curso. Essa proposta de aprendizagem torna o currículo flexível e traz novas maneiras de incrementar a prática da carreira médica (BERBEL, 2012; MELLO; ALVES; LEMOS, 2014).

Esse modelo de intervenção antes e depois, teve como principal objetivo capacitar e provocar mudanças na prática em ambiente cirúrgico, favorecendo aprendizado para a prática profissional. A pretensão é que o processo educacional esteja adequado com a demanda do mercado de trabalho, assim criando um processo interativo, com competências específicas para o desempenho profissional (RAMANI; KRACKOV, 2012).

A segurança do paciente vem chamando atenção do mundo após o “Errar é Humano”, onde apontava que as falhas na assistência representavam a oitava causa de morte. Após esse grande marco houve uma grande mobilização mundial com várias medidas e iniciativas voltadas para a melhoria da segurança do paciente (KOHN, 2000).

Outra grande iniciativa foi feita pela Organização Mundial da Saúde em 2004, que exigia de seus membros 13 metas prioritárias. Dentre essas metas a de número 11, têm como principal ação a formulação de guias curriculares para a graduação na área da saúde. Em 2011, a OMS lançou o “*Patient safety curriculum guide: multiprofessional edition*”, que incentiva a realização de pesquisas sobre o tema. Nesse guia existe uma parte voltada para o professor e para o aluno definindo as competências sobre a segurança do paciente (WHO, 2011).

Por meio desse guia surge uma importante recomendação sobre a inclusão do tema de segurança do paciente desde os primeiros ciclos do curso de medicina. Esse conhecimento sobre segurança do paciente deverá ser distribuído através de eixo específico sobre segurança, de forma longitudinal, onde o aluno possa realizar pesquisa e estudo sobre o assunto em qualquer especialidade.

Ainda é sugerido a importância do trabalho integrador, com outras equipes como enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, nutricionistas e outros. Para que no futuro haja uma harmonia no trabalho em conjunto pela segurança do paciente (WHO, 2011). Além disso, surge a necessidade de os tutores estarem atualizados sobre o tema, sendo suas bases pedagógicas de metodologias baseadas em metodologias ativas, construídas nos laboratórios de habilidades e simulações.

## **6.2 A Cultura do erro e de Segurança do Paciente**

A cultura de segurança do paciente na instituição hospitalar é fundamental; ela deve estar acima de metas financeiras e operacionais. Como prioridade, necessita envolver todos nesse engajamento: profissionais, gestores, pacientes e familiares. Sendo uma das metas, substituir a punição e a culpa individualizadas pela cultura de segurança que promove o aprendizado com erros, o incentivo a notificação de incidentes e eventos adversos promoverá o crescimento do aprendizado da organização (MS, 2013).

Sistemas seguros trabalham em equipe, incorporam treinamentos, melhoram a comunicação e inovam suas tecnologias. Todas essas ações capacitam os profissionais para conduzirem situações de riscos e estarem à frente como líderes (BIANCHI-SAND, 2003).

O relato do erro é o primeiro passo a ser dado para evolução do sistema de saúde, o que se pretende é que mais profissionais façam o certo (KOHN, 2000). Corroborando com o autor, nesse estudo, observou-se que a maioria (70,9%) referem que comunicam a equipe ou ao professor alguma condição nas cirurgias que possa favorecer o erro e gerar eventos adversos.

Apesar de representar a minoria, o resultado denuncia uma parcela de erros que são subnotificados, desconhecidos e conseqüentemente não contribuem com a segurança do paciente e evolução do sistema. Para Belela (2008) diante da ocorrência do erro, há a tendência de omitir ou buscar culpados sem buscar as causas, a cultura de punição em instituições caracteriza a rigidez organizacional e hierárquica e se dá por meio de ações disciplinadoras.

Em virtude do medo da punição muitas situações de risco ao paciente ficam subnotificadas e o erro no sistema não é identificado (COLI; ANJOS; PEREIRA, 2010; FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014). A omissão do erro ainda durante a formação acadêmica pode ser ocasionada pelo medo de punições e medidas corretivas vexatórias. Nota-se a importância de realizar o *feedback* ao aluno em espaço reservado de forma salutar que possa promover uma conscientização do graduando para seguir regras de segurança de forma mais consciente, atenta e responsável.

O estudo de Mossoco (2012) revelou que muitos dos funcionários têm medo de reportarem o erro na instituição por medo da punição, relatando medo que os erros possam ser usados contra si e serem anotados em suas fichas.

Os erros geram sentimento de culpa, apavoramento e transtornos, pois esses podem colocar em risco a vida do cliente, a sua competência técnica e sua futura carreira profissional. Dentro dos espaços de trabalho é necessário criar momentos para que os profissionais sejam ouvidos sobre o erro ocorrido, com isso seu sofrimento é aliviado e a situação passa a ser mais bem elaborada. Assim a pessoa que cometeu o erro pode rever a sua forma de lidar com os sentimentos desagradáveis (PADILHA; FEURWERKER, 2002; BOHOMOL; RAMOS, 2006).

Alguns estudos revelam que o erro torna o profissional mais consciente e atento para seguir às normas de segurança do paciente evitar ou minimizar erros futuros, o que favorece

um espaço de interação entre profissional, equipe e o paciente. Profissionais precisam sentir-se seguros e incentivados a notificar os eventos adversos, somente assim as possíveis falhas poderão ser sanadas (KAZAOKA et al., 2007; BOHOMOL; RAMOS, 2006; CARLTON; BLEGEN, 2006; SILVA et al., 2011).

Deve ser construída a cultura de notificação nas instituições de saúde, prevenção e identificação de forma anônima e confidencial, pois o pretendido não é a busca de culpados e punição. O primeiro passo para melhoria da segurança do paciente é a proposição de ações gerenciais e institucionais de não punição para aqueles que relatam erros médicos (BODUR; FILIZ, 2010; SILVA et al., 2011; FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014).

É importante frisar e promover capacitação de tutores e de alunos numa abordagem horizontal que enfatize a não punição. Nesse sentido, 56,3% dos participantes afirmam que o professor realiza medidas educativas com o aluno para que os erros sejam minimizados .

O *Institute for Healthcare Improvement* (2003) aponta que se deve buscar a transparência na transferência do saber, onde profissionais da equipe multidisciplinar se tratam com respeito e competência, e o interesse sobre o paciente seja prioridade e os familiares e pacientes sejam envolvidos no cuidado seguro. Há ainda que se considerar que os gestores e diretores da instituição assumam sua parcela de responsabilidade no cuidar.

No presente estudo, a maioria dos alunos refere que os locais em que realizam as atividades não promovem boas práticas para a promoção da segurança do paciente em cirurgias e que a instituição não oferece apoio para a implementação de medidas que favoreça a cirurgia segura. Ainda que o aluno receba o treinamento adequado sobre a prática de cirurgia segura, ele não complementa o seu conhecimento na prática em virtude de a instituição não ter implementado até o momento os protocolos e diretrizes de cirurgia segura.

Estudo realizado em 2010 com 50 enfermeiros de uma instituição de saúde do centro-oeste demonstrou que 23 participantes (46%) relataram não haver medidas preventivas na instituição. Há necessidade de investir no conhecimento e capacitação das instituições e promover medidas de incentivo de uma cultura proativa e não punitiva ao erro (BEZERRA et al., 2012).

A melhoria com relação à comunicação entre as equipes, o *feedback* e comunicação de erros, ações não punitivas, promoções de educação permanentes do quadro discente, docentes e servidores, são ações transformadoras no ambiente de trabalho. Sendo fundamental o investimento na cultura da educação, prevenção e ações gerenciais a qualificação do sistema em prol da segurança do paciente (BIANCHI-SAND, 2003; CORBELLINI et al., 2011).

Para tanto, os alunos devem estar envolvidos em ambientes modelos, hospitais-escolas com investimentos na prática segura e na cultura de segurança ao paciente difundida nos mais diversos ambientes. Há a necessidade de desenvolver nesses ambientes estratégias de educação proativas de segurança do paciente, em que a vida humana é prioridade.

Parte da solução do problema da assistência insegura é a reestruturação do sistema das instituições para a possibilidade de gerenciar riscos e minimizar erros, com a valorização de uma estrutura produtiva de confiança, com participação ativa dos profissionais, gestores e pacientes no processo de trabalho. Deve-se ter em mente que o primeiro passo é não provocar danos (SIMPSON, 2000).

Estudo realizado com 21 gerentes de serviços públicos, em São Paulo, evidenciou que desenvolver espaço de troca, consolidar relações entre profissionais e entre usuários, envolver o servidor em projetos da instituição e criar autonomia de trabalho para projetos próprios são fatores que podem criar um clima positivo de envolvimento com a instituição (PEDUZZI et al., 2011).

Os gestores hospitalares devem estar capacitados para promover a cultura de segurança do paciente, contribuindo para que haja um redimensionamento em relação a questões críticas, que impedem o bom desenvolvimento de um ambiente colaborativo (CORBELLINI et al., 2011).

Para contribuir para a prevenção de erros são necessárias ações que envolve o usuário, gestores, políticas institucionais, governamentais e a cultura de segurança. Todos esses aspectos contribuem para minimizar danos no cuidado da saúde (SANTOS et al., 2010; PORTO et al., 2011). Os dados evidenciam que 100% dos estudantes acreditam que erros podem ser evitados, e a formação assume papel protagonista nessas ações.

O Núcleo de Segurança do Paciente (NPS), setor que controla, regula e monitoriza os serviços de saúde prestados para segurança do paciente, foi pensado recentemente como política institucional e governamental e está previsto pela Portaria Nº 529/ 2013. Deve ser implementado no âmbito dos estabelecimentos de saúde com atribuição de elaborar o Plano de Segurança do Paciente (PSP), demonstrando o compromisso e planejamento institucional dos ambientes de cuidado em sistematizar as práticas que podem incorrer em maiores riscos aos pacientes (MS, 2013; BRASIL, 2014).

No hospital escola, cenário de prática dos participantes dessa pesquisa, verificou-se que apesar de ter sido implantado o NSP, não existia nenhum protocolo instituído e aplicado durante a cirurgia, bem como a vigilância e o monitoramento de riscos nocivos e, dessa

maneira, os problemas encontrados ficam subnotificados. Fato também observado em outro estudo, onde apenas 25% dos erros são relatados pelos profissionais (CARVALHO, 2002)

Observa-se que a cultura de segurança vigente no hospital escola em questão está entre a patológica e a burocrática. Visto que no setor do centro cirúrgico não existe protocolos de Cirurgia Segura e os erros correntes são tratados de formas punitivas. Westrum (2004) ressalta que a falta de protocolo da Cirurgia Segura, pode encobrir as falhas, e inibir o crescimento de novas ideias e atitudes proativas. As atitudes proativas e de liderança favorecem os sistemas de monitoramento de eventos adversos a fim de aumentar a qualidade do atendimento prestado, isso envolve a formação de profissional da equipe de trabalho, a estrutura física e organizacional (HARADA, 2009).

A implementação de comitês e comissões permanentes de equipes multidisciplinares é fundamental para instituição. Criar protocolos, manuais, rotinas, lista de verificação, materiais educativos colabora muito para a cultura de segurança e faz o monitoramento de eventos adversos, além do desenvolvimento de estratégias como aumentar o relato de erros, estabelecer um foco de liderança, desenvolver pesquisas sobre o tema, ampliar o conhecimento sobre segurança nas organizações de cuidado de saúde (MCCANNON et al., 2007; HINRICHSEN, 2008).

### **6.3 Utilização e conhecimento do instrumento da a lista de verificação**

Para melhorar a notificação de eventos adversos em cirurgia é necessária a implantação da lista de verificação de cirurgia segura. Essa padronização favorece a identificação dos pontos críticos e permite realizar uma análise crítica e tomar medidas preventivas aos eventos adversos que provoquem dano ao paciente. Gallotti (2004) relata que 50 a 60% dos eventos adversos são evitáveis. Nesse estudo foi constatado que 58,3% dos graduandos não conheciam o protocolo de cirurgia segura.

O uso da lista de verificação de cirurgia segura pretende agregar atitudes, competências e comportamentos comprometidos com o ato seguro no procedimento cirúrgico. A utilização da lista de verificação de cirurgia segura é baseada em evidências científicas (GAWANDE, 2011). Padroniza as atividades no trabalho e promove segurança durante o procedimento cirúrgico. Com o uso da lista de verificação de cirurgia segura situações diárias podem ser conferidas durante o procedimento. Nesse sentido, a utilização da lista de verificação é simples, mensurável e universal, podendo ser adequada a realidade da instituição

(GAWANDE, 2011). Danos que podem ser evitados além de diminuir sequelas incapacitantes, como aumento da permanência e custo hospitalar (WHO, 2008).

Situações de risco podem ser facilmente evitáveis, como a realização da verificação em três etapas: antes da indução cirúrgica, no ato cirúrgico e após o término da cirurgia. (YAMANAKA; MALTA; CABANAS, 2013).

Em um Hospital Escolar alunos de graduação deverão ser incentivados e treinados a preencher a lista de verificação de cirurgia segura. Esse conhecimento será valioso para sua formação acadêmica, onde erros futuros poderão ser evitados. O incentivo a esse processo educativo na graduação é necessário, pois a lista de verificação de cirurgia se tornará instrumento de trabalho após sua formação acadêmica.

Esse futuro profissional deve estar conectado com as necessidades da futura instituição do trabalho e reconhecer o seu próprio papel na segurança do paciente. Para que isso possa ocorrer Conley (2011) descreve que os pontos-chave são a educação específica, monitoramento e o *feedback*, além do envolvimento toda a equipe no processo do preenchimento da lista de verificação.

A sua aplicabilidade já demonstrou em oito cidades pelo mundo que houve redução da taxa de mortalidade de 1,5 para 0,8 e nas complicações de 11 % para 7,0% (HAYNES, 2009). Isso condiz com as impressões dos alunos que 100% afirmaram estarem mais seguros com seu uso da lista de verificação da OMS nos procedimentos cirúrgicos .

A adesão a lista de verificação ainda tem um longo trabalho a ser percorrido, visto que um trabalho relatou que em 375 cirurgias realizadas, a lista de verificação ocorreu em 61% e somente 4% estavam totalmente preenchidas (FREITAS et al., 2014). A adesão deve ser clara, participativa e demonstrar a importância da mesma aos serviços e aos profissionais de saúde e não pode ser apenas passiva e burocrática ou imposta. (CONLEY, 2011; STYER, 2011).

Estabelecer métodos de barreiras na instituição evita que o risco vire evento adverso e atinja o paciente. Nesse sentido, as estratégias para implantação da lista de verificação da cirurgia segura devem buscar a capacitação dos futuros e atuais médicos, e envolvê-los junto com a equipe de enfermagem e técnicos de enfermagem (STYER, 2011; GAAL; VERSTAPPEN; WENSING, 2011). Legitimando a informação do autor 97,7% dos participantes acreditam que a aplicação da lista de verificação de Segurança da Organização Mundial da Saúde reduz complicações e que a equipe que utiliza esse protocolo em sua rotina transmite mais segurança ao paciente, pois se sente mais segura nas atividades práticas.

Em um estudo, relatado por Gawande (2011) foram envolvidos 250 membros de equipes de cirurgia, onde participavam cirurgiões, anestesistas e enfermeiros. Este grupo de profissionais fez o preenchimento anônimo do questionário durante três meses de uso. O relatado foi que 80% acharam que a lista de verificação é de fácil uso, não tomava tempo e melhorava a segurança no procedimento. Além disso, 78% afirmaram que a lista de verificação possibilita evitar erros na cirurgia. Quando perguntados: “se você fosse passar por uma cirurgia, gostaria que a lista de verificação fosse usada?” Dos participantes, 93% responderam que sim. Essa importância também foi observada na pesquisa realizada com os alunos dos módulos X e XI da graduação de medicina da PUC-Goiás em que 95,8% dos participantes afirmam que gostariam de ser operados ou levar algum familiar em instituição que segue o protocolo de segurança da OMS.

Os dados demonstram a relevância do uso da lista de verificação, todos os participantes afirmam que o conhecimento da lista de verificação de segurança salva vidas, traz benefícios para segurança do paciente e confiança da equipe. Styer (2011) aponta que esse instrumento é eficaz e tem demonstrado que seu uso contribui para a diminuição do número de mortalidade nos hospitais.

Na adesão da lista de verificação de cirurgia é fundamental a adesão do cirurgião e o comprometimento com as atividades e os processos educativos. As equipes multidisciplinares devem promover reuniões semanais para discutirem os pontos-chaves e as mudanças necessárias. A motivação básica é fomentar a disciplina e o trabalho em equipe, na busca de eliminar ou reduzir os erros comuns (GAWANDE, 2011).

O enfoque da utilização da lista de verificação deverá ser centrado na vigilância, na cultura de treinamento, acompanhamento e avaliações. O instrumento precisa ser guiado por três princípios: simplicidade, ampla aplicabilidade e possibilidade de mensuração (WHO, 2009). A finalidade é a redução dos danos aos pacientes, dos casos de judicialização da medicina, dos custos de tratamentos, internações e da perda de vidas. É válido o reconhecimento de que falibilidade humana existe nos serviços de saúde (WACHTER, 2013).

É sabido que esse processo não é fácil, em virtude da dura realidade de hospitais brasileiros, que por vezes não têm condições mínimas de funcionamento. Encontram-se em condições mínimas, faltando equipamentos e medicamentos. O centro cirúrgico é um ambiente complexo, onde existe a necessidade de interação de múltiplos fatores como: a complexidade da tarefa realizada, fatores individuais, da equipe e da instituição (cultura de

segurança, protocolos e equipamentos). Todos esses fatores influenciam em maior ou menor grau nas ocorrências de eventos adversos (SINGLA et al., 2006).

Um grande estudo europeu relatou que as estratégias que mais surtem efeito na segurança do paciente, em mais de 70% dos casos, são: a cultura da educação na instituição; o uso de protocolos no serviço; capacitação para segurança; protocolos de orientação para o paciente; sistema de registro médico e acesso telefônico adequado (GAAL; VERSTAPPEN; WENSING, 2011).

Certamente muitos problemas serão evitados melhorando o planejamento e as condições de operar o paciente utilizando da lista de verificação. Busca-se evitar a ocorrência de eventos adversos, que poderiam causar acidentes fatais ou mesmo uma permanência prolongada nos hospitais e gerar custo aumentado nos tratamentos (NEWBLE, 2004; STILSON, 2009).

#### **6.4 O Ensino a Distância como treinamento para o uso da lista de verificação de cirurgia segura**

O tema ensino da lista de verificação de cirurgia segura foi ofertado aos alunos da graduação do módulo XI, com intuito de aumentar do conhecimento sobre o tema. Na análise dos resultados obtidos, observou-se a importância do tema visto que mais de 50% não conheciam a lista de verificação de segurança salva vidas da Organização Mundial de Saúde.

O Ensino a Distância é uma metodologia ativa que tem a utilidade de aperfeiçoar as atividades desenvolvidas no ambiente educacional. O desafio maior é mudar a prática da sala de aula rompendo com as aulas apenas expositivas, para um cenário de ensino no espaço virtual, com normas e objetivos predefinidos e pactuados (ANASTASIOU; ALVES, 2010; SOUZA; IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2014). Essa prática do ensino traz a oportunidade de capacitar e simular situações reais. Wachter (2013) ressalta que o ambiente virtual favorece o treinamento simulado no contexto da prática.

A supervisão num ambiente simulado pensado e preparado, proporciona ao discente a oportunidade de uma prática segura, onde suas ações simuladas no ambiente virtual não trazem uma ameaça à segurança do paciente. Apreendem com situações reais de um cenário simulados por vídeos e casos clínicos. Essa maneira de ensinar quebra com a maneira tradicional em que um médico-professor faz todos os procedimentos, e os alunos apenas assistem passivamente à execução.

O espaço virtual de Ensino à Distância (EaD) é um ambiente propício para adquirir novas habilidades sem que a segurança do paciente seja comprometida. Na avaliação de final de curso realizada pelos alunos, 100% afirmaram que durante o curso tiveram a oportunidade de rever conceitos.

No Ensino a Distância (EaD) há a execução de tarefas em fóruns preparados para debates interativos com prazos determinados. Nos fóruns de debates com conteúdo aprofundados, pode contribuir com vivências e experiências que tragam significado aos discentes, essa afirmativa foi fortalecida pelos participantes ao pontuarem que as discussões e fóruns foram utilizados corretamente.

O conteúdo foi repassado de forma crescente, com o intuito de que no final do curso os objetivos de aprendizado fossem atingidos. Para isso ocorrer, o discente deve assumir papéis e responsabilidades quanto ao seu desenvolvimento pessoal. O aluno deve administrar seu tempo de estudo, sendo fundamental assumir sua autonomia na aprendizagem e se responsabilize pelo processo de ensino-aprendizagem (SOUZA; IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2014).

Criar ambientes de estudos à distância que mude essa habitual forma de aula expositiva dialogada é desafiante. Trabalhar os conteúdos em grupo virtuais e espaço motivador de compartilhamento de conhecimento motiva o discente a elaborar seus conteúdos de forma crítica, reflexiva, interativa e participativa, sendo capaz de explorar e facilitar o aprendizado do aluno, em conjunto com o professor. Este último assume o papel de tutor e facilitador, cria estratégias para realizar um trabalho em conjunto com o discente, com intuito de favorecer o desenvolvimento de habilidades necessárias para a execução com excelência do tema. Esse trabalho em conjunto de Aluno-Professor tem como prioridade o caminhar junto (VALENTE, 2008; SOUZA; IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2014).

O Ensino à Distância (EaD) de segurança do paciente proposto como intervenção aos alunos da graduação teve como papel principal preparar o discente para prática clínica diária de um ato cirúrgico seguro. Todo modelo implantado foi voltado para um ambiente educacional, buscando adquirir competências clínicas para atender uma necessidade de se capacitar para o desafio global, de tornar o ato cirúrgico mais seguro, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008).

Os participantes concordaram que o tema proposto pelo curso foi relevante para o desenvolvimento dos alunos e para a aplicação na vida profissional. O tempo em que o curso foi realizado foi julgado suficiente pelos alunos.

A prática envolve criar estímulos voltados às atividades diárias, como foi aplicado no Curso de Ensino à Distância: Segurança do Paciente e a lista de verificação de cirurgia segura. Essa forma de ensinar possibilita criar uma nova oportunidade de um cenário real de prática, saindo do padrão tradicional. Freitas (2012) define que essa prática visa cumprir os requisitos dos grandes desafios globais do mercado de trabalho. Além de estar em compasso com as Diretrizes Nacionais (DCN) da Medicina, quanto à formação de um médico generalista, reflexivo e comprometido com os princípios da atenção básica à saúde (BRASIL, 2001).

No espaço virtual, as tarefas foram executadas com prazos determinados em fóruns preparados para debates interativos de forma crescente em relação ao conteúdo para que no final do curso proposto todos os objetivos de aprendizado tenham sido alcançados. A maioria, 95,8% dos alunos, concordou que as discussões e os fóruns foram utilizados adequadamente contribuindo para o aprendizado do tema proposto além de revisão de conceitos prévios. Os participantes avaliaram o conteúdo do curso como importante para a aplicação na vida profissional.

A supervisão no ambiente virtual (AVA) preparado ao discente oportuniza uma prática segura, pois suas ações simuladas no ambiente virtual não trazem uma ameaça à segurança do paciente. Aprendem com situações reais em um cenário simulados por vídeos e casos clínicos. Corroborando com Rossoni e Lampert (2004), essa maneira de ensinar quebra com a maneira tradicional de ver um médico-professor realizando todos os procedimentos, e os alunos apenas assistindo passivamente. O espaço virtual de ensino em EaD foi um ambiente propício para adquirir novas habilidades sem que a segurança do paciente seja comprometida.

Para tanto os discentes assumiram papéis e responsabilidades quanto ao seu desenvolvimento pessoal. A administração do seu tempo é fundamental para que ganhe autonomia na aprendizagem. Nos fóruns de debates com conteúdo aprofundados, pode contribuir com vivências e experiências que tragam significado aos demais discentes.

Os conteúdos em grupos virtuais motivam o discente a elaborar seus conteúdos de forma crítica, reflexiva, interativa e participativa, capaz de explorar e facilitar o aprendizado do aluno. O papel do tutor facilitador cria estratégias para realizar um trabalho em conjunto com o discente, que favoreça o desenvolvimento de habilidades necessárias para a execução com excelência do tema em discussão (HATTIE; TIMPERLEY, 2007; ANASTASIOU; ALVES, 2010; REIBNITZ et al., 2012).

As situações reais foram exemplificadas por meio de vídeos em cenários de prática e discussão de casos clínicos nos fóruns. Harden et al. (1975) ressaltam que textos e fóruns com casos clínicos podem simular e prever as várias situações críticas que poderiam ocorrer ao paciente, gerando uma prática reflexiva de situações que podem ser evitáveis.

Nesse sentido, o treinamento adequado do discente de medicina é fator fundamental e estratégico para uma prática cirúrgica segura. Um dos fatores principais é o investimento no ensino do discente que é o capital social do serviço de saúde.

Na busca do ideal, a avaliação de competências busca métodos que procuram simular as práticas de vivência reais, com compromisso ético de causar mínimo risco tanto para o discente como para o paciente. Dessa forma, priorizar o ensino da lista de verificação de cirurgia segura é sinal de profissionalismo do docente e do discente, trazendo à tona a importância de ações orientadas para segurança do paciente de forma padronizada e simplificada.

Nesse contexto, parar alguns minutos na sala de cirurgia e aplicar a lista de verificação diminui a ocorrência de procedimentos suscetíveis a erro. A prática de cirurgia segura tornou-se uma prioridade. O uso da lista de verificação de cirurgia segura tornou-se a linha de frente na diminuição das ocorrências de erros evitáveis (GAWANDE, 2011). Equipes guiadas por normas e diretrizes estarão mais atentas, sendo todos responsáveis por um ato seguro.

Na construção desse cenário de prática do ensino a lista de verificação de cirurgia segura da OMS, por meio do estudo em EaD de cirurgia segura foi utilizado recursos que fomentaram a construção desse novo saber, com a criação de estratégias de ensino que proporcionou uma prática supervisionada e cenários de simulação com casos reais. Garantiu o engajamento dos alunos nos debates e fóruns.

Após essa prática simulada no ambiente (AVA), pode-se experimentar o exame dos resultados utilizando o instrumento *Objective Structured Clinical Examination* por meio de uma prática simulada construída num laboratório de habilidades. Essa avaliação clínica tem como intenção capacitar o aluno, preparando-o para o como fazer, que reflete na habilidade de agir corretamente numa situação simulada (MILLER, 1990). Com isso, os participantes puderam demonstrar na prática as competências adquiridas na educação a distância.

Foi simulado um ambiente de centro cirúrgico com bonecos e atores. Durante essa avaliação o discente cumpriu o passo a passo da lista de verificação de cirurgia segura, sendo atribuído uma nota para cada acerto de itens a serem checados (Apêndice F).

Nos dados apresentados (Tabela 5) foi observado que houve um aumento no índice de acerto no pós-teste comparado com o pré-teste. Vale ressaltar que nas questões de números 02 e 10 o índice de acerto diminuiu, o que pode demonstrar uma má formulação dessas questões. Existindo a possibilidade de essa questão ser retirada do instrumento, por apresentar pouca capacidade de avaliar o aluno.

Os resultados obtidos, comparando os grupos controle e intervenção na atividade do *OSCE*, pode-se concluir um aumento em cada média, por questão do grupo intervenção. A média final de acerto do grupo intervenção foi de 9,06 com  $p < 0,001$ , enquanto a do grupo controle foi de 1,06. Esses resultados demonstram que o ensino da lista de verificação de cirurgia segura através do ensino à distância alcançou seu objetivo de aprendizagem.

O método de avaliação *OSCE* é válido, fidedigno e estruturado e tem capacidade de criar situações reais (NEWBLE, 2004). Foi adotado para o preparo do discente para a prática clínica do preenchimento da lista de verificação de cirurgia segura da OMS, além da avaliação do processo ensino-aprendizagem.

O *OSCE* é um método que buscou avaliar competências clínicas, conhecimento, habilidades e atitudes adquiridas na prática do curso ensino em EaD, como também um motor de mudança no sentido de um maior empenho de docentes e discentes. Essa prática visa a atender novas propostas curriculares do curso de medicina (CERQUEIRA; ALMEIDA; PÊGO, 2014; BRASIL, 2001).

O professor avaliador teve oportunidade de realizar um *feedback* individualizado dos itens que não houve acerto por parte do discente. Esse momento favoreceu uma prática reflexiva onde houve uma falha no conteúdo. Promoveu um espaço de interação aluno-professor que favoreceu a uma auto avaliação por parte do aluno. Anastasiou e Alves (2010) apontam que o professor atua como facilitador e motivador do processo de ensino-aprendizagem para a busca do ensino integrado e interdisciplinar, inserido desde o início do curso em campos de prática. O *feedback* permite um momento de análise e reforça pontos do aprendizado que precisariam ser revistos para obter a excelência na avaliação simulada do *OSCE* ao fim do curso.

No futuro espera-se que esses discentes trabalhem em equipe como líderes, com condições de sugerir mudanças favoráveis, vencer problemas e compartilhar soluções, criando assim um ambiente chamado por Edmonson, Bohner e Pisano (2001) de segurança psicológica, que mantém o aprendizado contínuo e a comunicação eficaz durante os processos de trabalho.



## 7 CONCLUSÃO

---

O curso de Ensino a Distância sobre a lista de verificação de cirurgia segura possibilitou aos estudantes do último ano do curso de medicina a aquisição de conhecimentos em cirurgia segura e habilidades no preenchimento da lista de verificação preconizada pela OMS.

Quase a totalidade dos estudantes avaliados reconhece a importância do aprendizado da segurança do paciente em cirurgia para o seu futuro como profissional.

Os estudantes do grupo intervenção ,participantes do curso EaD em cirurgia segura, apresentaram melhor desempenho após a intervenção educativa. A aquisição de conhecimento e habilidades foi superior tanto nos testes escritos e nas provas práticas pelo método OSCE do que grupo comparação .

O ambiente virtual à distância foi capaz de contribuir para a construção do conhecimento necessário para a plena execução adequada da lista de verificação de cirurgia segura. Favoreceu a aquisição de habilidades, atitudes e comportamento desejado para a utilização da lista, incluindo a orientação para uma forte cultura de segurança do paciente. Independente de qual área de atuação o futuro aluno venha a escolher, a cultura de segurança do paciente deve estar inserida nas suas atividades diárias.

A construção desse saber deverá estar inserida de forma permanente nos projetos pedagógicos dos currículos médicos, com objetivo de promover a segurança do paciente de maneira definitiva, colaborando para uma prática segura.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

O aprendizado da lista de verificação de cirurgia segura da OMS, constitui um meio de gerar medidas preventivas nas salas cirúrgicas, oferecendo aos pacientes cirúrgicos menos riscos de efeitos nocivos.

Para que isso ocorra, o ensino do protocolo universal de cirurgia segura deverá ser trabalhado dentro das universidades e instituições de saúde, favorecendo a capacitação de novos líderes para práticas seguras.

O ensino da lista de verificação de cirurgia segura ao aluno da graduação da PUC-Goiás teve como papel principal preparar o discente para prática clínica de um ato cirúrgico seguro. Todo o modelo implantado foi voltado para um ambiente educacional, buscando adquirir competências clínicas para atender uma necessidade de se capacitar para o segundo desafio global, conforme preconizado pela OMS: de tornar o ato cirúrgico mais seguro.

O principal objetivo desse projeto foi treinar o discente para preenchimento correto a lista de verificação de cirurgia segura para que no futuro este profissional esteja habilitado para trabalhar em equipe, praticar um ambiente seguro e utilizar protocolos de cirurgia segura em sua atuação profissional.

Sugere-se que a Santa Casa de Goiânia, instituição de treinamento e ensino da área de saúde, se adeque com protocolos e diretrizes para uma participação ativa, com a promoção de ações de capacitação para o uso da lista de verificação de cirurgia segura, onde os profissionais farão parte da construção de uma cultura de segurança fortalecida na instituição.

Frisa-se a importância da adesão ao protocolo de cirurgia segura da OMS, bem como a notificação de eventos adversos. Para o crescimento de novas ideias e atitudes proativas para os profissionais e a instituição.

Outro aspecto importante a ser citado seria o papel do professor como forte incentivador da introdução dos tópicos de segurança do paciente em sua disciplina, desde os primeiros anos até o internato, bem como nas suas avaliações de desempenho. Para que os professores insiram de forma consistente em suas práticas e disciplinas, faz-se necessário que estejam habilitados a ensinar o conteúdo de segurança do paciente.

Para isso será importante a realização de oficinas para tutores, professores e preceptores sobre o tema de segurança do paciente para que introdução do tema ocorra nas

disciplinas curriculares de forma a integrar o conteúdo existente. Sugere-se que seja criado um eixo específico sobre o tema de segurança do paciente, que se disporia de forma longitudinal desde os primeiros ciclos até a conclusão do curso, com objetivo de difundir esse saber no meio universitário. Além do incentivo de pesquisa sobre esse tema nos trabalhos de conclusão de curso.

O investimento no fator humano, que é o aluno, interfere de maneira definitiva na contribuição de sistema de saúde com maior segurança. A intenção é de que os futuros profissionais saiam capacitados para atuarem em equipe e contribuindo para uma cultura da organização centrada no paciente. A soma de todos os esforços para projetar sistemas mais seguros contribui para prevenção de erros evitáveis, salvando futuras vidas.

## 9. REFERÊNCIAS

---

AHLBERG, G.; ENOCHSSON, L.; GALLAGHER, A. G.; HEDMAN, L.; HOGMAN, C.; MCCLUSKY, D. A.; ARVIDSSON, D. *Proficiency-based virtual reality training significantly reduces the error rate for residents during their first 10 laparoscopic cholecystectomies*. The American Journal of surgery, v.193, n.6, p. 797-804, 2007.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Diretrizes da Organização Mundial da Saúde sobre a higienização das mãos na Assistência à Saúde*. Brasília, 34p. 2005.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Boletim informativo: segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde*. Brasília, v. 1, n. 1, p. 1-12, 2011.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. Brasília, 2013. 167p.

ANASTASIOU, L. G. C. & ALVES, L. P. *Processos de apreendizagem na universidade: pressupostos para estratégias de trabalho em aula*. 9ed. Joinville, SC: Univille; 2010.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Comparative Data base Report, p. 09-30, 2009.

ARAGÃO, A. M. F.; FERREIRA, L. H.; PREZOTTO, M. É possível convidar Schön e Vygotsky para um mesmo jantar? Fundamentos da Teoria Histórico-Cultural para a Reflexividade Docente. IX Anped Sul: Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul. 2012.

ARANAZ-ANDRÉS, J. M.; AIBAR-REMÓN, C.; VITALLER-MURILLO, J. *Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events*. J Epidemiol Community Health.; v. 62, p.1022-1029, 2008.

BAKER, G. R.; NORTON, P. G.; FLINTOFT, V. et al. *The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada*. Canadian Med Assoc. J, v.170, n.11, p.1678-86, 2004.

BATALHA, E. M. S. S. A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. Dissertação [Mestrado] - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, p.154, 2012.

BELELA, A.S.C. *Erros de medicação notificados em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos para atendimento de pacientes oncológicos*. 2008. 150 f. Tese (Mestrado) -

Universidade Federal de São Paulo UNIFESP, São Paulo, 2008.

BERBEL, N.A.N. A metodologia da problematização com Arco de Maguerez. Uma reflexão teórico-epistemológica. Londrina: Editora Eduel, 2012.

BERBEL, N.A.N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2012.

BEZERRA, A.L.Q.; FILHO, M.A.; SOARES, I.M.S.; SOARES, C.S.R.; PARANAGUA, T.B. *Administração de medicamentos: conhecimento de enfermeiros do setor de urgência e emergência*. *Enfermeria global* [internet], v. 26, n.4, p.70-85, 2012. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/pt\\_clinica5.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/pt_clinica5.pdf).

BIANCHI-SAND, S. *It takes a team to prevent errors*. *The American Journal of Nursing*, 103(12), p. 89-90, 2003.

BODUR, S.; FILIZ, E. *Validity and reliability of Turkish version of " Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey*. *BMC Health Services Research*, v. 10, n. 1, p. 28, 2010.

BOHOMOL, E.; RAMOS, L.H. *Percepções sobre o erro de medicação: análise de respostas da equipe de enfermagem*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 14, n. 6, p. 887-892, 2006.

BOLLELA, VR. et al. *Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática*. *Medicina (Ribeirão Preto)*. Online, Brasil, v. 47, n. 3, p. 293-300, nov. 2014. ISSN 2176-7262. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/86618/89548> Acessado em: out. 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i3p293-300>.

BOYLE, E.; AL-AKASH, M.; GALLAGHER, A. G.; TRAYNOR, O.; HILL, A. D.; NEARY, P. C. *Optimising surgical training: use of feedback to reduce errors during a simulated surgical procedure*. *Postgraduate medical Journal*, v. 87, p. 524-528, 2011.

BRASIL. Resolução CNE/CES no.04/2001. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*. *Diário Oficial da União*, Brasília, seção1. p.38 de 9 de novembro de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. *Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)*. *Diário Oficial da União*, 2 de abril 2013a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html) Acessado em abr., 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 941, de 17 de maio de 2013. *Altera e acresce dispositivo ao art. 8º da Portaria no 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)*. *Diário Oficial da União*, 21 mai. 2013b. Disponível em [http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/U\\_PT-MS-GM-941\\_170513.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/U_PT-MS-GM-941_170513.pdf), acessado em abr., 2015.

BRASIL. *Ministério da Saúde Portaria nº 1377. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança*

do Paciente de 9 de julho de 2013c. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377\\_09\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html). Acessado em abr., 2015.

BRASIL. 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*. Diário Oficial da União, 26 jul. 2013d. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acessado em abr., 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n o 2.095 de 24 de setembro de 2013. *Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente*. Diário Oficial da União 25 de set. ,2013e. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html), acessado em abr., 2015

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de educação Superior. Resolução CNE/CES no 3, de 20 de junho de 2014. *Institui Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina*, 2014a. Disponível em [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192) Acessado em Abr., 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b*. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acessado em abr., 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº198, de 13 de fevereiro de 2004. *Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências*. Acesso em 10 dezembro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n<sup>o</sup> 2.048, de 5 de novembro de 2002. *Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência*. Brasília (DF), 2004. Acesso em 10 dezembro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.863, de 29 de setembro de 2003. *Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão*. Brasil, 2003a. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863\\_26\\_09\\_2003.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html). Acesso em 10-09-2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.864, de 29 de setembro de 2003. *Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU - 192*. Brasil, 2003b. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864\\_29\\_09\\_2003.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.htm) Acesso. Acesso em 10-09-2014

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988. Disponível em: Acesso em 05 dezembro 2014.

BRASIL, Ministério da Educação. *Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior*. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES 4/2001. Brasília: Ministério da Educação; 2001.

BRASIL. *Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde*. Publicada no Diário Oficial da União. Brasília, DF. n. 12, p. 59, 13 jun. 2013. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Fundação Oswaldo Cruz e Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Coleção institucional do Ministério da Saúde, ed. 1ª, edição – 2014 – 1.500 exemplares, Brasília, p. 42, 2014.

CALAIS, S. L. Delineamento de levantamento ou survey. In: BAPTISTA, M. N.; CAMPOS, D. C. de. *Metodologias de pesquisa em ciências: análises quantitativa e qualitativa*. Rio de Janeiro: LTC, p.81-89, 2010.

CAPUCHO, H.C., BRANQUINHO, S., REIS, L.V. *Gerenciamento de riscos e segurança do paciente*. Ribeirão Preto, São Paulo, p. 50. 2010.

CARLTON, G.; BLEGEN, M.A. *Medication-related errors: A literature review of incidence and antecedents*. *Annual Review of Nursing Research*, v.24, n.19, p.38, 2006.

CARVALHO VT, CASSIANI SHB. *Erros na medicação: análise das situações relatadas pelos profissionais de enfermagem*. *Medicina*, Ribeirão Preto, v.33, p. 322-330, 2000.

CARVALHO VT, CASSIANI SHB. *Análise dos comportamentos dos profissionais de enfermagem frente aos erros na administração de medicamentos*. *Acta Paul Enferm*; 15(2): p. 45-54, 2002.

CERQUEIRA, J.J.; ALMEIDA, H.; PÊGO, J.M. *O exame Objectivo Estruturado como metodologia de avaliação de competências: princípios baseados na investigação em educação médica*. In: proceeding of: XII Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. University of Minho. 2014.

CHASSIN, M. R, GALVIN, R.W. *The urgent need to improve health care quality*. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality JAMA.; v. 280, p.1000-5, 1998.

CORBELLINI, V.L.; SCHILLING, M.C.L.; FRANTZ, S.F.; GODINHO, T.G.; URBANETTO, J.S. *Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem*. *Rev. Bras. Enferm*, Brasília, v.64, n.2, p.241-7, mar-abr 2011.

COLI, R.C.P.; ANJOS, M.F.; PEREIRA, L.L. *Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro: uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [internet], v.18, n.3, p.27-33, 2010. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_05.pdf).

CONLEY DM, SINGER SJ, EDMONDSON L, BERRY WR, GAWANDE AA. *Effective surgical Safety Checklist Implementation*. J Am Coll Surg.; v.212, n.5, p.873-9, 2011.

CORREGGIO, T. C. *Recomendações para Utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial da Saúde em um Hospital Universitário*. Dissertação [Mestrado em Saúde] Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, p.151, 2012.

DAVIS, P.; LAY-YEE, R.; SCHUG, S.; BRIANT, R.; SCOTT, A.; JOHNSON, S.; BINGLEY, W. *Adverse events regional feasibility study: indicative findings*. N Z Med J., v.114, n.1131, p.203-5, 2001.

DONATO, A.F.; GUIMARÃES, R.B. Educação sem distância: um desafio para os ambientes virtuais de aprendizado. In: TRINDADE, M.A.B. (org.). *As tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) no Desenvolvimento de Profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Temas em Saúde Coletiva 12. São Paulo: Instituto de Saúde, p.300. 2011.

DUTRA, H.S.; REIS, V.N. Desenhos de estudos experimentais e quase-experimentais: definições e desafios na pesquisa em enfermagem. *Revista de enfermagem UFPE on line*-ISSN: 1981-8963, v. 10, n. 6, p. 2230-2241, 2016.

EDMONDSON A; BOHNER R.; PISANO G. *Speeding up team learning*. Harv Bus Rev.; v.79, p.125-32. 2001.

FASSINI, P.; HAHN, G. V. *Riscos à Segurança do Paciente em Unidade de Internação Hospitalar: Concepções da equipe de Enfermagem*. *Revista de Enfermagem da VFSM, Santa Maria*, v.2, n.2, p.290-299, ago. 2012.

FERRAZ, E. M. *A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI*. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 281-282, 2009.

FEUERWERKER, L. *O problema: porque não se conseguia produzir mudanças na formação médica nos últimos trinta anos ?* In: FEUERWERKER, L. *Além do discurso de mudança na educação médica : processos e resultados* . São Paulo : Hucitec, 2002, cap. 2, p.10-48.

FONSECA, A.D.; PETERLINI, F.L.; COSTA, D.A.; (coordenadores). *Segurança do paciente*. São Paulo: Martinari; p.276, 2014.

FRANK, J.R.; BRIEN, S. (Editors) on behalf of *The Safety Competencies Steering Committee*. *The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions*. Ottawa, ON: Canadian Patient Safety Institute; 2008.

FREITAS, M. R.; ANTUNES, A. G.; LOPES, B. N. A.; FERNANDES, F. C.; MONTE, L. C.; GAMA, Z. A. S. *Avaliação da adesão ao Checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal de Cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de Natal, Rio grande do Norte, Brasil*. *Cad. Saúde Pública*. Jan.; v. 30, n. 1, p.137-48. 2014.

FOURCADE, A.; BLACHE, J.L.; GRENIER, C.; BOURGAIN, J.L.; MINVIELLE, E. *Barriers to staff adoption of a surgical safety Checklist* Qual Saf.; v. 21, p.191-7, 2012.

- GAAL, S.; VERSTAPPEN, W; WENSING, M. *What do primary care physicians and researchers consider the most important patient safety improvement strategies?* BMC health services research, v. 11, n. 1, p. 102, 2011.
- GALLOTTI, R.M.D. Eventos adversos: o que são? Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 50, n. 2, p. 114, Apr. 2004.
- GAWANDE, A. Checklist como fazer as coisas benfeitas. Rio de Janeiro, ed. Sextante, ano 2011.
- GIL, A.C. Como classificar as pesquisas. Como elaborar projetos de pesquisa, v. 4, p. 44-45, 2002.
- GONÇALVES, C.L.D. Gerações, tecnologia e educação: análise crítica do emprego educativo de novas tecnologias da informação e comunicação na educação superior da Região Metropolitana de Campinas, SP. Dissertação [Mestrado]-Centro Universitário Salesiano de São Paulo, UNISAL, Americana, SP, 2012.
- HOFSTEDE, G. *Culturas e Organizações: Compreender nossa Programação Mental*. 1 ed. Lisboa: Editora Silabo, 1991.
- HARADA, M. J. C. S. *Segurança do paciente: classificações e definições*. In: PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. *Enfermagem dia a dia: segurança do paciente*. São Paulo: Yendis, 2009, p. 33-43.
- HATTIE, J.; TIMPERLEY, H. *"The Power of Feedback"*. Review of Educational Research, v.77, n. 1, p. 81-112, march 2007.
- HARDEN, R.M.; STEVENSON, M.; DOWNIE, W.W.; WILSON, G.M. *Assessment of clinical competence using objective structured examination*. British Medical Journal, 22, 447-451, 1975. Disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/1/5955/447>
- HAYNES, A.B.; WEISER, T.G.; BERRY, W.R.; LIPSITZ, S. R.; BREIZAT, A.H.S.; DELLINGER, E.P.; MERRY, A.F. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. New England Journal of medicine, v. 360, n. 5, p. 491-499, 2009.
- HINRICHSEN, S. L. *Princípios da Administração de qualidade e o controle de infecções. Gerenciamento de riscos*. Prática Hospitalar, v. 60, p. 57-63, 2008.
- JERICÓ, M. C.; PERROCA, M.G; PENHA, V. C. *Mensuração de indicadores de qualidade em centro cirúrgico: tempo de limpeza e intervalo entre cirurgias*. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeiro preto, v.19, n.5, p.1239-1246, set. /2011.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL PARA HOSPITAIS. *Padrões de acreditação da Joint para Hospitais*. 4. ed. Rio de janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de saúde, 2010.

- JUNIOR, N. J. O. *Segurança do Paciente: o Checklist da cirurgia segura em um centro cirúrgico ambulatorial*. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, p.79, 2015.
- LUCIAN LEAPE INSTITUTE. *Unmet Needs: Teaching physicians to provide safe health care*. Boston, 2010. National Patient Safety Foundation MARRA, VN. Portfolio PUC Rio. RJ, 2014. Disponível em: <http://veranevesmarra.wix.com/pucRio>. Acessado em abr. 2015.
- KAZAOKA T, OHTSUKA K, UENO K ,MORI M. *Why nurses make medication erros: a simulation study*. Nurse Educ Today.2007;27(4):312-7.
- KASATPIBAL, N., SENARATANA, W., CHITREECHEUR, J., CHOTIROSNIRAMIT, N., PAKVIPAS, P., JUNTHASOPEEPUN, P. *Implementation of the World Health Organization surgical safety Checklist at a university hospital in Thailand*. Surg Infect (Larchmt), v.13, p.50-6, 2012.
- KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. *To error is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
- MACHADO, M. H.; WERMELINGER, M.; TAVARES, M. D. F. L.; MOYSÉS, N. M. N.; TEIXEIRA, M.; OLIVEIRA, E. S. *Análise da Força de Trabalho do. Setor Saúde no Brasil: focalizando a feminização*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. 2006.
- MAHAJAN, R.P. *The WHO surgical Checklist*. Best Pract Revis Clin Anaesthesiol, v.25, p.161-8. 2011.
- MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Técnicas de pesquisa*. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- MCCANNON, C.J.; HACKBARTH, A.D.; GRIFFIN, F.A. *Miles to go: An introduction to the 5 Million Lives Campaign*. Jt Comm J Paciente Qual Saf., v.33, n.80, p.477-84, 2007.
- MELLO, C.C.B.; ALVES, R.O.; LEMOS, S.M.A. *Metodologias de ensino e formação na área da saúde: revisão de literatura*. Rev. CEFAC, v. 16, n. 6, p. 2015-2028, 2014.
- MENDES, W.; MARTINS, M.; ROZENFELD, S.; TRAVASSOS, C. *The assessment of adverse events in hospitals in Brazil*. International Journal for Quality in Health Care, v. 21, p. 279-284. 2009.
- MENDES W., MOURA, M. L. O. *Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro*. Rev. Bras. Epidemiologia, v.15, p. 523-35. 2012.
- MICHAELIS. *Dicionário prático de Língua Portuguesa*. Editora: melhoramentos. 2008
- MICHEL, P.; QUENON, J. L.; SARASQUETA, A. M. et al. *Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals*. BMJ, v. 328, n. 7433, p. 199-202, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. *Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013*. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acessado em: 07/07/2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil. *Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente. Cirurgias seguras salvam vidas*. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009.

MILLER, GE. *The assessment of clinical skills/competence/performance*. Academic Medicine, v.65 (Suppl.), p. S63–S67. 1990.

MOODLE. *Site oficial do Moodle*, 2011. Disponível em: <http://moodle.org/about/>, acesso em: 25 jul. 2016.

MOSSOCO, E. C. P. *Percepção da equipe de enfermagem de um hospital de Ensino Acerca da Segurança do Paciente*. Dissertação [Mestrado em fundamentos e Administração de práticas do Gerenciamento em Enfermagem] - Escola de enfermagem, Universidade São Paulo, p. 152, 2012.

NEWBLE, D. *Techniques for measuring clinical competence: objective structured clinical examinations*. Med. Educ., v. 38, n. 2, p. 199-203, 2004.

OBADIA, I. J. *Sistema de gestão adaptativo para organizações com tecnologia perigosa: a cultura de segurança como pressuposto de excelência nuclear*. Tese (Doutorado em Ciências. Programa de Engenharia de Produção) – COPPE, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, p.287, 2004.

PADILHA, R.Q.; FEURWERKER, L.C.M. As políticas públicas e a formação dos médicos. Rev. bras. educ. méd., v. 26, n. 1, p. 3-4, 2002.

PANCIERE, A. P.; SANTOS, B. P.; AVILA, M. A. G. D.; BRAGA, E. M. *Checklist de Cirurgia Segura: Análise da Segurança e Comunicação das Equipes de um Hospital Escola*. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 71-78, 2013.

PAESE, F. *Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde*. 2010. 181f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

PEDUZZI, M.; CARVALHO, B.G.; MANDÚ, E.N.T.; SOUZA, G.C.; SILVA, J.A.M. *Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional*. Physis [internet], v.21, n.2, p.629-46, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000200015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000200015&script=sci_arttext)

PEREIRA, E. R.S. *Elaboração de Protocolos de Observação (checklists) para a Avaliação de Habilidades Clínicas*. In: TIBERIO, I. de F. L. C. et al. *Avaliação Prática de Habilidades Clínicas em Medicina*, Atheneu, 314 p. 2012.

PIRES, M. P. O.; PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A. S. *Cirurgia segura em pediatria: elaboração e validação de Checklist de intervenções pré-operatórias*. São Paulo, SP, Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem, set. -out., v. 21, n. 5, 2013.

- PORTO, T.P.; ROCHA, P.K.; LESSMANN, J.C.; SOUZA, S.; KRETZER, L.; ANDERS, J.C. *Identificação do paciente em unidade pediátrica: uma questão de Segurança*. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped., v.11, n.2, p.67-74, 2011.
- QUES, A.A.M.; MONTORO, C.H.; GONZÁLEZ, M.G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [internet]; v.18, n.3, p.42-49, 2010. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_07.pdf).
- RAMANI, S.; KRACKOV, S.K. *Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment*. Med Teach, v.34, n.10, p.787-91, 2012.
- REASON, J. *Human error: models and management*. Brit Med J.; v.320, p.768-770, 2000.
- REASO, J. *Human error*. London: Cambridge University Press; p.302, 2003.
- REIBNITZ, K.S.; DAUSSY, M.F.D.S.; SILVA, C.A.J.D.; REIBNITZ, M.T.; KLOH, D. Rede docente assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: reflexos da implantação dos projetos Pró-Saúde I e II. Rev. bras. educ. méd., v. 36, n. 1, supl. 2, p. 68-75, 2012.
- REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. *A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura*. Revista Ciência da Saúde Coletiva, v. 18, p. 2029-2036, 2013.
- RODRIGUES, M.L.V.; FIGUEIREDO, J.F.C. *Aprendizado centrado em problemas*. Medicina (Ribeirão Preto. Online), v. 29, n. 4, p. 396-402, 1996
- ROSSONI, E.; LAMPERT, J. *Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares*. Boletim da Saúde, v. 18, n. 1, p. 87-98, 2004.
- RUNCIMAN, W.; HIBBER, T. P.; THOMSON, R.; SCHAAF, T. V. D, SHERMAN, H.; LEWALLE, P. *Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms*. Qual Health Care, v. 21, p.18-26. 2009.
- SANDOVAL, G.E.; VALENZUELA, P.M.; MONGE, M.M.; TOSO, P.A.; TRIVIÑO, X.C.; WRIGHT, A.C.; PARIS, E. SÁNCHEZ, I.; VALDIVIA, G. Análise de um sistema de avaliação de aprendizagem para internato em pediatria baseado em exame clínico objetivo estruturado, observação de prática clínica e exame escrito. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 86, n. 2, p. 131-136, Apr. 2010.
- SANTOS, W; SOLARI, H.P; VENTURA, M. P. *Processos judiciais em oftalmologia: análise de possíveis fatores desencadeantes*. Arq. Bras. Oftalmol., v.72, n.6, p.501-4, 2010.
- SANTOS, M.C.D., GRILO, A.M.; ANDRADE, G.; GUIMARÃES, T.; GOMES, A. *Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, p. 47-57, 2010.
- SANTOS, B. P.; BRAGA, E. M.; GONÇALVES, I. R. *Cirurgias seguras salvam vidas: aplicação e avaliação do Checklist sugerido pela OMS em cirurgias infantis de um Hospital Escola*. Revista UNINGÁ, Maringá – PR, n.37, p. 73-84 jul. /set. 2013

SAKAI, M. H.; LIMA, G.Z. *PBL: Uma visão geral do método*. Olho Mágico, Londrina, v. 2, n. 5/6, n. esp., 1996.

SCHIOLER, T.; LIPCZAK, H.; PEDERSEN, B. L.; MOGENSEN, T. S.; BECH, K. B.; STOCKMARR, A. et al. Danish Adverse Event Study, incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. *Ugeskr Laeger*, v. 163, n.39, p.5370-8, 2001.

SCHLÜNZEN JR., K. *A educação a distância na formação profissional: a construção de uma cultura acadêmica*. In: TRINDADE, M.A.B. (org.). *As tecnologias da informação e comunicação (TIC) no desenvolvimento profissional de trabalhadores do SUS*. São Paulo: Instituto de Saúde, p. 300, 2011.

SEXTON, J. B.; HELMREICH, R. L.; NEILANDS, T. B.; ROWAN, K.; VELLA, K.; BOYDEN, J.; THOMAS, E. J. *The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research*. BMC health services research, v. 6, n.1, p. 44, 2006.

SEWELL, M.; ADEBIBE M.; JAYAKUMAR, P.; JOWETT, C.; KONG, K.; VEMULAPALLI, K. *Use of WHO surgical safety Checklist in trauma and orthopaedic patients*. Int Orthop, v.35, p.897-901, 2011.

SHADISH, W. R.; COOK, T.D.; CAMPBELL, D.T. Construct validity and external validity. Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference, p. 64-102, 2002.

SORIA-ALEDO V.; SILVA Z. A.; SATURNO P.J, GRAU-POLAN, M, CARRILO-ALCARAZ, A. *Dificultades em La implantación Del Checklist em losquirófanos de cirugía*. Cir Esp; v. 5, p.90-180. 2012.

SIMPSON J. *Instabilidade postural e tendências às quedas*. In Pckles B et al. *Fisioterapia na Terceira idade*. São Paulo: Santos Editora, 2000.

SINGLA R; KHAN N; Al-Sharif N; Al-Sayegh, MO; Shaikh MA; Osman MM. *Influence of diabetes on manifestations and treatment outcome of pulmonary TB patients*. Int J Tuberc Lung Dis: 10, p. 74-92, 006

SILVA, L. G.; MATSUDA, L. M.; WAIDMAN, M. A. P. *A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade*. Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 320- 328, 2012.

SILVA, L. F. N. *Reorientação do Gerenciamento de Risco Hospitalar do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia*. Dissertação [Mestrado Profissional em Gestão de Políticas, Ciência, Tecnologia & Inovação em Saúde] - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, p.76, 2009.

SILVA, A.E.B.C.; REIS, A.M.M.; MIASSO, A.I.; SANTOS, J.O.; CASSIANI, S.H.B. *Eventos adversos de medicamentos em um hospital sentinela no Estado de Goiás, Brasil* Rev.

Latino-Am. Enfermagem. [internet], v.19, n.2, p.1-9, 2011. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_21.pdf).

SOOP, M.; FRYKSMARK, U.; KÖSTER, M.; HAGLUND, B.L. *The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study*. International journal for quality in health care, p. mz p025, 2009.

SOUSA, P.; UVA, A. S.; SERRANHEIRA, F.; LEITE, E.; NUNES, C. *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. Lisboa: Ed. Escola Nacional de Saúde Pública; p. 13-36, 2011.

SOUZA, M. L.; PADILHA, M. I. C. S.; PRADO, M. L.; et al. *O cuidado em Enfermagem uma aproximação teórica*. Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 266-270, 2005.

SOUZA, C. S.; IGLESIAS, A.G.; PAZIN-FILHO, A. *Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais—aspectos gerais*. Medicina (Ribeirão Preto. Online), v. 47, n. 3, p. 284-292, 2014.

SOUZA, L.M. *Os desafios do aprendizado dos conceitos básicos de genética no ensino médio*. ANAIS da 1ª Semana da FAGED Sujeitos e educação em discussão, p. 23, 2014.

STILSON, F.R.B. *Psychometrics of OSCE standardized patient measurements*. Graduate School Theses and Dissertations. University of South Florida. 2009.

STYER KA, ASHLEY SW, SCHMIDT I, ZIVE EM, EAPPEN S. *Implementing the World Health Organization surgery safety checklist: a model for future perioperative initiatives*. AORN J. Dec, v.94, n.6, p.590-8, 2011.

THOMAS, E.J., STUDDERT, D.M., BURSTIN, H.R., ORAV, E.J., ZEENA, T. WILLIAMS, E.J., BRENNAN, T.A. *Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado*. Med. Care. 38: 261-271. 2000.

TOULANY, A.; MCQUILLAN, R.; THULLFREEDMAN, J.D.; MARGOLIS, P.A. *Quasi-Experimental designs for quality improvement research*. Implement Sci [Internet]. 2013 [cited 2016 May 15];8(Suppl 1): S3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3633025/pdf/1748-5908-8-S1-S3.pdf>

TRONCON, L.E.A.; MAFFEI, C.M.L. *A incorporação de recursos de simulação no curso de graduação em medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP*. Medicina (Ribeirão Preto. Online), v. 40, n. 2, p. 153-161, 2007.

TRONCON, LE. A. *Avaliação do estudante de medicina*. Medicina, Ribeirão Preto, v.29, p.429-439, out. /dez.1996.

URBANETTO, J.S.; GERHARDT, L.M. *Segurança do paciente na tríade assistência ensino-pesquisa: editorial*. Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 8, 2013.

VALENTE, José Armando. *Aprendizagem por computador sem ligação à rede*. In: LITTO, Predric; FORMIGA, Marcos (Orgs.). *O estado da arte*. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2008.

VATS, A.; NAGPAL, K.; MOORTHY, K. Surgery: a risky business. *J Perioper Pract.*; v.4, p.330-4. 2009.

VINCENT, C., NEALE, G, WOLOSHYNOWYCH, M. *Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review*; v.322, p.517–9, 2001.

VENDRAMINI, R.C. R, SILVA, E.A., FERREIRA, K.A.S.L., POSSARI, J.F., BAIA, W.R.M. *Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo*. *Revista Escola Enfermagem USP*, v.44, n.3, p.827-32, 2010.

VRIES, E.N.; RAMRATTAN, M.A.; SMORENBURG, S.M.; GOUMA, D.J.; BOERMEEESTER, M. A. *The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review*. *Quality and safety in health care*, v. 17, n. 3, p. 216-223, 2008.

VRIES, E.N; PRINS, H.A; CROLLA, R.M.P.H. *Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes*. *The new England journal of medicine*, v.363, p.1928-37, 2010.

WACHTER, R.M. *Compreendendo a Segurança do Paciente*. 2a ed. Porto Alegre: AMGH, p.478, 2013.

WALKER, A.; RESCHAMW ALLA, S.; WILSON, I. H. *Surgical Safety Checklist: do they improve outcomes?* *British Journal of Anaesthesia*, Oxford, v. 109, n. 1, p. 47-54, 2012.

WEISER, T.G.; REGENBOGEN, S.E.; THOMPSON, K.D.; HAYNES, A.B.; LIPSITZ, S.R.; BERRY, W.R. *An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data*. *Lancet*, v. 372, p.139-44, 2008.

WEISER, T.G., HAYNES, A.B., DZIEKAN, G., BERRY, W.R., LIPSITZ, S.R., GAWANDE, A.A. *Effect of a 19 - item Surgical Safety. Checklist during Urgent operations in a global patient population*. *Annals of Surgery*, Philadelphia, v. 251, n.5, p.976-9 80, May, 2010.

WESTRUM, R. *A typology of organizational cultures*. *Qual. Saf. Health Care*, England, n.13, p. 22-27, 2004.

WILSON, R. M.; RUNCIMAN, W. B.; GIBBERT, R. W.; HARRISON, B. T.; NEWBY, L., HAMILTON, J.D. *The quality in Australian health care study*. *Medical Journal of Australia*, v. 163, n. 9, p. 458-471, 1995.

WHO. *The Ottawa charter for health promotion*. Geneve: WHO; 1986.

WHO. World Health Organization. *World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge 2005– 2006. Clean Care is Safer Care*. Geneva: WHO, 2005. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC\\_Launch\\_ENGLISHFINAL.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISHFINAL.pdf). Acessado em 04, Abr, 2015.

WHO. *World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2006-2007*. Geneva: WHO Press; 2006. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/WHO\\_EIP\\_HDS\\_PSP\\_2006.1.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf) Acessado em 04, abr., 2015.

WHO. *World Health Organization. Patient safety curriculum guide: multiprofessional edition* [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [cited. 2015 jul. 04]. Disponível em, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf). Acessado em 4. Out. 2015.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Edição: AshishJha, p.118. 2008. Acessado em: 1ºoutubro 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *A World Alliance for Safer Health Care. More Than Words: Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. Version 1.1. Final Technical Report. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2009.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Patient Safety. A World Alliance for Safer Health Care*. Version 1. 1. Final Technical Report. January 2009. 154p.

WHO. *The Ottawa charter for health promotion*. Geneve: WHO; 1986.

WHO. World Health Organization. *World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge 2005– 2006. Clean Care is Safer Care*. Geneva: WHO, 2005. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety /events/05/GPSC Launch\\_ENGLISHFINAL.pdf](http://www.who.int/patientsafety /events/05/GPSC Launch_ENGLISHFINAL.pdf). Acessado em: 04, Abr, 2015.

WHO. World Alliance for Patient Safety. *Forward Programme 2006-2007*. Geneva: WHO Press; 2006. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/WHO\\_EIP\\_HDS\\_PSP\\_2006.1.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf), acessado em 04, abr., 2015.

WHO. World Health Organization. *Patient safety curriculum guide: multiprofessional edition* [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [cited 2015 jul. 04]. Disponível em, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf), acessado em 4. Out. 2015.

YAMANAKA, N.M.A.; MALTA, F.; CABANAS, A. *Auditoria em Enfermagem: da Implantação ao Monitoramento do Programa Cirurgia Segura*. Revista Eletrônica de Enfermagem do Vale do Paraíba, v.1, n.4, 2013.

YOSHIKAWA, J.M.; SOUSA, B.E.C.D.; PETERLINI, M.A.S.; KUSAHARA, D.M.; PEDREIRA, M.D.L.G.; AVELAR, A.F.M. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.26, n.1, p. 21-9, 2013.

ZEGERS, M.; BRUIJNE, M.C.; WAGNER, C.; HOONHOUT, L.H.F.; WAAIJMAN, R.; SMITS, M.; GROENEWEGEN, P.P. *Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study*. *Quality and safety in health care*, v. 18, n. 4, p. 297-302, 2009.

## PRODUTO TÉCNICO

---

O relatório do erro humano do ano de 1990, elaborado pelo Institute of Medicine, nos Estados Unidos, foi o um marco na busca da segurança do paciente. A partir deste relatório surge um grande movimento mundial em prol da segurança do paciente<sup>1</sup>. Priorizar o ensino dos estudantes da área da saúde, servirá para estabelecer os conhecimentos e habilidades para capacitar para prática clínica, necessária para atender às demandas dos ambientes hospitalares atuais (1).

Para o ensino da Cirurgia Segura pode-se utilizar diferentes abordagens educacionais, incluindo aprendizagem em pequenos grupos, discussões de casos clínicos, dramatizações, simulações e curso em Ensino a distância (EaD).

Essa forma de ensinar a partir do Ensino a distância auxiliará os estudantes de medicina para que possam estarem preparados para esse grande desafio de praticar a segurança do paciente no sistema de saúde e promover a cultura de segurança na graduação de medicina.

O ensino da lista de verificação de cirurgia segura pode ser introduzido de modo gradual, desde a técnica cirúrgica, nos primeiros primórdios da aprendizagem de técnicas de escovação das mãos ou como se vestir e portar no centro cirúrgico. A sugestão da aprendizagem on-line permite acesso ao conhecimento básico necessário para prática diária nos centros cirúrgicos e serve de correlação auxiliar as disciplinas, podem ser usadas de maneira conjunta ou independente.

O conhecimento em segurança dos pacientes requer uma aprendizagem adicional. Dessa maneira é fundamental que o professor esteja munido de conhecimento e ferramentas para o ensino de uma cirurgia segura. Os tópicos de cirurgia segura podem integrar o currículo existente nas unidades destinadas ao ensino das áreas cirúrgicas. Um dos maiores desafios é encontrar entre os professores, alguns capazes de ensinar o tema de segurança do paciente aos alunos da graduação. Muitos educadores ainda não estão familiarizados com o assunto e sente dificuldade de trabalhar o tema (11,12). Com esse propósito estou disponibilizando aos professores o Curso em Ensino à Distância de Cirurgia Segura para que

---

<sup>1</sup>Inclusive o que antes não era do interesse acadêmico passou a despertar grande interesse, na busca de criar ideias e métodos de como ensinar e avaliar na educação médica, a segurança do paciente

possam realizar uma revisão inicial dos conhecimentos e desenvolvimento do tópico de Cirurgia Segura, pesquisa adicional de conteúdo e desenvolvimento de ideias e formato para assegurar o ensino de Cirurgia segura na Graduação. A proposta é que os docentes possam fazer a leituras dos conhecimentos básicos on-line e fazerem correlações com sua prática clínica, de modo a estarem atualizados frente a rápida mudança, tanto na tecnologia, como nas demandas médicas (2,3).

Ao final do curso os professores podem se reunir com seu tutor para discutir suas experiências e o modo de como inserir o conteúdo na prática de ensino na graduação. Questionamentos poderão ser produzidos conjuntamente sobre como a segurança do paciente poderá ser incluída na instituição e como os princípios de segurança do paciente poderão ser usados nos locais de prática. O docente pode buscar a capacitação e tornar-se um transmissor do conhecimento (4).

Nesse sentido objetiva-se construir um conhecimento que ajude na cultura de segurança ao graduando de medicina e acompanhar as exigências da força de trabalho (3-7). Além disso será ofertado aos professores a forma de como avaliar os alunos sobre o tema, através do exame OSCE (Exame Clínico Objetivo Estruturado).

## **COMO AVALIAR ESTE CONHECIMENTO DE SEGURANÇA DO PACIENTE ATRAVÉS DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA.**

### **OBJETIVOS DA AVALIAÇÃO**

Em qualquer currículo a avaliação faz parte integrante e importante na formação acadêmica. Essa deverá ser planejada, através dela pode-se avaliar o conteúdo escolhido para o aprendizado.

É importante que o conteúdo a serem cobrados estejam no programa curricular. As avaliações podem ser formativas e somativas.

O conteúdo de Segurança do Paciente em Cirurgia Segura poderá fazer parte de um plano preliminar de avaliações no final do curso, realizando a inserção prévia do conteúdo dos módulos IX, X, XI e XII.

O que se deseja é melhorar a Segurança do Paciente em ambientes cirúrgicos através do conhecimento da Lista Verificação de Cirurgia Segura da OMS. Pode-se utilizar a mesma sistemática apresentada pelo marco canadense, partindo desses princípios de ensino fazer primeiro a avaliação do conhecimento para desenvolvimento do tópico de Cirurgia Segura, construir as habilidades e atitudes necessária para uma Cirurgia Segura. O Canadá em 2009, realiza um documento sobre competências que são divididas em seis domínios para melhor desenvolvimento do tema que serão citados a seguir (5,8):

- Domínio 1 - Contribuir para cultura de segurança;
- Domínio 2 - Trabalhar em equipe;
- Domínio 3 - Comunicar-se de modo eficaz;
- Domínio 4 - Gerenciar os riscos de segurança;
- Domínio 5 - Otimizar fatores humanos e ambientais;
- Domínio 6 - Reconhecer, responder e revelar eventos adversos.

Como sugestão, no quadro 1 foi realizado uma inserção no plano curricular e as formas de avaliação de desempenho que poderão futuramente implementada na grade curricular da instituição. O treinamento e o ensino de segurança do paciente deverão fazer parte dos currículos da graduação. (9,10)

A finalidade a ser almejada é de os estudantes estarem capacitados e tornarem profissionais qualificados e engajados na melhoria dos sistemas de saúde (10).

**Quadro. 1.** Plano preliminar que mostra a as avaliações de final de curso para os componentes do currículo de segurança do paciente em cirurgia segura.

<b>Resultados pedagógicos avaliados</b>	<b>Módulos curriculares Período IX</b>	<b>Módulos curriculares Período X</b>	<b>Módulos curriculares Período XI</b>	<b>Módulos curriculares Período XII</b>	<b>Módulos curriculares AVALIAÇÕES</b>
O que é segurança do paciente?	X				MSQ
Metas da organização de Saúde	X	X	X		MSQ
Lista de verificação cirurgia segura	X	X	X		OSCE
Comunicação eficaz		X	X		OSCE
Envolvimento do paciente em Cuidados seguros				X	OSCE
Melhoria de qualidades nos cuidados de saúde				X	OSCE

MSQ - Questões de múltiplas escolhas.

OSCE - Exame Clínico Objetivo Estruturado.

Após a inserção do conteúdo de segurança do paciente no currículo da graduação e os principais tópicos a serem trabalhados, surge a necessidade de definição de que formato proceder a avaliação. Como foi apresentado na dissertação sugerimos o formato de questões de múltipla escolha e do OSCE (Observação direta em contextos simulados). O OSCE está relacionado com a competência específica do “mostrar como”, apropriado para o conteúdo que o aluno recebeu previamente. E todos os métodos de avaliação existem pontos fortes e fracos, que precisam ser revisados na sua escolha. Esta escolha deverá ser baseada no conteúdo pedagógico que deseja ser atingido.

### **Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE)**

Como já foi descrito no desenvolvimento da dissertação o OSCE compreende um circuito de pequenos casos clínicos simulados e avaliados por um docente. Seria muito

importante que após a inserção do tema no currículo dos módulos IX, X, XI e XII este fosse incorporado nos cenários de avaliação dos alunos no final do semestre.

A seguir segue o modelo de OSCE proposto para avaliação da Cirurgia Segura.

## **AVALIAÇÃO DOS ALUNOS DO MÓDULO XI PELO OSCE DE SEGURANÇA DO PACIENTE.**



Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Departamento de Medicina  
ESTAÇÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE  
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA

### **CASO CLÍNICO:**

Paciente JMA, 42 anos, casada.  
Com desejo de colocar Prótese mamária.  
Nega patologias, alergias.  
Faz uso de ACO. 01 cesárea prévia. 01 filho. Não fumante.  
Ex. Físico: pequena ptose mamária e tecido mamário moderado.  
Exame laboratoriais, mamografia e USG – sem alterações.  
Procedimento sem risco de Sangramento >500ml.  
Duas de Cirurgia. Termo de Consentimento Assinado e fotos.  
MATERIAL: Prótese mamária -285 cc perfil alto. Texturizada.

### **TAREFA**

Você terá 7 minutos para:

**FAZER A VERIFICAÇÃO DA LISTA DA OMS DE CIRURGIA SEGURA.**

1. ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA
2. ANTES DA INCISÃO CRÚRGICA
3. ANTES DA SAÍDA DA SALA CIRÚRGICA



**ESTAÇÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA / SEGURANÇA DO PACIENTE**

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA. ALUNO (A):**

<b>Lista de verificação de cirurgia segura</b>				
		<b>REALIZADO</b>		
<b>Itens de Avaliação</b>		<b>Não (0,0)</b>	<b>Parcialmente (0,5)</b>	<b>Totalmente (1,0)</b>
<b>ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA</b>				
<b>01</b>	Identidade da paciente (0,50), local demarcado (0,25) e termo de consentimento (0,25) – Sim (1,0); Não (0,0)			
<b>02</b>	Equipamento de anestesia (0,50) e medicamentos (0,50) – Sim (1,0); Não (0,0)			
<b>03</b>	Oxímetro de pulso (0,50) e alergias (0,50) Sim (1,0); Não (0,0)			
<b>04</b>	Perda de sangue (0,50) e via aérea difícil (0,50) Sim (1,0); Não (0,0)			
<b>ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA</b>				
<b>05</b>	Identidade da paciente (0,50), local demarcado (0,25) e membros da equipe (0,25) (função) Sim (1,0); Não (0,0)			
<b>06</b>	Profilaxia de antibiótico (0,50) e exames de imagem na sala (0,50) Sim (1,0); Não (0,0)			
<b>07</b>	Prevenção de riscos adversos. Cirurgião: Sangramento e tempo de cirurgia (0,50) e local da incisão (0,50). Sim (1,0); Não (0,0)			
<b>08</b>	Prevenção de riscos adversos. Para o anestesista (0,50) e enfermagem (materiais e equipamentos) (0,50). Sim (1,0); Não (0,0)			
<b>ANTES DA SAÍDA DO PACIENTE DA SALA CIRÚRGICA</b>				
<b>09</b>	Nome do procedimento (0,25) Contagem de compressas, agulhas e instrumentos (0,25) Identificação da amostra (0,25) Problemas em equipamentos (0,25) Sim (1,0); Não (0,0)			
<b>10</b>	Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo do paciente? Sim (1,0); Não (0,0)			

Nota Final: \_\_\_\_\_; Avaliador: \_\_\_\_\_

## **ORIENTAÇÃO PARA PROFESSOR AVALIADOR DA ESTAÇÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA / SEGURANÇA DO PACIENTE**

A paciente tem 42 anos, casada, 01 filhos

- O aluno deverá iniciar a lista de verificação do paciente.
- O aluno antes da indução deverá confirmar: A identidade, o local a ser operado e se o termo de consentimento está assinado.
- O aluno deverá verificar se o local a ser operado está demarcado?
- O aluno deverá checar como estão os equipamentos e medicamentos utilizados?
- O aluno deverá verificar se oxímetro de pulso está colocado no paciente?
- O aluno deverá verificar se o paciente possui alergias, via aérea difícil e risco de perda sanguínea?
- O aluno deverá verificar se o antibiótico foi feito com 60 minutos antes da cirurgia?
- O aluno deverá verificar se os exames estão na sala?
- O aluno deverá a conclusão da contagem de compressas, instrumentos e agulhas?
- O aluno deverá verificar se as peças cirúrgicas estão identificadas?
- O aluno deverá verificar com o Cirurgião, o anestesista e equipe de enfermagem se o paciente tem alguma preocupação no manejo do paciente?

### **Material necessário:**


<b>ESTAÇÃO DO OSCE – SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	
<b><i>CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA</i></b>	
-	01 boneco – paciente.
-	03 placas com palavras cirurgião, anestesista e enfermagem.
-	Atores representando o Cirurgião, o anestesista e a enfermagem.
-	01 avaliador -Tutor
-	Ficha de avaliação do OSCE
-	05 cadeiras
-	Boneco, Professor e Aluno
-	01 mesa

## REFERÊNCIAS

1. Brennan TA et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine*, 1991, 324:370-376.
2. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
3. Stevens D. Finding safety in medical education. *Quality & Safety in Health Care*, 2002, 11:109-110
4. Johnstone MJ, Kanitsake O. Clinical risk management and patient safety education for nurses: a critique. *Nurse Education Today*, 2007, 27:185- 191.
5. Patey R Et al. Patient safety: helping medical students understand error in healthcare. *Quality & Safety in Health Care*, 2007, 16:256-259.
6. Singh R et al. A comprehensive collaborative patient safety residency curriculum to address the ACGME core competencies. *Medical Education*, 2005, 39:1195-1204.
7. Holmes JH, Balas EA, Boren SA. A guide for developing patient safety curricula for undergraduate medical education. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2002, 9 (Suppl. 1): S124-S127.
8. Halbach JL, Sullivan LL. Teaching medical students about medical errors and patient safety: evaluation of a required curriculum. *Academic Medicine*, 2005, 80:600-606.
9. Sandars J Et al. Educating undergraduate medical students about patient safety: priority areas for curriculum development. *Medical Teacher*, 2007, 29:60-61.
10. Walton MM. Teaching patient safety to clinicians and medical students. *The Clinical Teacher*, 2007, 4:1-8.
11. Walton MM, Elliott SL. Improving safety and quality: how can education help? *Medical Journal of Australia*, 2006,184 (Suppl. 10): S60-S64.
12. Ladden MD et al. Educating interprofessional learners for quality, safety and systems improvement. *Journal of Interprofessional Care*, 2006, 20:497-505.

## ANEXOS

### ANEXO I - LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

 <b>SURGICAL SAFETY CHECKLIST (FIRST EDITION)</b>		
Before induction of anaesthesia	Before skin incision	Before patient leaves operating room
<b>SIGN IN</b> <input type="checkbox"/> PATIENT HAS CONFIRMED: • IDENTITY • SITE • PROCEDURE • CONSENT <input type="checkbox"/> SITE MARKED/NOT APPLICABLE <input type="checkbox"/> ANAESTHESIA SAFETY CHECK COMPLETED <input type="checkbox"/> PULSE OXIMETER ON PATIENT AND FUNCTIONING <b>DOES PATIENT HAVE A:</b> <b>KNOWN ALLERGY?</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES <b>DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK?</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND EQUIPMENT/ASSISTANCE AVAILABLE <b>RISK OF &gt;500ML BLOOD LOSS (7ML/KG IN CHILDREN)?</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND ADEQUATE INTRAVENOUS ACCESS AND FLUIDS PLANNED	<b>TIME OUT</b> <input type="checkbox"/> CONFIRM ALL TEAM MEMBERS HAVE INTRODUCED THEMSELVES BY NAME AND ROLE <input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE VERBALLY CONFIRM: • PATIENT • SITE • PROCEDURE <b>ANTICIPATED CRITICAL EVENTS</b> <input type="checkbox"/> SURGEON REVIEWS: WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED STEPS, OPERATIVE DURATION, ANTICIPATED BLOOD LOSS? <input type="checkbox"/> ANAESTHESIA TEAM REVIEWS: ARE THERE ANY PATIENT-SPECIFIC CONCERNS? <input type="checkbox"/> NURSING TEAM REVIEWS: HAS STERILITY (INCLUDING INDICATOR RESULTS) BEEN CONFIRMED? ARE THERE EQUIPMENT ISSUES OR ANY CONCERNS? <b>HAS ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEEN GIVEN WITHIN THE LAST 60 MINUTES?</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE <b>IS ESSENTIAL IMAGING DISPLAYED?</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE	<b>SIGN OUT</b> NURSE VERBALLY CONFIRMS WITH THE TEAM: <input type="checkbox"/> THE NAME OF THE PROCEDURE RECORDED <input type="checkbox"/> THAT INSTRUMENT, SPONGE AND NEEDLE COUNTS ARE CORRECT (OR NOT APPLICABLE) <input type="checkbox"/> HOW THE SPECIMEN IS LABELLED (INCLUDING PATIENT NAME) <input type="checkbox"/> WHETHER THERE ARE ANY EQUIPMENT/PROBLEMS TO BE ADDRESSED <input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE REVIEW THE KEY CONCERNS FOR RECOVERY AND MANAGEMENT OF THIS PATIENT
THIS CHECKLIST IS NOT INTENDED TO BE COMPREHENSIVE. ADDITIONS AND MODIFICATIONS TO FIT LOCAL PRACTICE ARE ENCOURAGED.		

## ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SEGURANÇA DO PACIENTE : O ensino do Checklist de Cirurgia Segura para o Aluno da Graduação em Cirurgia Plástica na Santa Casa de Goiânia

**Pesquisador:** adriana gondim do amaral

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 48283015.0.3001.5081

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Goiás - UFG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.295.062

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo prospectivo quantitativo e de intervenção educativa do tipo antes e depois. Os participantes constituem acadêmicos de graduação Curso de Medicina da PUC-Goiás dos módulos XI e XII, com tamanho de amostragem estimado em 90, com maioria civil, que frequentam a Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, enquanto hospital escola e de ensino. Os participantes, após acordarem nos termos do TCLE, serão submetidos a pesquisa através da aplicação de um questionário (pré-teste), em seguida deverão acessar o conteúdo educativo sobre segurança do paciente em cirurgia e cirurgia segura com carga horária de 20h, disponibilizado por 45 dias na plataforma Moodle. Na segunda fase da pesquisa (pós-teste) será disponibilizado novamente o questionário. Os questionários também serão disponibilizados na plataforma Moodle. A verificação e acompanhamento das atividades na plataforma, como atividades diárias e participação eventual no ambiente de fórum serão acompanhadas pela pesquisadora. As variáveis de idade e gênero dos participantes serão consideradas e analisadas.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

3.1 OBJETIVO GERAL Avaliar um programa de educação à distância em segurança do paciente cirúrgico desenvolvido para estudantes de graduação em medicina .

**Endereço:** Rua Campinas N.º 1135

**Bairro:** Setor Americano do Brasil

**CEP:** 74.530-240

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3254-4161

**Fax:** (62)3251-7424

**E-mail:** cep@santacasago.org.br

Continuação do Parecer: 1.295.062

**Objetivo Secundário:**

- Avaliar a reação dos estudantes ao Curso oferecidos .
- Verificar a importância do "CkeckList "de cirurgia segura na futura prática profissional .
- Comparar os conhecimentos acerca do "ckecklist"de cirurgia segura antes e após a intervenção educativa.
- Avaliar mudança de comportamento dos estudantes na prática e participação no curso

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Os riscos da pesquisa são relacionados a aspectos éticos: sigilo, anonimato, participação voluntária e ausência de prejuízos. A pesquisadora define este compromisso o TCLE e monitoramento na plataforma Moodle.

Benefícios: Com o desenvolvimento desta pesquisa espera-se, melhorar o conhecimento dos estudantes de medicina sobre a prática de cirurgia segura, despertando-nos para a importância da adesão ao Checklist para a prevenção de eventos adversos durante a prática cirúrgica. Assim, o Checklist será uma medida segura de prevenção de eventos adversos que pode ser adotada pelos futuros médicos participantes deste estudo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa demonstra-se relevante e reprodutível, com metodologia e delineamento adequados a proposta e informa compromisso com os princípios éticos estabelecidos na resolução 466/12.

A duração da pesquisa é de 12 meses segundo o cronograma.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentou toda a documentação obrigatória

O TCLE tem linguagem acessível ao participante e contempla os aspectos éticos fundamentais.

O cronograma da pesquisa está adequado.

O orçamento da pesquisa é compatível e será custeado pela pesquisadora.

**Recomendações:**

Apresentar relatórios parcial e de conclusão da pesquisa ao CEP SCMG.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Conclui-se que o presente projeto de pesquisa está em acordo com os princípios fundamentais da Resolução 466/12 e pode ser realizado na Santa Casa de Misericórdia de Goiânia em suas etapas pertinentes.

Endereço: Rua Campinas N.º 1135

Bairro: Setor Americano do Brasil

CEP: 74.530-240

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3254-4161

Fax: (62)3251-7424

E-mail: cep@santacasago.org.br

Continuação do Parecer: 1.295.062

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A emissão do parecer consubstanciado não desobriga a pesquisadora de apresentar relatórios parcial e de conclusão da pesquisa ao CEP SCMG bem como inserir emendas caso sejam realizadas modificações neste projeto analisado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Cronograma	Novo_cronograma.docx	28/09/2015 09:43:55	João Batista de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_corrigido.docx	28/09/2015 09:34:34	João Batista de Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Inicio_coleta_dados.docx	28/09/2015 09:09:14	João Batista de Souza	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_559370.pdf	13/08/2015 10:54:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.docx	11/08/2015 19:48:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO ADRIANA AMARAL UFG PLATAFORMA BRASIL.docx	11/08/2015 19:29:22		Aceito
Outros	CRONOGRAMA PLATAFORMA BRASIL.docx	11/08/2015 19:18:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE-plataforma brasil.doc	11/08/2015 18:42:55		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto Para Pesquisa.pdf	11/08/2015 18:27:58		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Esclarecimento.pdf	11/08/2015 18:24:55		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Folha de Rosto Para Pesquisa.pdf	11/08/2015 18:23:58		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo de Anuência.pdf	11/08/2015 18:23:21		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta Coord. Núcleo de Pesquisa - UFG.pdf	11/08/2015 18:22:54		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta Diretor PUC.pdf	11/08/2015 18:22:24		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta Comitê de Ética em Pesquisa - UFG.pdf	11/08/2015 18:21:54		Aceito

Endereço: Rua Campinas N.º 1135

Bairro: Setor Americano do Brasil

CEP: 74.530-240

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3254-4161

Fax: (62)3251-7424

E-mail: cep@santacasago.org.br

SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA



Continuação do Parecer: 1.295.062

Declaração de Pesquisadores	Termo de Compromisso.pdf	11/08/2015 18:21:03		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaração de Instituição.pdf	11/08/2015 18:20:25		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_559370.pdf	27/07/2015 07:09:33		Aceito
Outros	IDENTIDADE.jpg	26/07/2015 06:37:58		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

GOIANIA, 25 de Outubro de 2015

---

**Assinado por:**  
**DEBORA RODRIGUES**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Campinas N.º 1135  
Bairro: Setor Americano do Brasil CEP: 74.530-240  
UF: GO Município: GOIANIA  
Telefone: (62)3254-4161 Fax: (62)3251-7424 E-mail: cep@santacasago.org.br

## APÊNDICES

---

**Apêndice A:** TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

**Apêndice B:** QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DO TEMA

**Apêndice C:** DADOS PESSOAIS E QUESTÕES SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

**Apêndice D:** PRÉ-TESTE E PÓS-TESTE DE CONHECIMENTO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

**Apêndice E:** QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA REAÇÃO PÓS-CURSO

**Apêndice F:** AVALIAÇÃO DOS ALUNOS DO MÓDULO XI PELO OSCE DE SEGURANÇA DO PACIENTE.

**Apêndice G:** CRONOGRAMA DO CURSO EM EAD DE CIRURGIA SEGURA.

## **APÊNDICE A**



### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS FACULDADE DE MEDICINA**

#### **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE NÍVEL MESTRADO**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)**

Eu, Adriana Gondim do Amaral, te convido a participar voluntariamente da pesquisa: **SEGURANÇA DO PACIENTE: O Ensino do *Checklist* de Cirurgia Segura para o Aluno da Graduação em Cirurgia Plástica na Santa Casa de Goiânia, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. ADRIANA GONDIM DO AMARAL.** Após ler com atenção este documento e ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as folhas e ao final deste documento, que está em duas vias e também será assinado por mim, pesquisadora, em todas as folhas, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Profa. Adriana Gondim do Amaral pelo telefone celular: (62) 78138557, as ligações podem ser feitas a cobrar ou e-mail: [gondimdoamaral@hotmail.com](mailto:gondimdoamaral@hotmail.com). Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, Caixa Postal: 131, Prédio da Reitoria, Piso 1, Campus II (Samambaia). CEP: 74001-970, Goiânia, Goiás, Brasil. Telefone: (62)3521-1215 E-mail: [cep.prpi.ufg@gmail.com](mailto:cep.prpi.ufg@gmail.com). Os aspectos éticos estão conforme a Resolução no 466/2012.

Informações importantes que você precisa saber sobre a pesquisa: A Cirurgia Segura Salva Vidas, foi implantado em 2007 e 2008, sendo um desafio de nível global para segurança do paciente com o foco na redução de ocorrência de danos ao paciente cirúrgico, definindo padrões de segurança aplicáveis a todos os países membros da OMS (MINISTERIO DA SAÚDE, 2009). O motivo que nos leva a estudar o assunto é avaliar um programa de educação à distância em segurança do paciente cirúrgico desenvolvido para estudantes de graduação em medicina. Ação educativa implementada por meio do ensino a distância que

será utilizada para provocar aumento no conhecimento sobre segurança do paciente cirúrgico ao aluno de graduação do módulo X e XI, da Pontifícia Universidade Católica Goiás (PUC-Goiás). Este protocolo é uma lista de verificação de cirurgia segura como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos.

A finalidade deste estudo é de avaliar um programa de educação à distância (EAD) desenvolvido para estudantes do módulo X e XI Medicina. A pesquisa é composta por avaliações que incluem: avaliar a reação e a aprendizagem dos estudantes após os cursos de formação e das atividades de EAD; avaliar as mudanças de comportamento na prática dos alunos envolvidos no curso de formação e atividades de EAD.

A coleta de dados será realizada através da aplicação de pré e pós testes, e a realização de uma estação com simulação de um OSCE (Objective Structured Clinical Examination) sobre o *Checklist* de Verificação de Cirurgia Segura. Será montado uma estação com a simulação de *Checklist* de Cirurgia Segura. O aluno será avaliado sobre seu conhecimento, habilidades e atitudes no preenchimento e checagem do *Checklist* de Cirurgia Segura da OMS.

Você terá, a qualquer momento, direito a esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas que venham ocorrer e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Você tem a garantia do sigilo e do caráter confidencial das informações que estará prestando, e elas serão usadas somente para a divulgação e publicação científica, garantindo sua privacidade sempre.

Solicitamos ainda, a permissão para registrar por meio de um gravador e as falas nos grupos.

Será garantido que: 1) você pode recusar a responder qualquer pergunta; 2) desistir de participar ou de realizar ou de fazer qualquer exercício ou atividade ou técnica ou questionário a qualquer momento, tendo a liberdade de retirar o seu consentimento, deixando de participar do estudo, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento; 3) receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida relacionada com a pesquisa durante a aplicação do questionário e posteriormente, por meio do telefone (62) (78138557); 4) você não será identificado e que será mantido o caráter sigiloso das informações relacionadas à privacidade de cada um; 5) Informe que os riscos serão mínimos, não haverá exposição do participante da pesquisa a riscos adicionais, todavia, a entrevista poderá trazer desconfortos/constrangimentos decorrentes da participação, o que se ocorrer à pesquisadora se responsabilizará por encaminhá-la para assistência. 6) Os dados das

entrevistas e questionário serão analisados por aglomerados, desta forma, não há possibilidade de citar nenhum participante separado e nenhum prejuízo ou desconforto pela participação no estudo; 7) A pesquisa não acarretará nenhum tipo de despesa para você, como tão pouco fará pagamento ou gratificação financeira pela sua participação, além disso, os dados da pesquisa serão utilizados em artigos científicos e a instituição participante tem o direito de conhecer os resultados encontrados, que serão enviados em forma de relatórios. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dá a permissão para a pesquisadora publicar os resultados obtidos, sem a identificação dos indivíduos e ou da Instituição. Após os esclarecimentos do trabalho de pesquisa que pretendo aplicar e você, concordando com ele, solicito a sua assinatura no final do termo.

Nome e Assinatura do pesquisador

---

**Consentimento da participação da pessoa como sujeito da pesquisa**

Eu, \_\_\_\_\_, RG/ CPF, abaixo assinado, concordo em participar do estudo SEGURANÇA DO PACIENTE: O Ensino do *Checklist* de Cirurgia Segura para o Aluno da Graduação em Cirurgia Plástica na Santa Casa de Goiânia, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. ADRIANA GONDIM DO AMARAL, como sujeito voluntário.

Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/ tratamento.

Goiânia,     /     /     .

Nome e Assinatura do sujeito. Responsável: \_\_\_\_\_

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B**

### **QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DO TEMA**

(Dez questões fechadas com respostas de Sim ou Não).

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS (PUC-GOIÁS) / CURSO DE MEDICINA – MÓDULO XI.

1- Você conhece a lista de verificação de segurança salvas vidas da OMS?

sim  não

2- Você acredita que esse tema lista de verificação de segurança do paciente é importante?

sim  não

3- Como aluno você pensa que o aprendizado do tema (lista de verificação de segurança salvas vidas da OMS) será importante para sua formação profissional?

sim  não

4- Se você estivesse participando de uma cirurgia você gostaria que lista de verificação fosse aplicada?

sim  não

5- Você acredita que a aplicação da lista de verificação de segurança salva vida da OMS reduz complicações?

sim  não

6- A equipe que apresenta esse protocolo em sua rotina transmite mais segurança ao paciente?

sim  não

## **APÊNDICE C**

### **DADOS PESSOAIS E QUESTÕES SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Data de preenchimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

1	Data de nascimento: ___/___/_____				
2	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino				
3	Aspectos conceituais e atitudinais referente à segurança do paciente e cirurgia Segura (10 questões com 5 alternativas)				
Cometer erros em cirurgia pode ser evitável.					
Profissionais preparados não comentem erros que causam danos aos pacientes em Cirurgias.					
Alunos comprometidos não cometem erros que causam danos aos pacientes em Cirurgias.					
Profissionais não devem trabalhar em locais que não oferecem segurança ao paciente em Cirurgias.					
Sempre comunico a equipe ou professor alguma condição nas cirurgias que possa favorecer ao erro.					
Sempre comunico ao professor ou responsável sobre a ocorrência de um erro em cirurgia.					
O professor sempre realiza medidas corretivas com o aluno para que ele não cometa erros.					
Sempre realizo atividades em locais que promovem boas práticas para promoção da Segurança do paciente em Cirurgias					
Recebo apoio da instituição para implementação de medidas que promova Cirurgia Segura.					
Como aluno gostaria de ser operado ou levar algum familiar em instituição que seguissem o protocolo de segurança da OMS					

**Legenda:** C- concordo; CF- concordo fortemente, NO- Não tenho opinião; D- discordo; discordo fortemente.

## **APÊNDICE D**

### **QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA REAÇÃO PÓS-CURSO**

1. O tema proposto foi importante para o meu desenvolvimento.
  - Concordo totalmente
  - Concordo
  - Discordo
  - Discordo totalmente
  - Não opinou
2. O tempo disponibilizado para cada tarefa foi suficiente.
  - Concordo totalmente
  - Concordo
  - Discordo
  - Discordo totalmente
  - Não opinou
- 3- Durante o curso tive oportunidade de rever conceito sobre o assunto.
  - Concordo totalmente
  - Concordo
  - Discordo
  - Discordo totalmente
  - Não opinou
- 4-O conteúdo do curso é adequado para aplicação em minha vida profissional.
  - Concordo totalmente
  - Concordo
  - Discordo
  - Discordo totalmente
  - Não opinou
- 5- As discussões e fóruns foram utilizados corretamente.
  - Concordo totalmente
  - Concordo
  - Discordo
  - Discordo totalmente
  - Não opinou
- 6-A qualidade do material foi adequado.
  - Concordo totalmente
  - Concordo
  - Discordo
  - Discordo totalmente
  - Não opinou
- 7- As atividades oferecidas foram adequadas.
  - Concordo totalmente
  - Concordo
  - Discordo
  - Discordo totalmente
  - Não opinou
- 9- A coordenadora se mostrou disponível e esclareceu as dúvidas.
  - Concordo totalmente
  - Concordo
  - Discordo
  - Discordo totalmente
  - Não opinou

10-O pré-teste e pós-teste foram adequados para avaliação de conhecimento do curso.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo totalmente
- Não opinou

Dado: Utilizando a escala abaixo do tipo *Likert*, avalie o curso oferecido nos seguintes tópicos:

- Concordo totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo totalmente
- Não opinou

Nota de auto avaliação:

Nota: (0-10)

Sugestões para o próximo curso em EaD:

## **APÊNDICE E**

### **PRÉ-TESTE E PÓS-TESTE DE CONHECIMENTO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE**

(10 questões de múltipla escolha com quatro alternativas)

- 1- O segundo desafio Global do paciente dirige sua atenção para qual prática:
  - a) Higienização das mãos
  - b) Segurança do sangue
  - c) Segurança de seringas
  - d) Cirurgia segura
- 2- Qual é a Causa mais comum de Complicações em cirúrgicas?
  - a) Falta de uso de Antibiótico.
  - b) Hematomas
  - c) Infecção do Sítio Cirúrgico
  - d) Pós-operatório mal conduzido.
- 3- Quais são os 3 princípios que foram usados para realização da lista de verificação de Cirurgia?
  - a) simplicidade, aplicabilidade e mensuração
  - b) cenário, recursos e implantação
  - c) implementação, equipamentos, segurança
  - d) resistência, segurança e recursos
- 4- Para a verificação de Cirurgia Segura quantas pessoas são responsáveis?
  - a) 2
  - b) 3
  - c) 1
  - d) todas na sala.
- 5- Na identificação da lista de verificação qual o primeiro passo que deverá ser feito?
  - a) Identificação, sítio de Cirurgia, o procedimento e o consentimento da cirurgia.
  - b) Identificação, vias aéreas e compressas.
  - c) Uso de Antibiótico, identificação do paciente e equipe
  - d) Registro da Cirurgia, mal funcionamento de objetos da sala e sangramentos.
- 6- Quantos são os objetivos de uma Cirurgia Segura?
  - a) 9
  - b) 5
  - c) 8
  - d) 10
- 7- Segundo a literatura quando se utiliza a lista de verificação a Taxa de Mortalidade cai de 1,5 % para?
  - a) 1,2%
  - b) 0,5%
  - c) 0,8%
  - d) N.D.A
- 8- Segundo a literatura quando se utiliza a lista de verificação a Taxa de Complicações cai de 11% para?
  - a) 7%
  - b) 2%
  - c) 10%
  - d) N.D.A
- 9- O que são métodos de barreiras para Segurança do Paciente?
  - a) O modelo de “barreiras” para impedir que o erro chegue ao paciente.

- b) Modelo de “barreiras “, para não causar erro ao paciente.
- c) Método usado para não ter risco em Cirurgia.
- d) N.D.A

10- Qual portaria estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, devam ser elaborados e implantados: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais.

- a) Portaria da Organização mundial de saúde de 2010.
- b) Portaria no 1.660, de 22 de julho de 2009
- c) Portaria MS/GM no 529/2013
- d) N.D.A

## **APÊNDICE F**

### **AVALIAÇÃO DOS ALUNOS DO MÓDULO XI PELO OSCE DE SEGURANÇA DO PACIENTE.**



Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Departamento de Medicina  
OSCE – 2015-1  
ESTAÇÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE  
CIRURGIA PLÁSTICA  
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA

#### **CASO CLÍNICO:**

Paciente JMA, 42 anos, casada.  
Com desejo de colocar Prótese mamária.  
Nega patologias, alergias.  
Faz uso de ACO. 01 cesárea prévia. 01 filho. Não fumante.  
Ex. Físico: pequena ptose mamária e tecido mamário moderado.  
Exame laboratoriais, mamografia e USG – sem alterações.  
Procedimento sem risco de Sangramento >500ml.  
Duas de Cirurgia. Termo de Consentimento Assinado e fotos.  
MATERIAL: Prótese mamária -285 cc perfil alto. Texturizada.

#### **TAREFA**

Você terá 7 minutos para:

**FAZER A VERIFICAÇÃO DA LISTA DA OMS DE CIRURGIA SEGURA.**

4. ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA
5. ANTES DA INCISÃO CRÚRGICA
6. ANTES DA SAÍDA DA SALA CIRÚRGICA



**ESTAÇÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA / SEGURANÇA DO PACIENTE**

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA. ALUNO (A):**

Lista de verificação de cirurgia segura				
		REALIZADO		
Itens de Avaliação		Não (0,0)	Parcialmente (0,5)	Totalmente (1,0)
<b>ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA</b>				
01	Identidade da paciente (0,50), local demarcado (0,25) e termo de consentimento (0,25) – Sim (1,0); Não (0,0)			
02	Equipamento de anestesia (0,50) e medicamentos (0,50) – Sim (1,0); Não (0,0)			
03	Oxímetro de pulso (0,50) e alergias (0,50) Sim (1,0); Não (0,0)			
04	Perda de sangue (0,50) e via aérea difícil (0,50) Sim (1,0); Não (0,0)			
<b>ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA</b>				
05	Identidade da paciente (0,50), local demarcado (0,25) e membros da equipe (0,25) (função) Sim (1,0); Não (0,0)			
06	Profilaxia de antibiótico (0,50) e exames de imagem na sala (0,50) Sim (1,0); Não (0,0)			
07	Prevenção de riscos adversos. Cirurgião: Sangramento e tempo de cirurgia (0,50) e local da incisão (0,50). Sim (1,0); Não (0,0)			
08	Prevenção de riscos adversos. Para o anestesista (0,50) e enfermagem (materiais e equipamentos) (0,50). Sim (1,0); Não (0,0)			
<b>ANTES DA SAÍDA DO PACIENTE DA SALA CIRÚRGICA</b>				
09	Nome do procedimento (0,25) Contagem de compressas, agulhas e instrumentos (0,25) Identificação da amostra (0,25) Problemas em equipamentos (0,25) Sim (1,0); Não (0,0)			
10	Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo do paciente? Sim (1,0); Não (0,0)			

Nota Final: \_\_\_\_\_; Avaliador: \_\_\_\_\_

**ORIENTAÇÃO PARA PROFESSOR AVALIADOR DA ESTAÇÃO DE CIRURGIA  
PLÁSTICA / SEGURANÇA DO PACIENTE**

A paciente tem 42 anos, casada, 01 filhos

- O aluno deverá iniciar a lista de verificação do paciente.
- O aluno antes da indução deverá confirmar: A identidade, o local a ser operado e se o termo de consentimento está assinado.
- O aluno deverá verificar se o local a ser operado está demarcado?
- O aluno deverá checar como estão os equipamentos e medicamentos utilizados?
- O aluno deverá verificar se oxímetro de pulso está colocado no paciente?
- O aluno deverá verificar se o paciente possui alergias, via aérea difícil e risco de perda sanguínea?
- O aluno deverá verificar se o antibiótico foi feito com 60 minutos antes da cirurgia?
- O aluno deverá verificar se os exames estão na sala?
- O aluno deverá a conclusão da contagem de compressas, instrumentos e agulhas?
- O aluno deverá verificar se as peças cirúrgicas estão identificadas?
- O aluno deverá verificar com o Cirurgião, o anestesista e equipe de enfermagem se o paciente tem alguma preocupação no manejo do paciente?

**Material necessário:**

<b>ESTAÇÃO DO OSCE – SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	
<b><i>CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA</i></b>	
-	01 boneco – paciente.
-	03 placas com palavras cirurgião, anestesista e enfermagem.
-	Atores representando o Cirurgião, o anestesista e a enfermagem.
-	01 avaliador -Tutor
-	Ficha de avaliação do OSCE
-	05 cadeiras
-	Boneco, Professor e Aluno
-	01 mesa

SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA



Continuação do Parecer: 1.295.062

Declaração de Pesquisadores	Termo de Compromisso.pdf	11/08/2015 18:21:03		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaração de Instituição.pdf	11/08/2015 18:20:25		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_559370.pdf	27/07/2015 07:09:33		Aceito
Outros	IDENTIDADE.jpg	26/07/2015 06:37:58		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

GOIANIA, 25 de Outubro de 2015

---

Assinado por:  
**DEBORA RODRIGUES**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Campinas N.º 1135  
Bairro: Setor Americano do Brasil CEP: 74.530-240  
UF: GO Município: GOIANIA  
Telefone: (62)3254-4161 Fax: (62)3251-7424 E-mail: cep@santacasago.org.br

## APÊNDICES

---

**Apêndice A:** TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

**Apêndice B:** QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DO TEMA

**Apêndice C:** DADOS PESSOAIS E QUESTÕES SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

**Apêndice D:** PRÉ-TESTE E PÓS-TESTE DE CONHECIMENTO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

**Apêndice E:** QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA REAÇÃO PÓS-CURSO

**Apêndice F:** AVALIAÇÃO DOS ALUNOS DO MÓDULO XI PELO OSCE DE SEGURANÇA DO PACIENTE.

**Apêndice G:** CRONOGRAMA DO CURSO EM EAD DE CIRURGIA SEGURA.

## **APÊNDICE A**



### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS FACULDADE DE MEDICINA**

#### **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE NÍVEL MESTRADO**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)**

Eu, Adriana Gondim do Amaral, te convido a participar voluntariamente da pesquisa: **SEGURANÇA DO PACIENTE: O Ensino do *Checklist* de Cirurgia Segura para o Aluno da Graduação em Cirurgia Plástica na Santa Casa de Goiânia, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. ADRIANA GONDIM DO AMARAL.** Após ler com atenção este documento e ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as folhas e ao final deste documento, que está em duas vias e também será assinado por mim, pesquisadora, em todas as folhas, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Profa. Adriana Gondim do Amaral pelo telefone celular: (62) 78138557, as ligações podem ser feitas a cobrar ou e-mail: [gondimdoamaral@hotmail.com](mailto:gondimdoamaral@hotmail.com). Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, Caixa Postal: 131, Prédio da Reitoria, Piso 1, Campus II (Samambaia). CEP: 74001-970, Goiânia, Goiás, Brasil. Telefone: (62)3521-1215 E-mail: [cep.prpi.ufg@gmail.com](mailto:cep.prpi.ufg@gmail.com). Os aspectos éticos estão conforme a Resolução no 466/2012.

Informações importantes que você precisa saber sobre a pesquisa: A Cirurgia Segura Salva Vidas, foi implantado em 2007 e 2008, sendo um desafio de nível global para segurança do paciente com o foco na redução de ocorrência de danos ao paciente cirúrgico, definindo padrões de segurança aplicáveis a todos os países membros da OMS (MINISTERIO DA SAÚDE, 2009). O motivo que nos leva a estudar o assunto é avaliar um programa de educação à distância em segurança do paciente cirúrgico desenvolvido para estudantes de graduação em medicina. Ação educativa implementada por meio do ensino a distância que

será utilizada para provocar aumento no conhecimento sobre segurança do paciente cirúrgico ao aluno de graduação do módulo X e XI, da Pontifícia Universidade Católica Goiás (PUC-Goiás). Este protocolo é uma lista de verificação de cirurgia segura como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos.

A finalidade deste estudo é de avaliar um programa de educação à distância (EAD) desenvolvido para estudantes do módulo X e XI Medicina. A pesquisa é composta por avaliações que incluem: avaliar a reação e a aprendizagem dos estudantes após os cursos de formação e das atividades de EAD; avaliar as mudanças de comportamento na prática dos alunos envolvidos no curso de formação e atividades de EAD.

A coleta de dados será realizada através da aplicação de pré e pós testes, e a realização de uma estação com simulação de um OSCE (Objective Structured Clinical Examination) sobre o *Checklist* de Verificação de Cirurgia Segura. Será montado uma estação com a simulação de *Checklist* de Cirurgia Segura. O aluno será avaliado sobre seu conhecimento, habilidades e atitudes no preenchimento e checagem do *Checklist* de Cirurgia Segura da OMS.

Você terá, a qualquer momento, direito a esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas que venham ocorrer e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Você tem a garantia do sigilo e do caráter confidencial das informações que estará prestando, e elas serão usadas somente para a divulgação e publicação científica, garantindo sua privacidade sempre.

Solicitamos ainda, a permissão para registrar por meio de um gravador e as falas nos grupos.

Será garantido que: 1) você pode recusar a responder qualquer pergunta; 2) desistir de participar ou de realizar ou de fazer qualquer exercício ou atividade ou técnica ou questionário a qualquer momento, tendo a liberdade de retirar o seu consentimento, deixando de participar do estudo, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento; 3) receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida relacionada com a pesquisa durante a aplicação do questionário e posteriormente, por meio do telefone (62) (78138557); 4) você não será identificado e que será mantido o caráter sigiloso das informações relacionadas à privacidade de cada um; 5) Informe que os riscos serão mínimos, não haverá exposição do participante da pesquisa a riscos adicionais, todavia, a entrevista poderá trazer desconfortos/constrangimentos decorrentes da participação, o que se ocorrer à pesquisadora se responsabilizará por encaminhá-la para assistência. 6) Os dados das

entrevistas e questionário serão analisados por aglomerados, desta forma, não há possibilidade de citar nenhum participante separado e nenhum prejuízo ou desconforto pela participação no estudo; 7) A pesquisa não acarretará nenhum tipo de despesa para você, como tão pouco fará pagamento ou gratificação financeira pela sua participação, além disso, os dados da pesquisa serão utilizados em artigos científicos e a instituição participante tem o direito de conhecer os resultados encontrados, que serão enviados em forma de relatórios. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dá a permissão para a pesquisadora publicar os resultados obtidos, sem a identificação dos indivíduos e ou da Instituição. Após os esclarecimentos do trabalho de pesquisa que pretendo aplicar e você, concordando com ele, solicito a sua assinatura no final do termo.

Nome e Assinatura do pesquisador

---

**Consentimento da participação da pessoa como sujeito da pesquisa**

Eu, \_\_\_\_\_, RG/ CPF, abaixo assinado, concordo em participar do estudo SEGURANÇA DO PACIENTE: O Ensino do *Checklist* de Cirurgia Segura para o Aluno da Graduação em Cirurgia Plástica na Santa Casa de Goiânia, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. ADRIANA GONDIM DO AMARAL, como sujeito voluntário.

Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/ tratamento.

Goiânia,     /     /     .

Nome e Assinatura do sujeito. Responsável: \_\_\_\_\_

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B**

### **QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DO TEMA**

(Dez questões fechadas com respostas de Sim ou Não).

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS (PUC-GOIÁS) / CURSO DE MEDICINA – MÓDULO XI.

1- Você conhece a lista de verificação de segurança salvas vidas da OMS?

sim  não

2- Você acredita que esse tema lista de verificação de segurança do paciente é importante?

sim  não

3- Como aluno você pensa que o aprendizado do tema (lista de verificação de segurança salvas vidas da OMS) será importante para sua formação profissional?

sim  não

4- Se você estivesse participando de uma cirurgia você gostaria que lista de verificação fosse aplicada?

sim  não

5- Você acredita que a aplicação da lista de verificação de segurança salva vida da OMS reduz complicações?

sim  não

6- A equipe que apresenta esse protocolo em sua rotina transmite mais segurança ao paciente?

sim  não

## **APÊNDICE C**

### **DADOS PESSOAIS E QUESTÕES SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Data de preenchimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

1	Data de nascimento: ___/___/_____				
2	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino				
3	Aspectos conceituais e atitudinais referente à segurança do paciente e cirurgia Segura (10 questões com 5 alternativas)				
Cometer erros em cirurgia pode ser evitável.					
Profissionais preparados não comentem erros que causam danos aos pacientes em Cirurgias.					
Alunos comprometidos não cometem erros que causam danos aos pacientes em Cirurgias.					
Profissionais não devem trabalhar em locais que não oferecem segurança ao paciente em Cirurgias.					
Sempre comunico a equipe ou professor alguma condição nas cirurgias que possa favorecer ao erro.					
Sempre comunico ao professor ou responsável sobre a ocorrência de um erro em cirurgia.					
O professor sempre realiza medidas corretivas com o aluno para que ele não cometa erros.					
Sempre realizo atividades em locais que promovem boas práticas para promoção da Segurança do paciente em Cirurgias					
Recebo apoio da instituição para implementação de medidas que promova Cirurgia Segura.					
Como aluno gostaria de ser operado ou levar algum familiar em instituição que seguissem o protocolo de segurança da OMS					

**Legenda:** C- concordo; CF- concordo fortemente, NO- Não tenho opinião; D- discordo; discordo fortemente.

## **APÊNDICE D**

### **QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA REAÇÃO PÓS-CURSO**

1. O tema proposto foi importante para o meu desenvolvimento.
  - Concordo totalmente
  - Concordo
  - Discordo
  - Discordo totalmente
  - Não opinou
2. O tempo disponibilizado para cada tarefa foi suficiente.
  - Concordo totalmente
  - Concordo
  - Discordo
  - Discordo totalmente
  - Não opinou
- 3- Durante o curso tive oportunidade de rever conceito sobre o assunto.
  - Concordo totalmente
  - Concordo
  - Discordo
  - Discordo totalmente
  - Não opinou
- 4-O conteúdo do curso é adequado para aplicação em minha vida profissional.
  - Concordo totalmente
  - Concordo
  - Discordo
  - Discordo totalmente
  - Não opinou
- 5- As discussões e fóruns foram utilizados corretamente.
  - Concordo totalmente
  - Concordo
  - Discordo
  - Discordo totalmente
  - Não opinou
- 6-A qualidade do material foi adequado.
  - Concordo totalmente
  - Concordo
  - Discordo
  - Discordo totalmente
  - Não opinou
- 7- As atividades oferecidas foram adequadas.
  - Concordo totalmente
  - Concordo
  - Discordo
  - Discordo totalmente
  - Não opinou
- 9- A coordenadora se mostrou disponível e esclareceu as dúvidas.
  - Concordo totalmente
  - Concordo
  - Discordo
  - Discordo totalmente
  - Não opinou

10-O pré-teste e pós-teste foram adequados para avaliação de conhecimento do curso.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo totalmente
- Não opinou

Dado: Utilizando a escala abaixo do tipo *Likert*, avalie o curso oferecido nos seguintes tópicos:

- Concordo totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo totalmente
- Não opinou

Nota de auto avaliação:

Nota: (0-10)

Sugestões para o próximo curso em EaD:

## **APÊNDICE E**

### **PRÉ-TESTE E PÓS-TESTE DE CONHECIMENTO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE**

(10 questões de múltipla escolha com quatro alternativas)

- 1- O segundo desafio Global do paciente dirige sua atenção para qual prática:
  - a) Higienização das mãos
  - b) Segurança do sangue
  - c) Segurança de seringas
  - d) Cirurgia segura
- 2- Qual é a Causa mais comum de Complicações em cirúrgicas?
  - a) Falta de uso de Antibiótico.
  - b) Hematomas
  - c) Infecção do Sítio Cirúrgico
  - d) Pós-operatório mal conduzido.
- 3- Quais são os 3 princípios que foram usados para realização da lista de verificação de Cirurgia?
  - a) simplicidade, aplicabilidade e mensuração
  - b) cenário, recursos e implantação
  - c) implementação, equipamentos, segurança
  - d) resistência, segurança e recursos
- 4- Para a verificação de Cirurgia Segura quantas pessoas são responsáveis?
  - a) 2
  - b) 3
  - c) 1
  - d) todas na sala.
- 5- Na identificação da lista de verificação qual o primeiro passo que deverá ser feito?
  - a) Identificação, sítio de Cirurgia, o procedimento e o consentimento da cirurgia.
  - b) Identificação, vias aéreas e compressas.
  - c) Uso de Antibiótico, identificação do paciente e equipe
  - d) Registro da Cirurgia, mal funcionamento de objetos da sala e sangramentos.
- 6- Quantos são os objetivos de uma Cirurgia Segura?
  - a) 9
  - b) 5
  - c) 8
  - d) 10
- 7- Segundo a literatura quando se utiliza a lista de verificação a Taxa de Mortalidade cai de 1,5 % para?
  - a) 1,2%
  - b) 0,5%
  - c) 0,8%
  - d) N.D.A
- 8- Segundo a literatura quando se utiliza a lista de verificação a Taxa de Complicações cai de 11% para?
  - a) 7%
  - b) 2%
  - c) 10%
  - d) N.D.A
- 9- O que são métodos de barreiras para Segurança do Paciente?
  - a) O modelo de “barreiras” para impedir que o erro chegue ao paciente.

- b) Modelo de “barreiras “, para não causar erro ao paciente.
- c) Método usado para não ter risco em Cirurgia.
- d) N.D.A

10- Qual portaria estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, devam ser elaborados e implantados: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais.

- a) Portaria da Organização mundial de saúde de 2010.
- b) Portaria no 1.660, de 22 de julho de 2009
- c) Portaria MS/GM no 529/2013
- d) N.D.A

## **APÊNDICE F**

### **AVALIAÇÃO DOS ALUNOS DO MÓDULO XI PELO OSCE DE SEGURANÇA DO PACIENTE.**



Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Departamento de Medicina  
OSCE – 2015-1  
ESTAÇÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE  
CIRURGIA PLÁSTICA  
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA

#### **CASO CLÍNICO:**

Paciente JMA, 42 anos, casada.  
Com desejo de colocar Prótese mamária.  
Nega patologias, alergias.  
Faz uso de ACO. 01 cesárea prévia. 01 filho. Não fumante.  
Ex. Físico: pequena ptose mamária e tecido mamário moderado.  
Exame laboratoriais, mamografia e USG – sem alterações.  
Procedimento sem risco de Sangramento >500ml.  
Duas de Cirurgia. Termo de Consentimento Assinado e fotos.  
MATERIAL: Prótese mamária -285 cc perfil alto. Texturizada.

#### **TAREFA**

Você terá 7 minutos para:

**FAZER A VERIFICAÇÃO DA LISTA DA OMS DE CIRURGIA SEGURA.**

4. ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA
5. ANTES DA INCISÃO CRÚRGICA
6. ANTES DA SAÍDA DA SALA CIRÚRGICA



**ESTAÇÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA / SEGURANÇA DO PACIENTE**

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA. ALUNO (A):**

Lista de verificação de cirurgia segura				
		REALIZADO		
Itens de Avaliação		Não (0,0)	Parcialmente (0,5)	Totalmente (1,0)
<b>ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA</b>				
01	Identidade da paciente (0,50), local demarcado (0,25) e termo de consentimento (0,25) – Sim (1,0); Não (0,0)			
02	Equipamento de anestesia (0,50) e medicamentos (0,50) – Sim (1,0); Não (0,0)			
03	Oxímetro de pulso (0,50) e alergias (0,50) Sim (1,0); Não (0,0)			
04	Perda de sangue (0,50) e via aérea difícil (0,50) Sim (1,0); Não (0,0)			
<b>ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA</b>				
05	Identidade da paciente (0,50), local demarcado (0,25) e membros da equipe (0,25) (função) Sim (1,0); Não (0,0)			
06	Profilaxia de antibiótico (0,50) e exames de imagem na sala (0,50) Sim (1,0); Não (0,0)			
07	Prevenção de riscos adversos. Cirurgião: Sangramento e tempo de cirurgia (0,50) e local da incisão (0,50). Sim (1,0); Não (0,0)			
08	Prevenção de riscos adversos. Para o anestesista (0,50) e enfermagem (materiais e equipamentos) (0,50). Sim (1,0); Não (0,0)			
<b>ANTES DA SAÍDA DO PACIENTE DA SALA CIRÚRGICA</b>				
09	Nome do procedimento (0,25) Contagem de compressas, agulhas e instrumentos (0,25) Identificação da amostra (0,25) Problemas em equipamentos (0,25) Sim (1,0); Não (0,0)			
10	Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo do paciente? Sim (1,0); Não (0,0)			

Nota Final: \_\_\_\_\_; Avaliador: \_\_\_\_\_

**ORIENTAÇÃO PARA PROFESSOR AVALIADOR DA ESTAÇÃO DE CIRURGIA  
PLÁSTICA / SEGURANÇA DO PACIENTE**

A paciente tem 42 anos, casada, 01 filhos

- O aluno deverá iniciar a lista de verificação do paciente.
- O aluno antes da indução deverá confirmar: A identidade, o local a ser operado e se o termo de consentimento está assinado.
- O aluno deverá verificar se o local a ser operado está demarcado?
- O aluno deverá checar como estão os equipamentos e medicamentos utilizados?
- O aluno deverá verificar se oxímetro de pulso está colocado no paciente?
- O aluno deverá verificar se o paciente possui alergias, via aérea difícil e risco de perda sanguínea?
- O aluno deverá verificar se o antibiótico foi feito com 60 minutos antes da cirurgia?
- O aluno deverá verificar se os exames estão na sala?
- O aluno deverá a conclusão da contagem de compressas, instrumentos e agulhas?
- O aluno deverá verificar se as peças cirúrgicas estão identificadas?
- O aluno deverá verificar com o Cirurgião, o anestesista e equipe de enfermagem se o paciente tem alguma preocupação no manejo do paciente?

**Material necessário:**

<b>ESTAÇÃO DO OSCE – SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	
<b>CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA</b>	
-	01 boneco – paciente.
-	03 placas com palavras cirurgião, anestesista e enfermagem.
-	Atores representando o Cirurgião, o anestesista e a enfermagem.
-	01 avaliador -Tutor
-	Ficha de avaliação do OSCE
-	05 cadeiras
-	Boneco, Professor e Aluno
-	01 mesa

