



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO ACADÊMICO

KAROLINA DE MOURA MANSO DA ROCHA

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO *GOOD*
PERIOPERATIVE NURSING CARE SCALE

NATAL/RN

2020

KAROLINA DE MOURA MANSO DA ROCHA

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO *GOOD*
*PERIOPERATIVE NURSING CARE SCALE***

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento Tecnológico em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Bertha Cruz Enders

Coorientadora: Prof^a Dr^a Maria Alzete de Lima

NATAL/RN

2020

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI

Catálogo de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial Bertha Cruz Enders - -Escola de Saúde da UFRN - ESUFRN

Rocha, Karolina de Moura Manso da.

Tradução e adaptação transcultural do instrumento Good Perioperative Nursing Care Scale / Karolina de Moura Manso da Rocha. - 2020.
145f.: il.

Tese (Doutorado)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Natal, RN, 2020.

Orientadora: Profa. Dra. Bertha Cruz Enders.

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Alzete de Lima.

1. Enfermagem Perioperatória - Tese. 2. Assistência Centrada no Paciente - Tese. 3. Cuidados de Enfermagem - Tese. I. Enders, Bertha Cruz. II. Lima, Maria Alzete de. III. Título.

RN/UF/BS-Escola de Saúde

CDU 616-089-083

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO *GOOD*
*PERIOPERATIVE NURSING CARE SCALE***

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Apresentado em: 17/02/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Bertha Cruz Enders - Orientadora
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Prof^ª Dr^ª Maria Alzete de Lima - Coorientadora
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Prof^ª Dr^ª Kalyane Kelly Duarte de Oliveira
Universidade Estadual do Rio Grande do Norte

Prof^ª Dr^ª Isabel Karolyne Fernandes Costa
Hospital Universitário Onofre Lopes - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Prof^ª Dr^ª Isabelle Katherinne Fernandes Costa
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof^ª Dr^ª Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

AGRADECIMENTOS

A Deus por sempre senti-lo em minha vida, fortalecendo minha fé e me conduzindo pelos melhores caminhos.

A Santa Rita de Cássia que me auxilia na superação dos obstáculos e aprendizado em todos os momentos.

Aos meus pais, que desde a infância, me mostraram que só com o estudo consigo mudar o mundo.

Ao meu esposo que sempre abraçou os meus sonhos e me ajudou a conquista-los.

À minha filha por mostrar o verdadeiro sentido do amor e da vida.

Aos meus irmãos pelo companheirismo sempre.

À professora Bertha Cruz Enders pelo acolhimento, carinho, dedicação e que mostrou a importância de batalhar pela ciência da enfermagem.

À professora Maria Alzete de Lima por toda a dedicação, compreensão e ajuda nessa caminhada.

À Banca por toda atenção e importantes considerações sugeridas

Aos colegas da turma de doutorado de 2016 que compartilharam comigo essa jornada.

As amigas que o doutorado proporcionou: Marta, Andressa, Gracy, Ana Claudia e Manu pelo apoio e palavras de carinho durante todo o doutorado.

Ao grupo de pesquisa pela disponibilidade e troca de experiências, em especial a Gleyce, Dândara, Anne e Marcela.

Ao Unifacex pela compreensão e incentivo para a realização dessa jornada.

Aos amigos que o Unifacex me proporcionou: Fábio, Deyla e Vanessa, por vibrarem por cada conquista minha.

Ao Hospital Estadual Ruy Pereira dos Santos por ter aberto meus olhos sobre a temática de desenvolvimento do estudo.

A gestão do Hospital Estadual Ruy Pereira dos Santos, em especial Patrícia, Ana Paula, Lidiane, Rafaela Micarla, Adrina e Cristiane por entenderem minhas limitações, torcerem e apoiarem na concretização desse sonho.

À professora Glaucea Maciel de Farias por ter plantado a sementinha de um grande sonho, que hoje pude concretizar.

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte que proporcionou a conclusão dos cursos de graduação, mestrado e doutorado.

A todos que contribuíram para a conclusão desta etapa e que não foram citados acima, muito obrigada.

RESUMO

O objetivo do estudo foi traduzir e adaptar transculturalmente o instrumento *Good Perioperative Nursing Care Scale* para o Português e o contexto brasileiro. Trata-se de um estudo metodológico, realizado entre maio a dezembro, 2019, conforme as etapas do método de adaptação cultural de instrumentos proposto por Beaton e colaboradores. Dois tradutores bilíngues cuja língua materna era o português traduziram o instrumento para o português e participaram da síntese da tradução. Em seguida, dois tradutores cuja língua materna era o inglês realizaram a retrotradução da versão em português, para o idioma inglês. A validação de conteúdo da versão em português foi realizada por um comitê de nove profissionais, enfermeiros, pedagogos e linguistas, que julgaram a equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual de cada item do instrumento. Utilizou-se a porcentagem de concordância de 80% dos avaliadores em cada item para indicar equivalência do conteúdo. Na última etapa, realizou-se o pré-teste da versão adaptada nos setores de clínica cirúrgica do Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal, RN, com amostra não aleatória de 40 pacientes. Esses dados foram analisados através de estatística descritiva e o teste de Fisher. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Universidade Federal do Rio Grande do Norte protocolo nº3305610 e CAAE:0800131860005537. Na tradução identificaram-se sete discrepâncias entre os tradutores, as quais foram resolvidas na fase de síntese das traduções. As duas retrotraduções confirmaram que a versão em português refletia com precisão o conteúdo da versão original. Na validação do conteúdo, a concordância dos avaliadores foi superior a 80% em todos os itens do instrumento. Dois itens foram unificados devido aos avaliadores julgarem ser iguais. No pré-teste, a maioria dos pacientes disseram ter bastante conhecimento sobre a cirurgia (72,5%) e a anestesia (55,0%); 20,0% registraram ter medo da cirurgia e 17,7% da anestesia. Dos 34 itens que avaliavam o tratamento recebido no centro cirúrgico, 31 com afirmações positivas sobre o cuidado ou procedimento registraram frequências variando de 55% a 100% na resposta de concorda completamente. Três itens que avaliavam a existência de procedimentos no cuidado, como suficiente medicamento para dor na sala cirúrgica, participação do tratamento e escutado música, registraram os maiores percentuais na resposta Discordo Completamente (50,0%, 52,2%, e 80,0%, respectivamente). Não houve questionamentos ou sugestões dos pacientes e portanto nenhuma alteração foi feita no instrumento após do pré-teste. Conclui-se que o instrumento foi traduzido e adaptado transculturalmente para a realidade brasileira, passando a se chamar Escala dos Bons Cuidados de Enfermagem. A validade de conteúdo e de aparência, bem como a sua compreensão no pré-teste mostraram a viabilidade da aplicação do instrumento no Brasil. O instrumento deverá ser testado com amostras maiores e validado quanto a suas medidas psicométricas para possível uso em estudos transculturais com países que possuem traduções em outros idiomas. O instrumento deverá fornecer dados que possibilitem o reconhecimento das fragilidades existentes nas práticas de enfermagem no perioperatório e a articulação de estratégias para a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem nesse contexto.

Palavras chave: Enfermagem Perioperatória; Inquéritos e Questionários; Assistência Centrada no Paciente; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

The objective was to translate and cross-culturally adapt the Good Perioperative Nursing Care Scale instrument to Portuguese and the Brazilian context. It is a methodological study conducted from May to December, 2019, according to the method for cross-cultural adaptation of self-report instruments proposed by Beaton and colleagues. Two bilingual translators whose mother language was Portuguese translated the instrument to Portuguese and participated in the synthesis of the produced version. Subsequently, two bilingual translators whose mother language was English conducted the back-translations to English individually. Next, a committee of nine professionals, nurses, teachers and linguists, examined the content validity of all items of the translated version, and judged its semantic, idiomatic, experimental and conceptual equivalence. The pre-test occurred in the surgical ward of the Onofre Lopes University Hospital, Natal, RN with a convenient sample 40 patients that responded the translated version of the instrument and were afterwards consulted for information as to comprehension and possible alterations. The research was approved by the Federal University of Rio Grande do Norte, Research Committee, protocol 3305610, CAAE:0800131860005537. In the initial translation, seven discrepancies of the translators occurred but were subsequently resolved in the synthesis phase. The back-translations confirmed that the Portuguese version reflected the original version in English. In the content validity evaluation, the evaluators achieved more than 80% consensus on all the items of the instrument, with two items joined because the evaluators judged their content to be the same. In the pre-test the majority of patients reported having ample knowledge of the surgery (72,5%) and of the anesthesia (55,0%); while 20,0% registered they were fearful of the surgery and 17,7% of the anesthesia. Of the 34 items designed to evaluate the treatment received in the surgical unit, 31 items that evaluated positively the care received or the application of a procedure had frequencies that varied from 55% to 100% in the Fully Agree response. Three items that referred to aspects such as: having sufficient pain medication in the surgical room, having participated in the treatment, and having listened to music, registered high percentages in the Fully Disagree response (50,0%, 52,5%, 80,0%, respectively). The respondents made no questions or suggestions and therefore the instrument suffered no alteration because of the pre-test. It is concluded that the Good Perioperative Nursing Care Scale was translated and adapted to the Brazilian context and is named *Escala dos Bons Cuidados de Enfermagem*. Its content validity and the differentiating responses registered in the pre-test demonstrated its comprehension and viability in Brazil. Further tests with larger samples to conduct psychometric evaluation of the instrument are planned to prepare it for possible use in transcultural studies in countries where other translated versions exist. The instrument will provide data to enable the identification of existing frailties in the perioperative nursing practices for the articulation of strategies that will improved the quality of nursing care in this context.

Keywords: Perioperative Nursing; Surveys and Questionnaires; Patient-Centered Care; Nursing Care

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Etapas do processo de tradução e adaptação transcultural do <i>Good Perioperative Nursing Care Scale</i> para o contexto brasileiro, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2020.....	42
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de seleção dos avaliadores do estudo, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2020.....	46
Quadro 2 – Termos sinônimos identificados na retradução, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2020.....	59
Quadro 3 – Quadro síntese da avaliação do instrumento pelo Comitê de Avaliadores, no que diz respeito às equivalências: Semântica, Idiomática, Experimental e Conceitual, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2020.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes do teste da versão adaptada com 40 pacientes, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2020.....	66
Tabela 2 – Caracterização das sensações e sentimentos antes e durante o procedimento cirúrgico indicados pelos 40 pacientes participantes, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2020.....	73
Tabela 3 – Relação dos itens da segunda parte do instrumento Escala dos Bons Cuidados de Enfermagem Perioperatórios, com as respectivas respostas dos participantes da pesquisa, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2020.....	75
Tabela 4 – Associação entre os elementos tipo de anestesia e lembrança dos períodos cirúrgicos, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2020.....	81
Tabela 5 – Medo quanto ao procedimento cirúrgico e sua relação com a visita pré-operatória da equipe cirúrgica, e a percepção de segurança com a escolaridade dos participantes do estudo, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2020.....	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNC	Conselho Nacional de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DM	Diabetes Mellitus
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
<i>ERAS</i>	<i>Enhanced Recovery After Surgery</i>
EUA	Estados Unidos da América
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
<i>GPNCs</i>	<i>Good Perioperative Nursing Care Scale</i>
HUOL	Hospital Universitário Onofre Lopes
MS	Ministério da Saúde
NIR	Núcleo Interno de Regulação
OMS	Organização Mundial de Saúde
<i>PIPEQ-OS</i>	<i>Psychiatric Inpatient Patient Experience Questionnaire for on-site measurement.</i>
<i>PQNCs</i>	<i>Satisfaction with nursing care scale</i>
<i>PSNCQQ</i>	<i>Satisfaction with nursing care quality questionnaires</i>
<i>PUBMED</i>	<i>US National Library of Medicine National Institutes of Health</i>
RN	Rio Grande do Norte
SESAP	Secretaria Estadual da Saúde Pública
<i>SPSS</i>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<i>SSC</i>	<i>The surgical Safety Checklist</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	23
2.1 Objetivo Geral.....	23
2.2 Objetivos Específicos	23
3 REVISÃO DE LITERATURA, REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO.....	24
3.1 Revisão de Literatura.....	24
3.1.1 <i>Qualidade da assistência de enfermagem perioperatória</i>	24
3.1.2 <i>Instrumentos de Avaliação da Qualidade da Assistência de Enfermagem Perioperatória</i>	26
3.1.3 <i>The Good Perioperative Nursing Care Scale (GPNCS)</i>	29
3.2 Referencial Teórico.....	33
3.2.1 <i>O cuidado centrado na pessoa a luz de Jean Watson</i>	33
3.3 Referencial Metodológico.....	37
3.3.1 <i>Tradução e adaptação transcultural de instrumentos</i>	38
4 MÉTODO.....	41
4.1 Delineamento do Estudo.....	41
4.2 Processo de Tradução e Adaptação Transcultural.....	43
4.2.1 <i>Etapa 1 – Tradução</i>	43
4.2.2 <i>Etapa 2 – Síntese das Traduções</i>	44
4.2.4 <i>Etapa 4 – Validação de Conteúdo pelo Comitê de Avaliadores</i>	45
4.2.5 <i>Etapa 5 – Teste da Versão Adaptada para o Português</i>	47
4.2.6 <i>Documentação ao Comitê Avaliador e aos Criadores da Versão Original</i>	50
4.3 Aspectos Éticos.....	51
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
5.1 Tradução do <i>Good Perioperative Nursing Care Scale</i>	52
5.2 <i>Back-Translation</i> ou Retrotradução do instrumento <i>Good Perioperative Nursing Care Scale/ Escala dos Bons Cuidados de Enfermagem Perioperatórios</i>	59
5.3 Validação de conteúdo do instrumento <i>Escala dos Bons Cuidados de Enfermagem Perioperatórios</i>	60
5.4 Teste da versão brasileira do instrumento <i>Escala dos Bons Cuidados de Enfermagem Perioperatórios</i> com o público alvo.....	66
5.4.1 <i>Primeira Parte do Instrumento – Versão Brasileira da Escala dos Bons Cuidados de Enfermagem Perioperatórios – Aplicado ao Público Alvo</i>	66
5.4.2 <i>Segunda Parte do Instrumento – Versão Brasileira da Escala dos Bons Cuidados de Enfermagem Perioperatórios – Aplicada ao Público Alvo</i>	75
5.4.3 <i>Terceira Parte do Instrumento – Versão Brasileira do Instrumento Escala Dos Bons Cuidados De Enfermagem Perioperatórios – Aplicada ao Público Alvo</i>	80
5.5 Correlação dos itens que compõem o instrumento.....	81
6 CONCLUSÃO.....	88
REFERÊNCIAS.....	90
APÊNDICES.....	109
ANEXO.....	139

1 INTRODUÇÃO

No decorrer dos últimos séculos, a assistência cirúrgica tem aumentado em quantidade de procedimentos e em nível de prestação do cuidado, devido às mudanças do perfil sociodemográfico e ao desenvolvimento da economia. Isso tem acarretado um impacto significativo nos sistemas de saúde mundiais. No entanto, reconhece-se que, em determinadas condições de saúde, a cirurgia é frequentemente o único tratamento que pode aliviar as incapacidades e reduzir o risco de morte.

Entretanto, há evidências de que aproximadamente cinco bilhões de pessoas no mundo, especialmente em países de nível socioeconômico baixo, não têm acesso à assistência cirúrgica. Nesses contextos, as falhas cirúrgicas geralmente estão associadas à falta de infraestrutura e à decisões inadequadas durante o procedimento (LIN *et al*, 2018). Contudo, outros fatores relacionados ao cuidado em saúde também contribuem para os erros assistenciais e a insegurança do paciente. Condições, tais como ambientes de trabalho inadequados, processo de trabalho desgastante, falta de comunicação e a não adesão aos princípios de segurança da assistência, afetam o cuidado em saúde realizado com o paciente no perioperatório (PANZETTI *et al*, 2020).

Em face dos danos assistenciais registrados em diversos campos de atenção à saúde, inclusive na cirúrgica, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, formou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente. Essa opera através de desafios para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde em áreas problemáticas. Em 2009, o grupo de trabalho do Segundo Desafio da Aliança definiu padrões e práticas de segurança na assistência cirúrgica para esse fim, a saber: equipes cirúrgicas eficientes, anestesia segura, prevenção de infecções e mensuração da assistência cirúrgica. Nessa última, recomenda-se a criação de medidas de monitorização e avaliação dos serviços e dos resultados assistenciais, como meios para promover a segurança dos pacientes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Tais recomendações são de suma importância para a política da assistência à saúde no Brasil, tendo em vista que os índices de procedimentos cirúrgicos eletivos e de urgência, realizados no País, têm aumentado significativamente. De acordo com o DATASUS, em dezembro de 2016, foram realizados 327.068 procedimentos cirúrgicos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no País. Nesse total, destacaram-se as regiões Sudeste com 142.368 procedimentos e a Nordeste com 84.047. Os estados com maiores índices nessas regiões foram São Paulo, com 79.297 cirurgias, e a Bahia, com 21.251 procedimentos. Em 2014, foram

realizadas 2.370.039 cirurgias eletivas no País, gerando um gasto de 1,33 bilhões (BRASIL, 2015; DATASUS, 2017).

Já com relação aos Eventos Adversos (EA) na assistência hospitalar, estima-se que, no mundo, 03 a 16% desses eventos ocorram em pacientes hospitalizados na área cirúrgica (WHO, 2008). No Brasil, as informações sobre índices gerais de EA são difíceis de definir devido à ausência de dados sistematizados e unificados, pois os estudos sobre EA geralmente utilizam dados de hospitais específicos. Por exemplo, em estudo retrospectivo realizado em 192 prontuários de um hospital universitário do sul do Brasil, identificou-se a prevalência de 21,8% de EA em pacientes cirúrgicos (BATISTA *et al*, 2019). Já estudo realizado em 1103 prontuários, de três hospitais da região sul do País, identificou um índice menor de EA, 7,5%. Os pesquisadores relatam, porém, que os procedimentos cirúrgicos apresentaram a maior frequência entre os 84 EA ocorridos (MENDES *et al*, 2009).

A enfermagem se insere nesse contexto devido a sua presença constante nos serviços de saúde. Na equipe assistencial cirúrgica, os profissionais de enfermagem destacam-se, pois estes prestam o cuidado por 24 horas ininterruptas, a partir da subjetividade e valorização dos aspectos sociais e culturais associados à perspectiva clínica, aos procedimentos e técnicas que forem pertinentes realizar. Além disso, essa continuidade de cuidado, durante o período perioperatório, permite a construção da relação de confiança entre os pacientes e a equipe de enfermagem que promove a tranquilidade, segurança, conforto e bem-estar (SALBEGO *et al*, 2015; PANZETTI *et al*, 2020). Isso é importante, porque é comum o paciente, que enfrenta ou passa por procedimento cirúrgico, expressar sentimentos de medo, angústia, dúvidas, nervosismo e insegurança. Nessas situações, cabe à enfermagem uma atuação por meio de um modelo assistencial adequado, contínuo, integral, individual e singular (ASCARI, 2014; SOUZA *et al*, 2019).

No campo cirúrgico, o período perioperatório é normalmente referido como a extensão de tempo em que um paciente vivencia as três etapas cirúrgicas interligadas: o pré-operatório, o transoperatório e o pós-operatório. Pode-se dizer que esse tempo se inicia no momento do diagnóstico médico e da decisão para a cirurgia ocorrer, até o processo de reabilitação. Nesse período há o envolvimento de toda a equipe multiprofissional, que presta o cuidado e contribui para que o processo ocorra da melhor forma para o paciente e familiares (SALBEGO *et al*, 2015; CONTERATTO *et al*, 2020). Assim, a prática de enfermagem no perioperatório tem como objetivo o cuidado ao paciente cirúrgico e sua família, através de ações assistenciais qualificadas e sensíveis que minimizem os riscos e as possíveis complicações, relacionadas ao procedimento anestésico-cirúrgico e a hospitalização. Isso exige do enfermeiro, que atua no

setor, uma avaliação criteriosa e contínua das alterações e necessidades apresentadas pelo paciente para, assim, implementar as intervenções adequadas. Trata-se de um cuidado clínico de qualidade, que deverá ser objetivo do profissional de enfermagem em toda a sua prática (GUIDO *et al*, 2014; ANDRÉ; TOMÁS; DUARTE, 2017; CONTERATTO *et al*, 2020).

Dessa forma, acredita-se que o cuidado de enfermagem, no perioperatório, orientado por modelos de cuidado, protocolos e meios similares, conforme sugere a OMS (WHO, 2008), favorece a prevenção de EA e contribui para a segurança do paciente. Contudo, padrões em forma de normas, rotinas e diretrizes para esse cuidado são, algumas vezes, ausentes nos setores cirúrgicos ou não são utilizados adequadamente (PANZETTI *et al*, 2020). Da mesma forma, a ausência de padrões de avaliação do cuidado de enfermagem pode comprometer a qualidade da assistência.

A constatação dessa ausência pela pesquisadora, durante experiência hospitalar de seis anos em hospital de referência, deu origem à inquietação sobre os instrumentos disponíveis para avaliar o cuidado de enfermagem no perioperatório. Instrumentos dessa natureza constituem tecnologias que visam aperfeiçoar o principal saber-fazer da categoria, o cuidado. Nesse sentido, são tecnologias leve-duras, segundo a classificação de Merhy (2005), próprias de enfermagem (SABINO *et al*, 2016). Acredita-se, portanto, que o desenvolvimento e o uso de instrumentos de avaliação contribuem para a qualidade do cuidado em todas as fases de atendimento no setor cirúrgico. Sendo assim, a avaliação da qualidade da assistência, através de instrumentos válidos e confiáveis, constitui importante área de pesquisa na promoção da ciência de enfermagem.

Contudo, a avaliação da qualidade do cuidado em saúde pode ser um processo complexo em função da compreensão que se tenha do conceito e de sua influência nos serviços de saúde e do indivíduo (HANEFELD; POWELL-JACKSON; BALABANOVA, 2017). Embora exista ampla literatura sobre o conceito de qualidade em saúde, a concepção de avaliação da qualidade em saúde de Donabedian (1990) são considerados fundamentais nesses estudos.

Donabedian (1990) ampliou o conceito de qualidade, originalmente caracterizado como uma tríade composta da estrutura, processo e resultados, e especificou sete pilares complementares à concepção inicial, a saber: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. O autor propôs um modelo integrativo, que avalia as relações entre estado de saúde, qualidade do cuidado e os recursos (REIS *et al*, 1990; SANTOS *et al*, 2020).

Mais especificamente, na área de assistência em saúde, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000), com base em um relatório sobre

erros médicos, delineou seis atributos do conceito de qualidade. Nesse relatório, os atributos de segurança e centralidade do paciente foram integrados ao entendimento do conceito de qualidade no âmbito de avaliação em saúde (WHO, 2014). Nessa perspectiva, o conceito de segurança do paciente é entendido como a redução dos riscos e danos desnecessários no cuidado de saúde e forma parte do Programa Nacional de Segurança do Paciente do Brasil (BRASIL, 2013a; WHO, 2014).

No que concerne ao setor cirúrgico, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em resposta a recomendação da Resolução 55.18, da Assembléia Mundial da Saúde e, por meio da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em 2004, conclama os países membros a melhorar a segurança da assistência cirúrgica no mundo e define um conjunto de padrões de segurança a ser aplicado em todos os países e cenários para esse fim (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009). A qualidade da assistência torna-se, assim, uma prioridade em todos os locais onde o cuidado é realizado.

Importante notar que a qualidade da assistência é vista pela enfermagem como uma preocupação antiga, que perpassou por Florence Nightingale no século XIX. Através de suas observações, sobre a situação do cuidado aos feridos de guerra nos hospitais, essa pioneira de enfermagem articulava mudanças, assegurando técnicas apropriadas e registro do atendimento realizado (SANTOS; PORTO, 2006). Pode-se dizer, portanto, que o zelo de Nightingale, nessas ações, reflete o conceito de segurança do paciente na medida em que eram realizadas para melhorar as condições do cuidado, evitar consequências negativas e prevenir infecções nos feridos.

Em tempos mais atuais, a Enfermagem continua demonstrando preocupação com a qualidade da assistência oferecida. Observa-se um percurso ininterrupto de estudos e propostas de abordagens e estratégias para melhor atender às necessidades daqueles que se encontram sob os cuidados de enfermagem. Isso é evidenciado por diversas vias, tais como: revisões de literatura periódicas; produção, utilização e avaliação do conhecimento teórico e científico do cuidar; construção de normatizações e padrões de cuidado; reflexão constante; criação e planejamento das ações para um cuidado contínuo na prática (SANTOS; PORTO, 2006; SHARPA; MCALLISTER; BROADBENT, 2018; CONTERATTO *et al*, 2020).

Entretanto, há evidências, também, de que muitos enfermeiros organizam seu trabalho em resposta à urgência da tarefa e às rotinas de enfermagem (AUSSERHOFER *et al*, 2015). O trabalho focado na tarefa predomina na cultura organizacional dos principais serviços e saúde, na qual a ênfase é na eficiência, baseado nos princípios neoliberais. Sobre isso, Nesbit (2012) refere que as pessoas são influenciadas pela cultura em que operam, ou seja, a cultura do local

de trabalho parece afetar significativamente as ações, crenças e valores individuais, modificando a maneira de agir dos enfermeiros. Assim, é importante a mudança do perfil do cuidado voltado para um modelo mais sensível, um que seja baseado na eficácia e que exija abordagens holísticas para um cuidado integral e resolutivo das necessidades do cliente e família (MILTON-WILDEY; O'BRIEN, 2010; JONES; HAMILTON; MURRY, 2015; DELANEY, 2018). No entanto, a dificuldade dos profissionais, em focar o cuidado nas necessidades da pessoa, parte dos valores profissionais que são pouco colocados em prática (SHARPA; MCALLISTERB; BROADBENT, 2018). Associado a isso, pode existir um sofrimento moral relacionado à insatisfação no trabalho, pois a representação da lógica capitalista se expressa mediante a valorização das tarefas, que está sendo naturalizada e integrada às ações dos enfermeiros em ritmo acelerado e completo. Esse foco, restrito nos resultados em detrimento do processo do cuidado, demonstra uma visão limitada que proporciona um ambiente mais suscetível para a ocorrência de erros e, conseqüentemente, a insatisfação.

Contudo, o modelo de eficácia no atendimento das necessidades do paciente passa pela prática baseada em valores tradicionais da profissão, em que a pessoa é pensada como um eixo fundamental da disciplina. Isso sustenta o poder de resistir ao *status-quo* e realmente alcançar as aspirações delineadas pelo paciente receptor e o profissional. Porém, esses valores que colocam o ser humano no centro do cuidado, às vezes, são afetados pelas demandas sociais impostas pelo mercado de trabalho. Assim, é importante que as organizações e os indivíduos, que se esforçam por um cuidado de qualidade, desenvolvam a compreensão das forças sociais e políticas que moldam as práticas em saúde, a fim de ter consciência crítica do seu processo de trabalho (SHARPA; MCALLISTERB; BROADBENT, 2018; SANTOS *et al*, 2020).

Um desses aspectos importantes para melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem é a percepção crítica dos enfermeiros sobre o papel profissional que desenvolvem. Na medida em que os profissionais ficam cientes de como o cuidado é percebido pelo paciente receptor, eles começam a perceber o seu próprio comportamento de cuidado (DONMEZ; OZBAYIR, 2011; CONTERATTO *et al*, 2020) e a valorização da centralidade do paciente pode emergir. A partir disso, o cuidado passa a ser elencado com atenção ao ponto de vista do cliente e a assistência a ser fornecida de maneira abrangente, crescente, aproximando-se às expectativas do paciente e de sua família, e não apenas com foco na vertente econômica e de conhecimento profissional.

Quando os enfermeiros se tornam cientes das percepções dos pacientes e de sua família sobre a doença, o quadro clínico e a evolução, eles tendem a promover cuidados mais efetivos

e antecipar e atender as necessidades. Consequentemente, conhecer e ouvir o paciente constitui um fator essencial para a prestação de um cuidado de qualidade (AMARAL, 2014; HERTEL-JOERGENSEN; ABRAHAMSEN; JENSEN, 2018; LIN *et al*, 2018).

O cuidado centrado na pessoa reflete a visão holística do indivíduo como um todo biopsicossocial e fisiológico (EKMAN *et al*, 2012). O cuidado, nessa perspectiva, visa assegurar que as necessidades das pessoas que acessam os serviços de saúde sejam atendidas com respeito e capacidade de resposta, em relação à tomada de decisões clínicas. É um paradigma fundamentado na valorização do ser humano, mas permite que o profissional seja flexível e adaptável no atendimento às necessidades individualizadas para a melhoria do cuidado, constituindo, assim, uma medida da qualidade dos serviços de saúde (CHURCHILL, 2007; ABDELHADI; DRACH-ZAHAVY, 2012; DELANEY, 2018).

Tal entendimento coaduna com os conceitos de cuidado da enfermagem propostos nas formulações teóricas de enfermagem. Na teoria de cuidado humano de Watson (2005), por exemplo, o cuidado passa a ser mais do que um cumprimento de tarefas, é a compreensão da saúde na relação interpessoal entre enfermeiro e paciente. Nessa perspectiva, percebe-se a influência mútua no cuidado, que ocorre mediante o diálogo entre a equipe e o paciente e a compreensão de cada parte envolvida no processo.

Dessa forma, acredita-se que o cuidado é consciente e que a cura e/ou o bem-estar só serão alcançados quando, nesse processo, ocorrer o respeito, a autonomia e a liberdade de escolha do paciente. Isso, porque tais condições propiciam a autossuficiência que, por sua vez, auxilia na tomada de decisões e no planejamento de seu cuidado, proporcionando, assim, o sentido de proteção, priorização, dignidade, integridade e harmonia no paciente (WATSON, 2005, 2007, 2009).

Além do compromisso filosófico e teórico para com o ser humano, como o foco do cuidado de enfermagem, há também regulamentações que regem sobre esse imperativo. Em nível do Brasil – o Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, de 2017; o Manual do Selo de Qualidade do Conselho Federal de Enfermagem, de 2018; e a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498/86 – acentuam que o centro da assistência de enfermagem é o cliente. Referem que o cuidado deve ser de maneira integral, aliando o saber técnico-científico às relações humanas que comungam para as boas práticas e a qualidade da assistência Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986, 2017, 2018).

O cuidado clínico, com essa fundamentação, demonstra que a avaliação da assistência prestada em procedimentos de alta complexidade, como as cirurgias, deve ser um elemento integrado ao seu conceito. A mensuração da qualidade, dentro desse universo, utiliza

instrumentos que seguem etapas que perpassam pela identificação das necessidades e expectativas dos pacientes, estabelecimento de padrões, planejamento e implementação de assistência e auditoria até à capacitação de recursos humanos (XAVIER; SILVA; FRIAS, 2014; DEZORDI; STUMM, 2018; KIM; YOO; SEO, 2018).

Dessa forma, é valorosa a construção e utilização de metodologias avaliativas, das dimensões desse cuidar, para possibilitar o levantamento de informações sobre a qualidade da assistência e, posteriormente, compará-las e utilizá-las como subsídios para a implementação de medidas que visem à melhoria do cuidado. As evidências demonstram que os cuidados de saúde eficazes podem evitar a mortalidade prematura. Assim, fica claro que estratégias específicas, que auxiliem na identificação da qualidade da assistência, são importantes para reduzir falha nos cuidados de enfermagem. Somado a isso, ações voltadas para atender às expectativas e percepções do paciente visam promover a satisfação, a métrica de qualidade da saúde mais utilizada (AMARAL, 2014; BORSATO; VANNUCHI; HADDAD, 2016; KOL *et al*, 2018; SANTOS *et al*, 2020).

Nesse sentido, para fortalecer e avaliar a qualidade da assistência de enfermagem, foram construídos instrumentos, escalas e *checklists* que visam auxiliar no processo de melhoria do cuidado, compreensão e reflexão da assistência e obtenção de padrões de qualidade preestabelecidos pelo serviço, de acordo com a realidade e contextos local, nacional e mundial. Essas ferramentas utilizam indicadores que favorecem a avaliação e que constatarem, estimem, valorizam, controlam e autorregulam os resultados de um processo. Eles são os principais sinalizadores de uma organização que permitem identificar a ocorrência de possíveis desvios, em processos considerados normais, revisar e minimizar a continuidade do problema e subsidiar estratégias para melhorar o serviço (VITURI; MATSUDA, 2009; RODRIGUES *et al*, 2012; PARANAGUÁ *et al*, 2016; SENA *et al*, 2017).

Portanto, qualquer proposta de uma avaliação de qualidade do cuidado de enfermagem envolve a procura de instrumentos que coadunem conceitualmente com a perspectiva do pesquisador, ao realizar o estudo e seu propósito da avaliação, e que possam ser utilizados no cenário em foco. Nesse sentido, existem alguns instrumentos que avaliam a assistência de enfermagem com o foco nas fases cirúrgicas, por meio da visão da equipe como, por exemplo, a lista de verificação para a segurança do paciente, desenvolvida pela OMS, e o Checklist de Segurança Cirúrgica Pré e Pós-Operatório (CSCPP) validado na região sul do País (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009; ALPENDRE *et al*, 2017).

Entretanto, instrumentos que avaliem o período perioperatório completo, com relação à qualidade da assistência prestada, na percepção do cliente, no Brasil, ainda não foram

identificados. Já na literatura internacional, identificou-se o *Good Perioperative Nursing Care Scale (GPNCS)*, versão em inglês, como instrumento específico para a avaliação do cuidado de enfermagem perioperatório, na perspectiva do paciente cirúrgico hospitalizado (LEINONEN *et al*, 2003).

O *GPNCS* foi desenvolvido na Finlândia, em 1999, por pesquisadoras da *Turku University Central Hospital* a partir do questionário *Good Nursing Care*, de autoria das mesmas. As autoras perceberam o aumento do número de pessoas que utilizava o serviço público, para a realização de procedimentos cirúrgicos, e que grande parte dos enfermeiros trabalhava diretamente nesse contexto. Além disso, não existiam estudos anteriores que trabalhassem a percepção dos clientes sobre a qualidade dos cuidados perioperatórios. O instrumento foi construído no idioma finlandês e traduzido para o inglês. Adicionalmente, foi traduzido e validado para o inglês, sueco, turco, alemão, dinamarquês e chinês (LEINONEN *et al*, 2003).

A base teórica do *GPNCS* centra-se em um dos elementos que figuram no conceito de qualidade em saúde, segundo Donabedian (1990), processo e estrutura. Esses conceitos definem o bom cuidado no paciente receptor da assistência no instrumento (LEINONEN *et al*, 2001). Tal perspectiva coaduna com a visão holística em que o paciente é o centro do cuidado e a integralidade da assistência (WATSON, 2009). Com esse entendimento, acredita-se que o *GPNCS* constitui uma tecnologia viável para avaliar o cuidado de enfermagem no perioperatório e, quando traduzido e adaptado para o contexto brasileiro, poderá ser utilizado para promover uma assistência qualificada.

Assim, o problema de pesquisa deste estudo se insere no seguinte questionamento: O instrumento *GPNCS*, para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem no perioperatório, traduzido e adaptado transculturalmente para o idioma português, é utilizável no contexto brasileiro?

Desse modo, o propósito do estudo é adaptar o *GPNCS* para uso no contexto brasileiro. Justifica-se o estudo, por entender que o uso de instrumentos de pesquisa traduzidos é uma opção para os pesquisadores que se confrontam com a falta de instrumentos de mensuração do conceito em foco, como é o caso deste estudo. Por outro lado, no mundo globalizado, as pesquisas internacionais e transculturais frequentemente exigem o uso de instrumentos traduzidos e adaptados para as diversas culturas em foco (BEAUFORD; NAGASHIMA; WU, 2009).

Outrossim, com a agilidade na transferência de conhecimento em nível mundial, devido à globalização, observa-se um acréscimo de estudos de tradução e adaptação, especialmente na

área de saúde. Muitas vezes, esses estudos constituem a melhor opção frente às situações de não haver instrumentos no idioma do estudo e às limitações de tempo e financiamento para a construção de instrumentos próprios do contexto. Ademais, a complexidade do processo de construção e a não disponibilidade da expertise necessária para sua efetivação são fatores que levam os pesquisadores a optar pela tradução e adaptação (BEAUFORD; NAGASHIMA; WU, 2009; SANTOS *et al*, 2020).

Contudo, a questão conceitual é geralmente a que mais influi nessa decisão de utilizar um instrumento validado. Um instrumento que atende as especificações teóricas e propósitos de um pesquisador é uma opção. Embora tenha originado em outro idioma e em outra cultura, esse instrumento é considerado o mais conveniente, haja vista que, após sua adaptação transcultural, quando realizada rigorosamente, assegura a equivalência do instrumento nos demais contextos. Para tanto, o instrumento possui o mesmo significado conceitual nos dois idiomas, podendo ser útil em estudos internacionais (BEATON *et al*, 2000; BEAUFORD; NAGASHIMA; WU, 2009).

Portanto, neste estudo defende-se a seguinte tese: o instrumento *GPNC*S adequa-se conceitualmente para uso no contexto brasileiro, após a sua tradução e adaptação transcultural.

Espera-se que o instrumento, após sua adaptação, possa ser testado e validado em contextos brasileiros na avaliação da qualidade da assistência da enfermagem perioperatória. Outro efeito esperado, é que os resultados decorrentes da aplicação do instrumento revelem indicadores do cuidado de Enfermagem Perioperatória, possibilitando a comparação entre realidades nacionais e internacionais. Outrossim, a partir dos resultados obtidos, almeja-se que os enfermeiros possam identificar as áreas consideradas frágeis e articular estratégias para as mudanças na prática e melhorias nos cuidados de enfermagem em nível nacional.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Traduzir e adaptar transculturalmente o instrumento *Good Perioperative Nursing Care Scale (GPNCS)* para o idioma português e o contexto brasileiro.

2.2 Objetivos Específicos

- Traduzir o instrumento *GPNCS*;
- Validar o conteúdo da versão traduzida do instrumento *GPNCS*;
- Analisar a aplicabilidade da versão brasileira do instrumento Escala dos Bons Cuidados de Enfermagem Perioperatórios.

3 REVISÃO DE LITERATURA, REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

Devido à necessidade de descrição de referenciais, em decorrência da complexidade do estudo que envolve várias etapas e operações diferenciadas para realização dos passos metodológicos, segue-se, neste capítulo, a revisão de literatura sobre a temática e o referencial teórico que subsidiam a pesquisa.

Em seguida, o referencial metodológico discute os pressupostos de Beaton *et al* (2007), que orienta o processo de tradução e de adaptação transcultural do instrumento; os aportes metodológicos de Pasquali (1998, 2010) para a validação de conteúdo; e os critérios de Fehring (1994) para recrutamento de sujeitos.

3.1 Revisão de Literatura

3.1.1 *Qualidade da Assistência de Enfermagem Perioperatória*

O conceito de qualidade em saúde é complexo e multidimensional e, portanto, difícil de definir e avaliar. As medidas de qualidade têm tradicionalmente centrado na estrutura e indicadores de resultado como morbidade, mortalidade e hospitalização, bem como os aspectos definidos inteiramente pelas perspectivas dos profissionais de saúde. Quando são os cuidados dos profissionais de saúde que definem qualidade, tende a haver menos foco no que usuários sentem e nas opiniões dos pacientes, deixando a assistência com uma visão unidirecional e não integral (DONABEDIAN, 1990; SIRIWARDENA; GILLAM, 2014).

As perspectivas de cada parte envolvida no cuidar podem ser diferentes. Os pacientes tendem a avaliar a qualidade dos cuidados de saúde de acordo com a capacidade de resposta às suas necessidades específicas, enquanto os profissionais de saúde tendem a definir em termos dos atributos e resultados do cuidado. Entretanto, ambas as perspectivas são valiosas e devem ser consideradas ao avaliar os cuidados de saúde (PILGRIMIENE; BUCIUNJIENE, 2008).

Apesar da crescente conscientização da percepção do paciente, sobre a qualidade dos cuidados, as suas experiências não são rotineiramente percebidas em algumas unidades de saúde. Avaliar experiência significa a medição da satisfação do paciente referente aos cuidados de saúde recebidos. Assim, as percepções dos pacientes são necessárias para alcançar *insights* sobre o que funciona e o que precisa melhorar na área da saúde, então, instrumentos que captam as perspectivas dos pacientes sobre a qualidade de cuidados de saúde são imprescindíveis (BEATTIE *et al*, 2014).

Os avanços tecnológicos rápidos em especialização, custos crescentes, mudanças demográficas e mudanças nas expectativas dos pacientes exigem atualizações contínuas nos sistemas de saúde atuais. Há um interesse crescente na avaliação das percepções de cuidados com o paciente para desenvolver um sistema de saúde capaz de atender às necessidades e preferências de todos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009; SUHONEN *et al*, 2012).

Corroborando com essa perspectiva, as organizações nacionais e internacionais de saúde enfatizam a necessidade do monitoramento contínuo do serviço e a avaliação do atendimento ao paciente, para melhorar a qualidade do atendimento. E reafirmam que uma das ferramentas mais importantes, para monitorar a qualidade da atenção em hospitais, é a avaliação da satisfação do paciente – a métrica de verificação da qualidade mais utilizada nas demais áreas da saúde, capaz de atender valores, expectativas e requisitos solicitados pelo paciente (OTANI *et al*, 2009; AL-ABRI; AL-BALUSHI, 2014).

Nesse sentido, desde o momento da admissão até a alta, a satisfação do paciente está correlacionada com as percepções dos cuidados de enfermagem em relação as suas expectativas. A assistência de enfermagem, prestada pelos enfermeiros, é considerada como o fator mais importante nas avaliações dos pacientes quanto à satisfação com os cuidados de saúde (JOHANSSON; OLEN; FRIDLUND, 2002; MILUTINOVIĆ; SIMIN; BRKIĆ, 2012).

Porquanto, diante do processo de trabalho da equipe de enfermagem, quando comparado com as outras áreas da saúde, compreende-se que há um investimento maior de tempo com pacientes, portanto, os cuidados de enfermagem têm um impacto mais significativo nas percepções da sua experiência hospitalar. Sucede-se, assim, na valorização, esforço e melhoria da qualidade do atendimento e de vida dos pacientes (KOÇ; SAĞLAM; ŞENOL, 2011; SAMINA *et al*, 2016).

Entre os aspectos que influenciam diretamente a satisfação do cliente, de acordo com estudos internacionais oriundos da Europa e dos Estados Unidos da América (EUA), são os fatores individuais (idade, sexo e educação), fatores institucionais (serviços médicos e de enfermagem do hospital) e fatores ambientais (limpeza, alimentação, nível de som, conforto e estética das instalações). Além disso, o quantitativo e a estabilidade de profissionais de enfermagem são diretamente proporcionais ao nível de satisfação do paciente (ATALLAH *et al*, 2013).

Estudos realizados nos EUA apontam que houve a implementação de várias iniciativas para obter recursos humanos mais capacitados e melhorar os ambientes de trabalho. Aproximadamente, 20 estados desse País promulgaram a legislação de pessoal de enfermagem,

que visa o aumento do número de enfermeiros nos serviços de saúde com a finalidade de aumentar a satisfação, qualidade e segurança do paciente (BEATTIE *et al*, 2014).

Diante disso, a principal maneira de avaliar a satisfação do paciente é a partir de métodos precisos que meçam a satisfação do paciente. Como, por exemplo, os questionários, que têm sido a ferramenta de avaliação mais comum para a realização de estudos de satisfação do paciente. A base, em muitos instrumentos padronizados e validados de satisfação do paciente, tem pouco potencial de validade e confiabilidade em outros contextos de cuidado. Portanto, selecionar um instrumento adequado de satisfação do paciente é um desafio crítico para as organizações de saúde.

No contexto cirúrgico, é sabido que um grande número de cirurgias é realizado diariamente, o que torna o cuidado um aspecto importante. Nas cirurgias, os pacientes podem observar o cuidado perioperatório, sendo capazes de avaliar seu cuidado durante toda a duração do processo. Assim, é fundamental a aplicação de uma tecnologia no auxílio de identificar as experiências dos pacientes e utilizá-las para melhorar a qualidade do cuidado e da assistência de enfermagem (DONMEZ; OZBAYIR, 2011; BEATTIE *et al*, 2014; WU *et al*, 2014).

3.1.2 Instrumentos de Avaliação da Qualidade da Assistência de Enfermagem Perioperatória

Os estudos, sobre a qualidade na área cirúrgica, geralmente, focalizam a avaliação da estrutura disponível para atender as demandas de procedimentos e de segurança do paciente ou a satisfação do paciente com os procedimentos realizados em algum momento do processo. A avaliação do cuidado de enfermagem, especificamente durante o processo perioperatório como um todo, é difícil de identificar.

Da mesma forma, a literatura evidencia escassez de instrumentos disponíveis no Brasil para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem no perioperatório. No entanto, oito instrumentos foram identificados em estudos de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem no perioperatório, todos elaborados em outros países, no idioma inglês.

Entre os instrumentos identificados, o *Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)* foi utilizado por Francis *et al* (2018) em uma abordagem multimodal para avaliar o manejo perioperatório em hospitais do Reino Unido e mais 11 países. É referido como uma forma de condução (FRANCIS *et al*, 2018) e, outras vezes, como um programa (MENDES; FERRITO; GONÇALVES, 2018) para auxiliar o paciente na sua transição durante o processo cirúrgico, começando na admissão até a sua alta. A abordagem é associada às várias áreas de assistência do setor cirúrgico, como a cirurgia, a anestesia, a enfermagem e a nutrição, além de direcionar

a implementação de ações que promovem o melhor cuidado em cada fase do perioperatório. A estratégia envolve a elaboração de protocolos específicos para cada procedimento cirúrgico. Embora não seja um instrumento de mensuração, o *ERAS* tem sido amplamente utilizado na implementação do cuidado de enfermagem no perioperatório, com vistas a assegurar a recuperação do paciente (MENDES; FERRITO; GONÇALVES, 2018).

Berntsen *et al* (2018) pesquisaram a importância da avaliação do cuidado integrado centrado na pessoa, indo de encontro à ideia de que as pessoas com múltiplos problemas crônicos têm o cuidado com o foco fragmentado e no diagnóstico. Os autores utilizaram a abordagem *Patient-Centered – Integrated Care (PC-IC)* para averiguar o que os pacientes achavam do cuidado multiprofissional e integrado com ênfase no paciente como um todo. Verifica-se que o *PC-IC* não é propriamente um instrumento de mensuração e sim uma abordagem conceptual, com embasamento nos indicadores ideais para a cuidado de qualidade, centralidade no paciente e o cuidado integrado. Na medida em que a abordagem focaliza pacientes crônicos, o *PC-IC* não parece pertinente para o ambiente perioperatório, embora possa ser útil com pessoas pós-cirúrgicas em ambientes ambulatoriais.

Em estudo realizado na Austrália, por Gillespie *et al* (2018), objetivou melhorar o trabalho da equipe cirúrgica no perioperatório a partir da aplicação do instrumento *The Surgical Safety Checklist (SSC)*. A avaliação do cuidado através da aplicação do *SSC* é exigência institucional, no contexto desse estudo, e todos os profissionais, médicos, enfermeiros e anesthesiologistas, são responsáveis pelo preenchimento. A ideia era avaliar, junto aos profissionais, a implementação de uma nova dinâmica do setor delineada para melhorar a comunicação e facilitar o preenchimento do *SSC*. Realizada a experiência, os autores constataram dificuldades de aceitação da intervenção, decorrente de vários problemas e a falta de colaboração multiprofissional. Isso resultou no preenchimento do *SSC* de forma desigual entre os profissionais. Esse instrumento também foi utilizado em estudo realizado na Nigéria, com o intuito de conscientizar para o seu uso em um hospital universitário, no Sudoeste, e verificar as barreiras para sua implementação (OGUNLUSI *et al*, 2017).

O *SSC* é recomendado pela OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009) para promover o cuidado seguro do paciente no cuidado cirúrgico. O instrumento é composto de 28 itens, a serem avaliados e marcados quando o paciente se encontra na sala de operações, em três momentos: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala de operação. O preenchimento do *SSC* não se restringe ao profissional de enfermagem e sim por todos os membros da equipe, mas não inclui a perspectiva do paciente.

Reconhecendo a importância da percepção do paciente sobre o cuidado de enfermagem realizado, enfatiza-se o estudo de Hertel-Joergensen, Abrahamsen e Jensen (2018), que validou o *Good Perioperative Nursing Care Scale (GPNCS)* na Dinamarca. Esse instrumento foi desenvolvido por Leinonen *et al* (2003) para verificar a visão do cuidado de enfermagem ofertado, a partir da perspectiva dos pacientes, no contexto perioperatório, na Finlândia. O instrumento foi traduzido para uso em vários países. Hertel-Joergensen, Abrahamsen e Jensen (2018) aplicaram e validaram o instrumento com 215 pacientes de cirurgia ortopédica. Autoaplicável pelo paciente, ele contém 32 itens escalares, distribuídos em seis dimensões: cuidado físico, providência de informações, apoio, respeito, características da equipe, ambiente e processo de enfermagem. Devido a suas características, o *GPNCS* parece adequado para avaliar o cuidado de enfermagem no perioperatório.

Shin e Park (2018) utilizaram os instrumentos, intitulados *Perceptions of Quality Nursing Care Scale (PQNCS)* e o *Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire (PSNCQQ)*, para avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem com pacientes em enfermarias pós-cirúrgicas quanto à prática de *rounding*. O estudo se fundamentou na teoria de médio alcance de cuidado de Swanson e no *Professional Practice Model* utilizado para organizar o cuidado naquela instituição hospitalar. O *PQNCS* (ZHAO; AKKADECHANUNT, 2011) objetiva avaliar as percepções dos pacientes sobre o cuidado de enfermagem e foi elaborado a partir de uma modificação do *Good Perioperative Nursing Care Scale (GPNCS)*. O *PSNCQQ* (LASCHINGER *et al*, 2005) visa avaliar a satisfação do paciente com os cuidados e serviços do hospital. Ambos instrumentos, o *PQNCS* e o *PSNCQQ*, são centrados no paciente e se referem ao grau de atendimento das expectativas do paciente acerca do cuidado, além de serem apropriados para avaliação do cuidado de enfermagem no perioperatório.

Outro instrumento utilizado na República da Letônia, o *Psychiatric Inpatient Patient Experience Questionnaire for On-Site Measurement (PIPEQ-OS)*, é composto de 21 itens e foi utilizado para avaliar e, conseqüentemente, melhorar os cuidados psiquiátricos ofertados pelo serviço (TAUBE; BERSINA-NOVIKOVA, 2018). Não obstante, seja um instrumento com avaliação centrada no paciente, o seu enfoque é específico para o cuidado e o serviço institucional psiquiátrico, tornando-o distante da possibilidade de ser utilizado na avaliação do cuidado da enfermagem perioperatória.

Corroborando com a perspectiva de avaliação dos serviços, Mudallal *et al* (2017) realizaram pesquisa transversal com enfermeiros e pacientes dos diversos departamentos de três hospitais, inclusive o departamento cirúrgico, e utilizaram o *Service Quality Scale (SERVQUAL)* para avaliar o efeito das condições negativas do serviço, na qualidade do cuidado

de enfermagem. Esse instrumento também foi utilizado na Itália, para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, mediante a percepção dos pacientes e usuários sobre o serviço (KALAJA; MYSHKETA; SCALERA, 2016). Elaborada em 1988, na área de marketing, mas utilizada na área de saúde, frequentemente, podendo ser utilizada com pacientes e profissionais. A escala consiste em 22 itens que visam avaliar até que ponto um serviço atende as expectativas do cliente. É considerada instrumento favorável para a avaliação indireta da qualidade do cuidado de enfermagem, por meio da satisfação do cliente com os aspectos técnicos do serviço (PENA *et al.*, 2013).

Observou-se que os instrumentos com maior propriedade para uso na avaliação do cuidado de enfermagem, especificamente no perioperatório e na perspectiva do paciente, foram o *GPNCs* e o *PQNCs*, devido a esses possuírem embasamento teórico da área de enfermagem e focalizarem na enfermagem como dimensão avaliativa de qualidade, em vez do serviço.

Além disso, Glarcher, Schumacher e Fritz (2015) recomendaram o *GPNCs* para uso na avaliação do cuidado cirúrgico, dentre 14 instrumentos avaliados. Ressaltaram o foco teórico da escala, sua disseminação com estudos de validade e o fato de possuir versão para o profissional enfermeiro. Gomes, Martins e Fernandes (2016) também referem o *GPNCs* como instrumento apropriado para avaliação do cuidado cirúrgico da enfermagem.

Considera-se que o *GPNCs* possui ressonância, em nível internacional, para avaliação do cuidado de enfermagem perioperatório e contém aspectos teóricos de base que coadunam com o ideal da enfermagem, do bom cuidado e da centralidade do paciente na sua identificação (SAVIETO; LEÃO, 2016).

3.1.3 The Good Perioperative Nursing Care Scale (GPNCs)

Diante da necessidade de melhoria da assistência, em todos os contextos das práticas em saúde, é importante que o cuidado prestado seja avaliado pela equipe de enfermagem dentro do cenário perioperatório, para assim gerar evidências que possam subsidiar a melhoria dos serviços prestados ao paciente. O aprimoramento nos aspectos relacionados ao custo financeiro, às infecções, ao tempo de internação e ao processo de trabalho. O *GPNCs*, foco neste estudo, destaca-se, para esse fim, tendo em vista sua disseminação em diversos países e sua perspectiva teórica do cuidado de enfermagem (HERTEL-JOERGENSEN; ABRAHAMSEN; JENSEN, 2018).

Na perspectiva de aprofundar o conhecimento sobre o *GPNCs* descreve-se, a seguir, o modelo conceitual do cuidado que embasa os critérios de avaliação do instrumento e sua

construção, bem como as principais validações do instrumento documentadas na literatura. É importante ressaltar que a construção do *GPNC*S foi subsidiada pela realidade existente nas décadas de 1980 e 1990, na Finlândia, de aumento da utilização dos serviços cirúrgicos pelo sistema de saúde pública local e a inexistência de medidas avaliativas do cuidado da equipe de enfermagem na perspectiva, principalmente, do paciente (LEINONEN *et al*, 2003). Para isso, elaborou-se um projeto para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem composto de três etapas. Na primeira etapa elaborou-se o modelo teórico preliminar sobre o bom cuidado a ser avaliado. A segunda etapa compreendeu a avaliação do modelo teórico preliminar, por pacientes cirúrgicos hospitalizados, e o aprimoramento dos conceitos nele contidos. A terceira, e última fase, seria a elaboração do instrumento de avaliação do bom cuidado de enfermagem no perioperatório, fundamentado pelo quadro teórico elaborado (LEINO-KILPI; VOURENHEIMO, 1994).

Com relação a sua construção, o modelo teórico de avaliação do cuidado foi elaborado indutivamente em dois momentos durante a primeira fase do projeto, no período 1987-1991. Inicialmente, as características do bom cuidado de enfermagem na área cirúrgica foram identificadas através de pesquisa qualitativa realizada com 594 sujeitos (professores de enfermagem, enfermeiros da assistência e estudantes de enfermagem) da área cirúrgica. Os respondentes indicaram as seguintes categorias, que caracterizam o bom cuidado de enfermagem: características do ator, atividades com seres humanos e de tarefas, maneiras de agir, condições e objetivos, sendo que, cada categoria, possui várias subcategorias (LEINO-KILPI; VOURENHEIMO, 1994; LEINONEN *et al*, 2003).

Em seguida, realizou-se uma revisão de literatura sobre as categorias nessa fase para convertê-las em características específicas do conceito, suas descrições e relações, dando origem ao modelo teórico preliminar. Assim, o quadro conceitual de avaliação, derivado do modelo teórico preliminar do bom cuidado, foi: humanidade, desempenho, independência, credibilidade, aparência, pensamento e humor. No segundo passo, o modelo preliminar foi testado e as características do bom cuidado foram avaliadas por 132 pacientes cirúrgicos hospitalizados, por meio de entrevista, especificamente quanto a: satisfação com o cuidado recebido; características de um bom enfermeiro; ações de bom cuidado; natureza das ações do bom cuidado cirúrgico; e condições necessárias e objetivos do bom cuidado cirúrgico. O instrumento foi reformulado a partir desses resultados (LEINO-KILPI; VOURENHEIMO, 1994).

Concluindo a segunda etapa, o modelo teórico resultante que substantia o quadro de avaliação do cuidado da enfermagem perioperatória e, ultimamente, o *GPNC*S, consiste dos

seguintes conceitos: o ator, a atividade, a natureza da atividade, os objetivos e as condições. No quadro de avaliação eles foram operacionalizados para: características do enfermeiro, atividades humanas e de tarefa, objetivos e condições (LEINO-KILPI; VOURENHEIMO, 1994). Os elementos da humanidade e a comunicação no cuidado, bem como a natureza e a forma de realizar as ações, tanto técnicas quanto de relações empáticas com o paciente, aparecem como essenciais componentes do modelo teórico de base no *GNCS*.

Na terceira e última etapa do projeto, desenvolveu-se um instrumento intitulado *Good Nursing Care Scale*, do tipo questionário, cujo foco era a avaliação do cuidado de enfermagem realizado pela enfermeira. Esse instrumento inicial era composto de seis categorias agrupadas (características de pessoal, atividades de enfermagem, pré-requisitos, progresso do processo de enfermagem, meio ambiente e estratégias de empoderamento) e 32 subcategorias, com mensuração a partir da escala Likert de 1 a 6. A pesquisadora responsável por esse processo de desenvolvimento foi Helena Leino-Kilpi (LEINONEN *et al*, 2003; REHNSTROM *et al*, 2003).

Leinonen *et al* (2001, 2003) adaptou o foco do instrumento *Good Nursing Care*, para a avaliação do cuidado ao paciente no perioperatório, criando itens como pontos relativos à manutenção da temperatura corporal dos pacientes durante o procedimento. Nesse processo, 27 itens foram excluídos por serem considerados irrelevantes para o contexto ou difíceis de serem respondidos pelo paciente. Isso resultou no instrumento intitulado *Good Perioperative Nursing Care Scale (GNCS)*.

Nesta pesquisa, utilizou-se o instrumento original, o *Good Perioperative Nursing Care Scale – GNCS* (©Leinonen; Leino-Kilpi), na versão em inglês (ANEXO A). O instrumento é dividido em três partes: a primeira contém 11 perguntas objetivas direcionadas a caracterizar o paciente e o procedimento cirúrgico realizado. Além de solicitar informações sociodemográficas e incluir questões sobre: horário de chegada ao centro cirúrgico; tipo de cirurgia; tipo de anestesia; idade; grau de escolaridade; estado civil; estadia no centro cirúrgico; visita pré-operatória; sensações pré-cirúrgica; e sensações transcirúrgicas. Na segunda parte do instrumento, as pesquisadoras buscam a opinião do paciente sobre a assistência recebida dentro do centro cirúrgico. Esse momento é composto por 34 afirmações que abordam elementos do cuidado (LEINONEN *et al*, 2003).

Nesta parte do *GNCS*, o paciente é solicitado a indicar, para cada item, até que ponto concorda ou discorda com a afirmação, registrando a sua resposta em uma escala Likert composta de escores que variam de 0 a 5. O escore 5 indica que concorda totalmente com a afirmação, o 4 que concorda, o 3 que nem concorda nem discorda, o 2 que discorda e o 1 que totalmente discorda. O zero “0” indica que não pode opinar sobre a afirmação.

A terceira parte, intitulada conclusão, contém espaço aberto para o paciente descrever os melhores e os piores pontos no que concerne à estadia no centro cirúrgico. Por último, solicitam-se outras observações, opiniões ou sugestões sobre o cuidado perioperatório, que fornecerão informações que não estão pré-determinadas no instrumento e que contribuirão para melhoria do cuidado oferecido. É importante destacar que o instrumento em questão passou pelo processo de construção e validação psicométrica, com a aplicação em mais de 800 pacientes, em 05 hospitais da Finlândia, e o principal teste estatístico utilizado foi Crobach. Frisa-se que o instrumento foi desenvolvido em finlandês e depois traduzido, pelas autoras, para o inglês com o objetivo de melhor divulgação em nível mundial (LEINONEN *et al*, 2003).

Diante de cada contexto cultural, pesquisadores de diversos países realizaram estudos objetivando traduzir, adaptar e validar o *GPNCs* para a sua realidade. Na Suécia, o instrumento foi traduzido, adaptado e validado por Rehnstrom *et al* (2003), aplicando-o em dois hospitais com pacientes submetidos a diversos tipos de cirurgia. Na Turquia, foi verificada a validade e confiabilidade do *GPNCs* no contexto Turco, aplicado em 11 hospitais, também em pacientes cirúrgicos, no ano de 2005 (DONMEZ *et al*, 2011).

Istomina *et al* (2012), com o objetivo de avaliar o empoderamento dos enfermeiros da clínica cirúrgica, traduziram, adaptaram e validaram o *GPNCs* para Lituano, os quais aplicaram o instrumento em 11 unidades cirúrgicas abdominais, de sete hospitais na Lituânia. Ressalta-se que o instrumento original foi alterado nesse processo, com acréscimo de itens correspondentes ao processo de enfermagem. Na Dinamarca, o instrumento foi traduzido, adaptado e avaliado, no ano de 2016, por Hertel-Joergensen, Abrahamsen e Jensen (2018), que aplicaram o instrumento no departamento de cirurgia ortopédica de um hospital público da Dinamarca. Essa versão permaneceu idêntica à versão original.

De acordo com Rehnstrom *et al* (2003), que traduziram e adaptaram o instrumento para a realidade Sueca, evidenciaram que, tradicionalmente, a qualidade do atendimento era avaliada do ponto de vista do profissional, apenas. Entretanto, mediante o cuidado centrado na pessoa, a visão do cliente passou a ser foco de observação nas avaliações, caracterizando a importância da conexão entre a perspectiva do profissional e do cliente.

Dessa forma, o intuito de medir e avaliar a percepção do paciente é a obtenção de informações, sobre experiências e valores dos pacientes, sobre o que eles consideram bons cuidados de enfermagem, para identificar áreas potenciais conturbadas e seguir na melhoria da qualidade da assistência. A experiência clínica, valorização dos sinais e sintomas, escuta ativa e respeito pelos aspectos culturais do cliente são considerados indicadores fundamentais nessa avaliação (REHNSTROM *et al*, 2003).

Hertel-Joergensen, Abrahamsen e Jensen (2018) traduziram e adaptaram o instrumento para a realidade dinamarquesa, em pacientes que passaram por procedimentos cirúrgicos ortopédicos. Assim, salientam que os pacientes tendem a avaliar a qualidade dos cuidados de saúde de acordo com a capacidade de resposta às suas necessidades específicas e, os profissionais de saúde, tendem a definir em termos dos atributos e resultados do cuidado.

As perspectivas de cada parte são valiosas e ambas devem ser consideradas ao avaliar os cuidados de enfermagem. Desse modo, a qualidade deve incorporar a perspectiva do paciente, mas, também, deve-se embasar no processo de cuidado representado pelas habilidades técnicas, coordenação, continuidade dos cuidados, comunicação, presença física, manutenção da privacidade, controle emocional e apoio (HERTEL-JOERGENSEN; ABRAHAMSEN; JENSEN, 2018).

3.2 Referencial Teórico

A seguir, apresenta-se o quadro referencial que norteia o estudo e compreende os aportes teóricos do cuidado de enfermagem no perioperatório centrado na pessoa, à luz de Jean Watson, por entender que o pensamento desta teórica coaduna com a perspectiva de cuidado deste estudo.

3.2.1 O cuidado centrado na pessoa à luz de Jean Watson

Com o intuito de favorecer o avanço da enfermagem enquanto ciência, sentiu-se a necessidade de articulação com uma teoria de enfermagem para subsidiar o conceito de *Good Nursing Care* na construção do instrumento. Assim, neste estudo, utilizou-se a teoria do cuidado de Watson (2009) para subsidiar o entendimento filosófico e teórico do cuidado de enfermagem, desejado no contexto perioperatório.

Nessa perspectiva, acredita-se que o enfermeiro deverá estar aberto para as transformações no contexto em que está inserido, como também nas mudanças enquanto indivíduo que vivencia o ato de cuidar, por meio de uma experiência única e ontológica de si e do outro, sendo necessário uso de uma teoria no seu processo de cuidar. Desse modo, relacionar os valores inseridos nos aportes teóricos do cuidar na enfermagem, com a proposta tecnológica que o instrumento oferece, auxilia a sua integração no campo prático (AMORIM *et al*, 2014).

O cuidar é considerado inato, como parte da condição humana. Há relatos por toda a história que evidenciam o cuidar no decorrer do transcurso da humanidade. Na concepção

profissional, é reconhecido como a essência da enfermagem, pois é claramente perceptível na prática, no ensino, nos aspectos éticos, nas teorias e nas filosofias. A enfermagem tem, em seus princípios, a consciência ética de que a vida de outras pessoas está sob sua responsabilidade e que é fundamental realçar e firmar os sentimentos de confiança, amor, carinho, honestidade, perdão e gratidão, entre outros. Os sentimentos afetam positiva ou negativamente o campo transpessoal energético do Ser, ou seja, a nossa consciência afeta a própria capacidade de se conectar com o campo cósmico universal infinito do amor (WATSON, 2009).

Dentro desse contexto, Jean Watson desenvolveu, na década de 1970, a Teoria do Cuidado Transpessoal, a partir dos resultados de estudos no seu doutoramento. Essa teoria desvia o foco da Enfermagem tecnicista que utiliza, em seu dia a dia, inúmeras tecnologias modernas para o cuidado com ênfase altruísta, social e espiritual. Propõe intervenção consciente nos cuidados, por parte do paciente/usuário e da equipe de enfermagem, favorecendo a cura e a integridade (AMORIM *et al*, 2014).

A teórica nasceu nos Estados Unidos da América, na West Virginia, e frequentou a *Gale School of Nursing* em Roanoke, estado da Virgínia. Formou-se em bacharel em Enfermagem, fez mestrado em ciência em Enfermagem psiquiátrica e doutorado em psicologia educacional e aconselhamento, na Universidade do Colorado. Dessa forma, mediante olhar diversificado possibilitado pelo processo de formação, Watson percebeu que o conceito de cuidado estava baseado nos pressupostos fenomenológicos existenciais, que observa o ser humano além do corpo físico. Com atenção para os mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida e morte, cuidado da sua própria alma e do ser que está sendo cuidado (RABELO, 2014; MCEWEN; WILLS, 2016).

Para Watson, a ciência convencional, as práticas de enfermagem modernas e o conhecimento técnico-científico são importantes para o cuidado do paciente, entretanto, acredita que a sua teoria pode ser articulada de forma complementar, através da prioridade na preservação da saúde e do uso de meios para proteger, melhorar e preservar a dignidade, humanidade, integridade e harmonia interior de uma pessoa (WATSON, 2009; SILVA *et al*, 2010).

O ser humano é visto como ser holístico e interativo, composto por um campo de energia, e a explicação da saúde e doença se dá decorrente de manifestações do padrão humano. Assim, a Teoria do Cuidado Transpessoal complementa e amplia o aspecto social e espiritual, não se encerra apenas no paciente, mas também leva a um autoconhecimento do próprio profissional de enfermagem, ajudando tanto o paciente como o enfermeiro (MCEWEN; WILLS, 2016).

Essa interação entre o enfermeiro-paciente fortalece uma relação de confiança e empatia, na qual cada um desempenha funções específicas no processo. O enfermeiro fornece o apoio e proteção e tomada de decisão embasada no conhecimento científico. Já o paciente, vivencia experiências positivas responsáveis por mudanças, as quais podem levar à satisfação das necessidades humanas e ao processo de ser saudável. Além disso, a teoria subsidia o planejamento de cuidados integrais, associados ao desenvolvimento do processo de Enfermagem, para a execução de intervenções para o paciente em qualquer ambiente de saúde (MCEWEN; WILLS, 2016).

O cuidado transpessoal tem o foco na unidade mente e espírito, buscando compreender o ser humano na perspectiva da proteção, valorização e preservação da dignidade. A transformação dos indivíduos se dá através das possibilidades de ação de cada ser e a partir da sua própria consciência (WATSON, 2009).

Com o passar dos anos, a percepção crescente da dimensão ética e humana do cuidado em enfermagem, subsidiou-se no aprofundamento das relações humanas entre aqueles que cuidam e os que são cuidados. Surgindo, assim, os dez fatores de cuidados denominados, por Watson, de *Processo Clinical Caritas* que significa um cuidado centrado no coração, exercido com cabeça e espírito, abrindo-se experiências transpessoais e expandindo-se ideias e valores mediante evolução transpessoal (WATSON, 2009; AMORIM *et al*, 2014).

De acordo com a teórica, os dez passos são: 1 – Praticar o amor-gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência de cuidado; 2 – Ser autenticamente presente, fortalecer e sustentar o profundo sistema de crenças, mundo de vida subjetivo do ser cuidado; 3 – Cultivar práticas próprias espirituais e do eu transpessoal, ultrapassando o próprio ego; 4 – Desenvolver e manter a relação de ajuda-confiança no cuidado autêntico; 5 – Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos, como conexão profunda com seu próprio espírito e a da pessoa cuidada; 6 – Usar-se criativamente de todas as maneiras de conhecer, como parte do processo de cuidar, engajando-se em práticas artísticas de cuidado-reconstituição; 7 – Engajar-se em experiências genuínas de ensino-aprendizagem, que atenda à unidade do ser e dos significados, tentando manter-se no referencial do outro; 8 – Criar um ambiente de reconstituição (*healing*) em todos os níveis, sutil de energia e consciência, na totalidade da beleza, conforto e dignidade; 9 – Ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando o que é essencial ao cuidado humano, o que potencializará o alinhamento do corpo-mente-espírito, a totalidade, a unidade do ser, em todos os aspectos do cuidado; 10 – Dar abertura e atenção aos ministérios espirituais e dimensões

existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado (WATSON, 2009; AMORIM *et al*, 2014).

Os pressupostos teóricos, associados aos fatores de cuidado, possibilitaram uma abertura e ampliação da visão do enfermeiro em direção à integralidade do cuidar, considerando as experiências dos indivíduos envolvidos no processo. Entre as vertentes, destacam-se o autoconhecimento, a promoção de ensino-aprendizagem mútua, a expressão de sentimentos e a manutenção de um ambiente de cuidado terapêutico dos pontos de vista físico, espiritual, emocional e sociocultural, tudo baseado nos conhecimentos técnico-científicos (AMORIM *et al*, 2014).

Baseado nesses pensamentos, Watson aborda os metaparadigmas da enfermagem, em que o Ser Humano deve ser valorizado para poder ser cuidado, compreendido e ajudado. Esse é visto como o ser maior, integral, composto por componentes adoecidos e sadios, que poderá ser conhecido pelo enfermeiro a partir de uma relação de empatia e confiança. De acordo com a teórica, estar com saúde significa harmonia entre mente, corpo e alma, além disso, deve existir conformidade entre o ser percebido e o ser apresentado. Desse modo, a doença ocorre quando não existe harmonia entre as forças internas e a sua essência humana (WATSON, 2009; RABELO, 2014).

Para a teórica, a Enfermagem é a ciência do cuidado de pessoas que experienciam o processo de saúde e doença a partir do cuidado profissional, pessoal, científico, estético e ético. Considerado como uma transação de um ser humano com outro, que ocorre quando o enfermeiro entra no campo fenomenológico do outro que será cuidado, para dar respostas às necessidades que estão sendo prestados os cuidados, começa então o modelo de *Human Care*. Nesse sentido, o cuidado de enfermagem articulará os conhecimentos e habilidades técnicas científicas com os aspectos espirituais e emocionais (WATSON, 2009; RABELO, 2014).

Imergindo no contexto do paciente, de procedimento cirúrgico eletivo, é relevante destacar que há envolvimento de inúmeros sentimentos decorrentes do enfrentamento do procedimento considerado, desconhecido para a maioria deles, e a consequência que resultará em seu corpo. Pois, por não fazer parte do cotidiano e, na maioria das vezes, não possuir competência técnica na área da saúde, o paciente tem que se entregar à equipe de saúde e, para isso, faz-se fundamental uma relação de empatia e confiança com a equipe de saúde e de enfermagem. Os aspectos técnicos e emocionais devem ser vistos de forma associada e interligada com o objetivo de entrelaçar o conhecimento técnico-científico, com a participação do paciente para que o tratamento consiga o melhor desenvolvimento (RABELO, 2014).

A equipe de Enfermagem que atua no periopetatório permanece 24 horas ao lado dos pacientes, oferta um cuidado intencional que contribui para aliviar os sentimentos de angústia, medo, estresse e perdas, tanto dos pacientes como dos seus familiares. E quando desenvolvem um cuidado transpessoal, construirá uma relação de confiança que a possibilite estar verdadeiramente presente, melhorando a qualidade de vida do ser cuidado.

Coerente a isso, o cuidado deve ser integral, sensível e coparticipativo entre a enfermeira, a pessoa e a família. Nesse sentido, essa teoria permite a compreensão do ser humano, objetivando a sua proteção, valorização e preservação da dignidade a partir da sua visão do processo de cuidado transparecendo autenticidade, coerência, subjetividade a partir das suas necessidades e autocuidado (SAVIETO; LEÃO, 2016).

Para Savieto e Leão (2016), a enfermagem, objetivando a transpessoalidade, utiliza-se da comunicação e empatia para manter a harmonia e confiança. A partir da atenção dada ao paciente, estimulando sua autonomia para a tomada de decisões, a transpessoalidade possibilita a compreensão dos fatores cognitivos, físicos e emocionais de cada um. E, conseqüentemente, o reconhecimento prévio das experiências e necessidades proporciona postura profissional mais vigilante, efetiva e eficaz.

Além disso, Watson também propõe a união do domínio das tecnologias, conhecimento científico e os processos de cuidado com ênfase nos aspectos altruístas, sociais e espirituais do paciente, da família e da comunidade. Ressalta-se que, nessa perspectiva teórica, o cuidado é visto como a essência e a ciência humana, própria da enfermagem, que contribui para alcançar o máximo de harmonia dentro de si no indivíduo, através da promoção do autoconhecimento, e, por consequência, a cura (WATSON, 2009).

Destarte, a intervenção consciente nos cuidados potencializa a restauração da saúde em sua integralidade. O momento de cuidar pode libertar o poder interior e ajudar o paciente a ganhar um sentido de harmonia interna, contribuindo com a autorrecuperação. O cuidado transcende a ideia de realização de uma tarefa, pois envolve a compreensão exata dos aspectos da saúde e a relação entre quem cuida e quem é cuidado (WATSON, 2009).

3.3 Referencial Metodológico

A seguir, será explicada a metodologia de tradução e adaptação transcultural do instrumento. Segundo os pressupostos e procedimentos de Beaton *et al* (2007) é descrito o referencial metodológico do estudo. Discutem-se os pressupostos que orientam o processo de tradução e de adaptação transcultural do instrumento. Além disso, abordam-se os aportes

metodológicos de Pasquali (1998, 2010), como suporte ao conceito de validação de conteúdo, e os critérios de Fehring (1994) para recrutamento de sujeitos.

3.3.1 Tradução e adaptação transcultural de instrumentos

Na área da saúde houve, nos últimos anos, um aumento da utilização de instrumentos para avaliação dos fenômenos. Grande parte deles são produzidos e traduzidos para outros idiomas através da tradução e adaptação cultural e linguística com verificação da confiabilidade, praticabilidade, sensibilidade, responsividade e validade (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017).

Nesse sentido, a tradução e adaptação dos instrumentos requerem o uso de um método único para alcançar equivalência entre as versões de origem e de destino. Isso possibilitaria a utilização dos instrumentos em diferentes países, sendo necessária a execução de todas as etapas: de tradução, adaptação e validação (LÉLIS, 2015).

O termo “adaptação cultural” é usado para abranger um processo que olha para dois idiomas e prepara o instrumento para o uso em um outro contexto. Assim, esse processo se esforça para produzir equivalência baseada em conteúdo, sugerindo que outras propriedades estatísticas, como consistência interna, validade e confiabilidade, possam ser mantidas após o processo de tradução (BEATON *et al*, 2000, 2007).

A tradução e a adaptação transcultural possibilitam a realização de estudos elaborados e com forte evidência científica, que pode ser utilizado para comparar os diferentes contextos culturais. Assim, estudos desse tipo são considerados importantes, também, para o avanço no estímulo à realização de estudos multicêntricos e internacionais (LINO *et al*, 2017).

Existem diversas abordagens para a tradução de instrumentos entre idiomas. Contudo, não há informação sobre o melhor método a ser utilizado. Qualquer que seja o método de tradução, aponta-se que o *back-translation* deve fazer parte do processo (ACQUADRO *et al*, 2008). Da mesma forma, a literatura não mostra consenso acerca de qual método de adaptação transcultural seria melhor, a ser escolhido dentre os disponíveis na literatura. No entanto, o método de adaptação de Beaton é o mais utilizado internacionalmente (MACHADO *et al*, 2018).

Este estudo utiliza o processo de validação e adaptação transcultural proposto por Beaton *et al* (2007), visto que são considerados referência metodológica nessa área. Os autores elencaram diretrizes em uma revisão de adaptação cultural na literatura médica, sociológica e psicológica. Desenvolveram a descrição de um processo de adaptação minuciosa com o

objetivo de maximizar o alcance de equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual entre o instrumento de origem e o de destino.

Nesse ínterim, para desenvolver a adaptação transcultural, é necessário seguir etapas que foram verificadas e embasadas em evidências científicas, a saber: 1 – Tradução; 2 – Síntese; 3 – *Back-translation*; 4 – Avaliação pelo comitê de avaliadores; 5 – Pré-teste; e 6 – Envio da documentação aos criadores do instrumento ou comitê coordenador de avaliação do processo de adaptação. A primeira etapa, a **Tradução**, é o primeiro estágio do processo realizado por dois tradutores independentes, bilíngues, com língua materna igual ao idioma-alvo e com perfis diferentes. O Tradutor 1 conhece os conceitos do fenômeno estudado, faz a equivalência a partir da perspectiva clínica e produz uma tradução com correspondência mais confiável, do ponto de vista da medição. Já o Tradutor 2 não é informado sobre os conceitos, objetivos e o fenômeno da pesquisa, não deve ter experiência na área, sendo considerado como tradutor ingênuo, que traduz o instrumento mediante uma linguagem mais cotidiana e popular. Essa escolha, por dois tradutores com perfis diferentes, tem o escopo de garantir a melhor tradução possível dentro do contexto do idioma de destino. Após a tradução, é feito um relatório, por cada tradutor, para ser discutido, posteriormente, na etapa síntese (BEATON *et al*, 2007; NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017).

Na segunda etapa, a **Síntese das Traduções**, há o encontro dos dois tradutores com uma terceira pessoa, imparcial no processo, para sintetizar os relatórios. A partir do instrumento original, as versões do Tradutor 1 e Tradutor 2 são discutidas, com mediação da terceira pessoa, para sanar qualquer divergência e entrar em um consenso para construir uma única versão. É gerado um relatório escrito, cujo documento cuidadosamente o processo de síntese, expressando a discussão de cada item do instrumento, as principais divergências e a resolução por consenso (BEATON *et al*, 2000).

Na terceira etapa, conhecida como **Voltar a Tradução, Retradução** ou ***Back-Translation***, o instrumento é traduzido para versão original de maneira cega. É um processo de verificação de validade, para se certificar que a versão traduzida está refletindo o mesmo conteúdo da versão original. Essa etapa verifica a validade e identifica incoerências conceituais da tradução ou inconsistências grosseiras. E a equipe, para desenvolver esta etapa, é composta por dois tradutores bilíngues, com língua materna igual ao idioma de origem do instrumento e, se possível, com formação diferente da área da saúde. Isso se justifica para evitar a polarização de informação e para perceber significados inesperados dos itens do instrumento traduzido, aumentando, assim, a probabilidade de identificar as imperfeições (BEATON *et al*, 2000, 2007).

A quarta etapa, **Validação de Conteúdo pelo Comitê de Avaliadores**, é considerada momento crucial para alcançar a equivalência transcultural. A função do Comitê é consolidar todas as versões do instrumento e desenvolver o que seria considerado a versão pré-final para testes de campo. O comitê, portanto, analisa todas as traduções e chega a um consenso sobre as discrepâncias. O material à disposição do comitê incluiu o questionário original, a versão síntese (desenvolvida a partir da síntese da tradução) e o instrumento para validação de conteúdo (BEATON *et al*, 2000, 2007).

O Comitê alcança as equivalências em quatro áreas: Semântica – verifica se as palavras possuem o mesmo significado; Idiomática – percebe os coloquialismos ou expressões idiomáticas que são difíceis de traduzir; Experimental – busca capturar a experiência da vida diária; e Conceitual – momento que avalia o significado conceitual das palavras e as substituirá de acordo com as diferenças culturais. É pertinente que, para cada item avaliado, haja 80% de concordância entre os avaliadores. É preconizado pela literatura que o número de avaliadores seja entre cinco e 20, entretanto, nesta tese, adotou-se o quantitativo de nove, mediante orientação, na qual o comitê pode ser composto por pelo menos três indivíduos em cada grupo de profissionais selecionados para participar (PASQUALI, 1998, 2010; BEATON *et al*, 2000, 2007).

Na quinta etapa, conhecida como **Pré-Teste** ou **Teste da Versão Pré-Final**, momento em que há aplicação em campo da versão pré-final. Recomenda-se que sejam coletadas entre 30 e 40 pessoas. Cada sujeito abordado completa o questionário e, depois, é entrevistado para sondar o que ele pensa sobre o significado de cada item do questionário e sua resposta. Tanto os significados dos itens quanto das respostas são explorados, assegurando que a versão adaptada possua a sua equivalência quando aplicada. A distribuição das respostas é examinada para procurar itens que não obtiveram respostas ou que não foram compreendidos de maneira adequada. Diante disso, ocorrem as modificações necessárias e a construção da versão final do instrumento. Neste estudo, essa etapa foi denominada de Teste da versão adaptada para o português do instrumento (BEATON *et al*, 2000, 2007).

Por fim, a sexta etapa é denominada de **Envio da Documentação aos Criadores do Instrumento ou ao Comitê Coordenador de Avaliação do Processo de Adaptação**. É a etapa final do processo de tradução e adaptação, na qual é enviada a versão final para os pesquisadores que construíram o instrumento original ou ao comitê coordenador para acompanhar a versão traduzida. A finalidade é verificar se as etapas solicitadas pelo referencial foram cumpridas, como um tipo de auditoria de todas as etapas metodológicas. Entretanto, ressalta-se que não compete a eles modificar a versão final e sim garantir o alcance do objetivo proposto.

4 MÉTODO

O estudo é do tipo metodológico. Segundo Polit e Beck (2011), esse tipo de pesquisa investiga o método de obtenção e organização de dados e os processos conduzidos em pesquisas complexas, que tem por finalidade o desenvolvimento, validação e avaliação de instrumentos de pesquisa. Assim sendo, entende-se que as pesquisas que utilizam o método de tradução e adaptação transcultural de instrumentos se caracterizam como estudos metodológicos, porque, por meio de sua abordagem e procedimentos complexos, essas avaliam instrumentos considerados confiáveis e aplicáveis em outro contexto, para uso em um segundo contexto cultural.

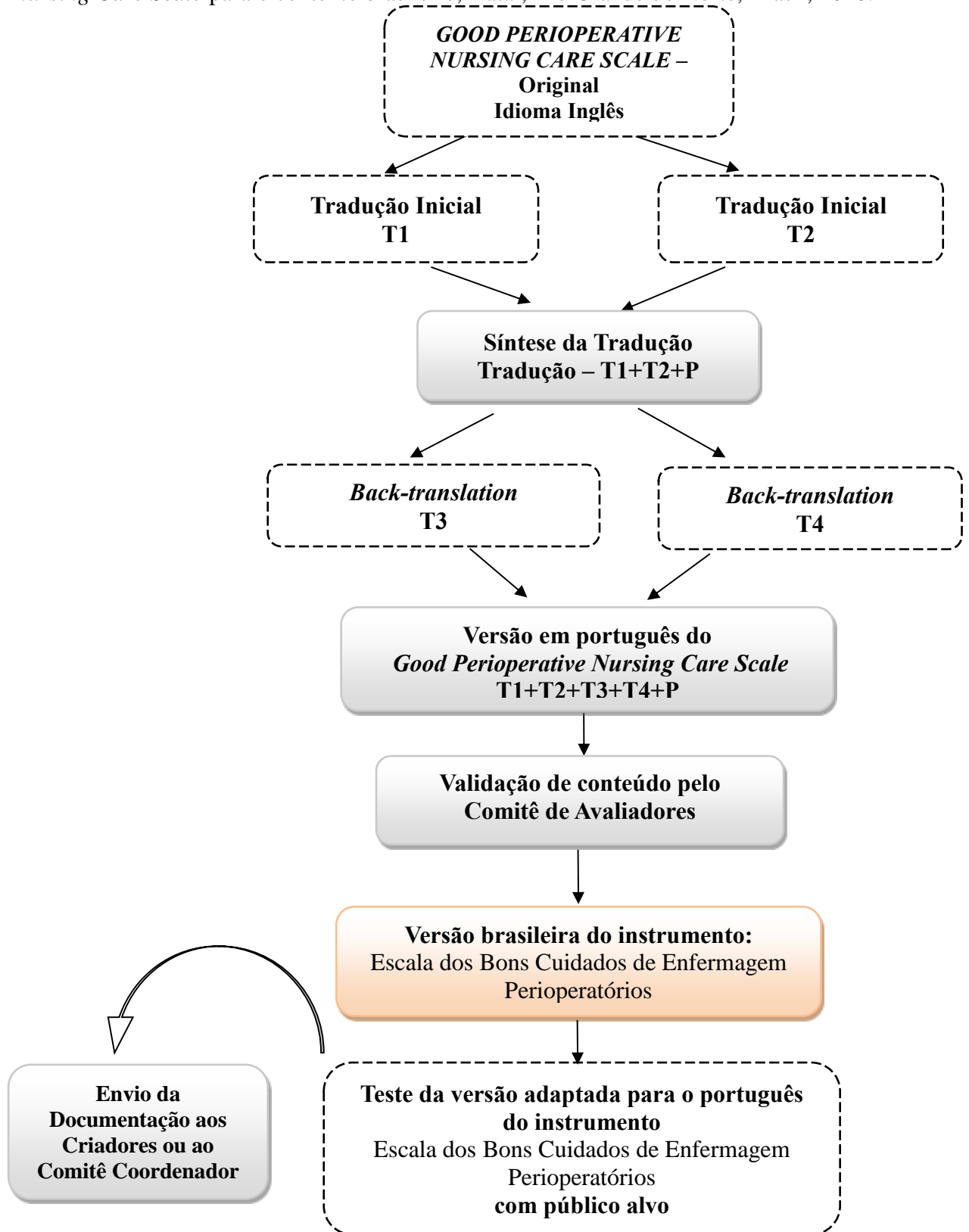
4.1 Delineamento do Estudo

A tradução e adaptação transcultural, como delineamento de pesquisa, envolve a tradução criteriosa de um instrumento original e sua adequação para o contexto cultural no qual será aplicado. Trata-se de um método que envolve a tradução e a avaliação cuidadosa da equivalência da versão original com a versão desenvolvida. Entretanto, é fundamental que, além da tradução, seja realizada a adaptação linguística e cultural do instrumento para o contexto no qual será aplicado (BEATON *et al*, 2007).

Neste estudo, utilizou-se o método de Beaton *et al* (2000, 2007) para efetuar a tradução e adaptação do *GPNC*S para o contexto brasileiro. Foram implementados os dois componentes do método, a tradução do material do idioma original e a sua adaptação para a língua-alvo. Dessa forma, as etapas do processo de tradução e adaptação transcultural realizadas foram: 1 – Tradução inicial; 2 – Síntese da tradução; 3 – Retrotradução ou tradução para a volta ao idioma original (*back-translation*); 4 – Avaliação por um comitê de avaliadores; e 5 – Pré-teste. Para esta pesquisa, considerou-se que o teste seria a aplicação do instrumento com o público alvo. Além disso, é imprescindível ajustar as palavras ao contexto cultural, modificando algum item para manter um conceito (OLIVEIRA *et al*, 2018).

A Figura 1 apresenta as etapas de tradução e avaliação transcultural realizadas de acordo com as recomendações de Beaton *et al* (2000, 2007).

Figura 1 – Etapas do processo de tradução e adaptação transcultural do *Good Perioperative Nursing Care Scale* para o contexto brasileiro, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2020.



FONTE: A autora (2020).

Legenda: T1 – Tradutor 1; T2 – Tradutor 2; T3 – Tradutor 3; T4 – Tradutor 4; P – Pesquisadoras.

4.2 Processo de Tradução e Adaptação Transcultural

Ressalta-se que o desenvolvimento das etapas de tradução e adaptação, delineadas na Figura 1, foram realizadas conforme as recomendações do método, na perspectiva de ser fiel ao referencial proposto (BEATON *et al*, 2000, 2007).

4.2.1 Etapa 1 – Tradução

Esta etapa teve o objetivo de obter uma versão consensual com a preservação do significado de cada item do instrumento do idioma inglês para a o português brasileiro. Inicialmente, foi solicitada autorização das autoras da versão original da *Good Perioperative Nursing Care Scale* (ANEXO A), por meio de mensagem eletrônica para a pesquisadora Tuija Leinonen e para sua orientadora Helena Leino-kilpi, que deferiram o pedido. Na mensagem de autorização foi disponibilizado, também, o instrumento em inglês para o prosseguimento da pesquisa (ANEXO B).

Após encaminhamento, e receber o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO C), dois tradutores foram convidados a, independentemente, realizar a tradução do instrumento do idioma original (inglês) para o português. A escolha dos tradutores ocorreu através do contato prévio com a coordenação do curso de idiomas do Departamento de Línguas e Literaturas Estrangeiras Modernas da UFRN, Instituto Ágora (<http://www.cchla.ufrn.br/dllem/agora.html>). O Departamento repassou à pesquisadora a lista de professores do Instituto que se incluíam no perfil especificado de língua materna. Em seguida, avaliou-se o Currículo Lattes de cada professor e realizou-se o convite.

Os tradutores desta fase possuíam o português como língua materna, identificados como Tradutor 1 e Tradutor 2, mantendo-se assim o sigilo de suas identidades, conforme sugerido pelo método (BEATON *et al*, 2007). Os tradutores atuaram da seguinte maneira: o Tradutor 1, que tem o domínio na área da saúde, teve conhecimento do objetivo, problemática e justificativa do estudo. Esse foi instruído a examinar cada item do instrumento, de acordo com o aspecto clínico, e realizar a tradução propriamente dita.

Já o Tradutor 2 foi considerado o tradutor leigo, pois não tinha conhecimento na área da saúde. A ele foi dado apenas o instrumento para a tradução, não havendo nenhuma explicação quanto à temática do estudo. O método (BEATON *et al*, 2000, 2007) especifica que essa apresentação limitada, com esse tradutor, é feita com o objetivo de identificar, por meio do

enfoque na linguagem popular e os significados ambíguos do instrumento, diferentes significados que não foram percebidos pelo Tradutor 1.

Assim, os dois tradutores produziram um relatório cada, com comentários a respeito das dificuldades, dúvidas, inclusão de termos acompanhados de justificativas e possíveis discrepâncias entre a versão original e a traduzida.

4.2.2 Etapa 2 – Síntese das Traduções

Após realizarem as traduções, os dois tradutores se reuniram, em uma sala do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, para sintetizar o resultado do processo e alcançar um consenso da versão do instrumento em português. Esse momento é conhecido como Síntese das Traduções (BEATON *et al*, 2000, 2007).

A reunião teve duração de duas horas e meia e teve a mediação da pesquisadora que tem conhecimento do idioma inglês. A participação da pesquisadora teve o objetivo de auxiliar no desenvolvimento da síntese, através da minimização de possibilidades de erros típicos da tradução, omissão ou acréscimos de palavras e fazer consulta à literatura científica.

Nesta etapa, identificaram-se diferentes significados conhecidos na linguagem comum e apontados pelo Tradutor 2, que mostraram alguma ambiguidade, e não percebidos pelo Tradutor 1. As diferenças foram resolvidas após discussão e consenso, resultando na construção da versão síntese do instrumento.

O resultado da síntese foi a versão preliminar, em português, do *GPNC*S (APÊNDICE A), que constituiu o relatório desta etapa.

4.2.3 Etapa 3 – Retrotradução ou Back-translation

Esta etapa, que também é conhecida como tradução reversa, retrotradução ou tradução de volta ao idioma original, trouxe de volta a tradução, a partir da versão traduzida para o português, para o idioma de origem (inglês). A retrotradução é uma forma de verificar a validade da tradução, destacando inconsistências e erros na tradução (BEATON *et al*, 2007).

A retrotradução, da versão preliminar em português, do *GPNC*S foi realizada de forma independente por dois tradutores que também fazem parte do Departamento de Línguas e Literaturas Estrangeiras Modernas da UFRN, Instituto Ágora (<http://www.cchla.ufrn.br/dllem/agora.html>). Eles foram identificados como Tradutor 3 (T3) e

Tradutor 4 (T4). São professores bilíngues, mas, diferentes dos Tradutores 1 e 2 da etapa 1, os tradutores T3 e T4 tem domínio na língua do instrumento original (Inglês).

O Tradutor 3 é nascido na cidade de Melbourne na Austrália, mora no Brasil há 20 anos e trabalha como coordenador pedagógico de um curso de idiomas. O Tradutor 4, nascido na cidade de Nova Iorque, mora no Brasil há 12 anos e atua como professor de inglês em curso de idioma há 10 anos.

Conforme recomendado, os tradutores T3 e T4 realizaram a tradução para o inglês, às cegas, sem conhecimento da versão original do instrumento. Assim, cada tradutor gerou um relatório com as traduções. Após isso, marcou-se uma reunião entre eles e a pesquisadora, para discutir as possíveis discrepâncias e realizar a síntese da retrotradução. A reunião teve duração de uma hora e ocorreu em uma sala do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Esta etapa gerou um relatório síntese da retrotradução que constatou a equivalência semântica com a versão original.

4.2.4 Etapa 4 – Validação de Conteúdo pelo Comitê de Avaliadores

A etapa quatro é considerada primordial para o processo de adaptação transcultural de um instrumento, pois é nesta fase que a validação de seu conteúdo é realizada por um comitê de avaliadores escolhidos para esse fim. Esta fase é também conhecida como análise de constructo, uma vez que verifica a conformidade da representação comportamental do atributo latente (BEATON *et al*, 2007).

O comitê de avaliadores

A formação do comitê de avaliadores foi realizada pela consulta à Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Buscaram-se pesquisadores registrados no sistema cujos currículos atendessem os critérios estabelecidos para serem selecionados como avaliadores. Utilizaram-se os critérios de Fehring estabelecidos. Esse recrutamento gerou uma lista de possíveis avaliadores, sendo observada conforme adaptação dos critérios de seleção de Fehring (1994), listados no Quadro 1.

Ressalta-se que houve a necessidade de adaptação do referencial de Fehring (1994) devido ao fato de que a temática da tese exige uma compreensão prática da tradução e adaptação transcultural.

Quadro 1 – Critérios de seleção dos avaliadores do estudo, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2020.

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
Especialização na área de Enfermagem Cirúrgica	01 ponto
Experiência profissional na área do estudo de no mínimo 05 anos	02 pontos
Doutorado em Enfermagem	0,5 ponto
Mestrado com tese na área de Enfermagem Perioperatória	01 ponto
Participação em grupos/projetos de pesquisa em cuidados Enfermagem Perioperatória	0,5 ponto
Ter pelo menos dois trabalhos publicados em periódicos com a temática nos últimos 03 anos	01 ponto
Ter desenvolvido tese ou dissertação na temática do estudo	02 pontos

FONTE: A autora (2020).

Desse modo, foram selecionados os profissionais que obtiveram pontuação igual ou superior a cinco pontos. Vale salientar que esses avaliadores eram de todas as regiões do Brasil, entretanto, como não retornaram o contato dentro do prazo estabelecido, foi utilizada, então, a técnica metodológica *Snowball Sampling* ou Bola de Neve. Essa se caracteriza por utilizar uma amostra não probabilística, em que os avaliadores iniciais do estudo indicam novos avaliadores e, assim, sucessivamente.

Segundo Pasquali (2004), o número de avaliadores, ideal para composição de um comitê de avaliação, é entre 05 e 20 avaliadores. Dessa forma, optou-se, nesta pesquisa, pelo quantitativo de nove. De acordo com evidências científicas, a escolha por um número ímpar ocorre para evitar empate em situações de divergências. Além disso, adotou-se esse quantitativo, pois o comitê pode ser composto por, pelo menos, três indivíduos em cada grupo de profissionais selecionados para participar.

Para compor o comitê, esta pesquisa considerou enfermeiros, doutores, com experiência e publicações na área hospitalar. Outrossim, seguindo as orientações de Beaton *et al* (2007) para participação de profissionais de outras áreas, nesta etapa participaram, também, linguistas e pedagogos.

O contato com os participantes do Comitê de Avaliadores foi realizado por telefone e correio eletrônico (e-mail) dia 09 de junho de 2019. Após aceite, foram enviados os seguintes documentos: Termo de Consentimento Livre Esclarecido do Comitê de Avaliadores (APÊNDICE B); fluxograma de tradução e adaptação transcultural (APÊNDICE G); instrumento de identificação e caracterização dos avaliadores (APÊNDICE E); instrumento para avaliação semântica, idiomática, experiencial e conceitual do instrumento a ser adaptado (APÊNDICE F); a versão do instrumento em inglês (ANEXO B) e a Versão Traduzida do

instrumento em inglês (APÊNDICE A). Foram enviados alertas, do prazo para retorno, aos avaliadores a cada oito dias de não resposta, como lembrete para evitar atrasos nessa etapa.

A validação de conteúdo

Assim, a avaliação do instrumento pelo comitê de avaliadores foi realizada através da análise teórica. Os avaliadores foram instruídos a analisar a compreensão dos itens do instrumento por meio da conjectura semântica e a relevância dos itens para o atributo que pretendia medir. Dessa forma, os avaliadores verificavam se os itens do instrumento traduzido para o português mantinham o significado dos termos originais e inglês.

O comitê deveria decidir se os itens da versão original e da versão traduzida contemplavam equivalência em quatro áreas: Equivalência semântica – preservação do significado e a formulação dos termos originais; Equivalência idiomática – substituição de expressões e coloquialismos por termos da cultura alvo; Equivalência experiencial – alteração de expressões e atitudes, próprias da cultura do instrumento de origem, por similares relacionadas ao contexto cultural da população alvo, buscando coerência; e Equivalência conceitual – permuta de palavras com significados conceituais, diferentes da cultura alvo, por outros que mais se aproximam do real significado do original.

Considerou-se que os itens que obtiverem o mínimo de 80% de concordância entre os avaliadores seriam pertinentes em sua equivalência, de acordo com o cálculo da porcentagem de concordância entre os juízes. Essa é uma medida de concordância intraobservadores e calculada da seguinte forma: número de participantes que concordam dividido pelo número total de participantes, multiplicado pelo número 100 (PASQUALI, 2004; BEATON *et al*, 2007).

Nesta etapa, o comitê revisou as traduções e sinalizou a existência de algumas discrepâncias no processo, as quais foram resolvidas através de ajustes do instrumento, resultando na sua consolidação. Ressalta-se que o comitê de avaliadores é fundamental, visto que, por meio da avaliação, realiza-se a equivalência transcultural do instrumento para, em seguida, a versão consolidada ser utilizada com o público alvo.

4.2.5 Etapa 5 – Teste da Versão Adaptada para o Português

A fase final do processo de tradução e adaptação transcultural é a aplicação da versão adaptada com o público alvo. Esta etapa foi realizada nos meses de julho e agosto de 2019, com

o propósito de verificar a compreensão do instrumento pela população alvo e a necessidade de algum ajuste na versão adaptada. Neste estudo, um teste foi realizado. Contudo, Beaton *et al* (2007) sugerem que vários testes podem ser realizados antes da validação psicométrica do instrumento no contexto cultural onde se aplica.

4.2.5.1 Local da coleta de dados

O teste ocorreu no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) e foi escolhido por ser a unidade de referência do estado do Rio Grande do Norte para realização de cirurgias eletivas, com um fluxo de 300 cirurgias por mês. O hospital é localizado na cidade do Natal, com gestão exercida pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Foi criado em 1909 e possui 191 leitos de internação, dos quais 10 são de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 85 de consultórios ambulatoriais, sete salas de centro cirúrgico, duas salas de cirurgias ambulatoriais para dermatologia, centro de diagnóstico por imagem, dois auditórios e várias salas de aula. É considerado uma unidade suplementar da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e conta com profissionais enfermeiros, bioquímicos, assistentes sociais, farmacêuticos, médicos, entre outros, bem como profissionais de suporte.

Entre as especialidades de serviço, destacam-se as seguintes: clínica médica em neurologia, dermatologia, oftalmologia, gastroenterologia, nefrologia, angiologia, endocrinologia, reumatologia, pneumologia, otorrinolaringologia, urologia, hematologia e cardiologia, clínica cirúrgica, terapia renal substitutiva, hemodinâmica, transplante renal, unidade de terapia intensiva adulto, além de laboratório, radiologia, fisioterapia, atendimento psicológico e nutrição.

4.2.5.2 População e amostra

A amostra da etapa do pré-teste foi composta por 40 pacientes, os quais atenderam os critérios de inclusão e estiveram internados no período de realização da coleta de dados. Os participantes foram escolhidos por conveniência e obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: que forem maiores de 18 anos; que tenham passado por procedimento de cirurgia eletiva; e que se encontrassem em, no máximo, 24 horas após a realização do procedimento e que não possuíssem distúrbios cognitivos ou estivessem em uso de medicação que pudessem alterar a capacidade de raciocínio. O tempo de 24 horas foi estabelecido com o objetivo de

evitar o viés de memória. Como critério de exclusão estabeleceu-se que seria a condição de não saber ler, expressada pelo paciente.

4.2.5.3 Procedimento de coleta de dados

A coleta ocorreu nas clínicas cirúrgicas do hospital nos meses de julho e agosto de 2019, de segundas as sextas-feiras. Após abordagem inicial ao paciente, com a explicação do objetivo e justificativa da pesquisa e do TCLE (Apêndice C), após a anuência na participação foi solicitado a assinatura do TCLE, respeitando Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNC/MS) (BRASIL, 2012).

O instrumento em teste era entregue aos pacientes e a pesquisadora aguardava, do lado de fora da enfermaria, o seu preenchimento, por um período de 30 minutos. Após esse período, retornava-se à enfermaria e conversava-se com o respondente sobre dificuldades de preenchimento e sugestões. Em seguida, recolhia-se o instrumento, momento no qual se agradecia a participação.

4.2.5.4 Procedimento de análise dos dados

A etapa de análise se caracterizou pela articulação de vários passos que culminaram na conversão do instrumento e em dados para organizar e analisar estatisticamente. Para melhor entender o fenômeno de estudo, recorreu-se à análise descritiva, a fim de encontrar possíveis padrões nos dados coletados, além de facilitar o resumo do estudo. Utilizou-se o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* para a realização das análises e os dados foram dispostos em forma de tabela, onde foram contabilizadas as frequências e porcentagens das variáveis em estudo.

Para verificar a associação entre duas variáveis nominais foi aplicado o teste de Fisher. Esse teste visa verificar se o comportamento de uma variável pode ser influenciado por outra variável (CONOVER, 1971). Mais precisamente, o teste de Fisher propõe-se a verificar se as proporções das respostas de uma variável são diferentes ou iguais, em função de uma segunda variável.

As hipóteses em teste eram de que existia associação entre tipo de anestesia e lembrança do período cirúrgico; e entre a visita pré-operatória e o medo do procedimento. Dessa forma, adotou-se como hipótese nula H_0 : a variável X não influencia a variável Y e a hipótese H_1 : a variável X influencia a variável Y. Assim, questionava-se se o tipo de anestesia influenciava a

lembrança do período cirúrgico e se a visita pré-operatória estava relacionada à redução do medo da cirurgia.

Adotou-se 5% como nível de significância, uma vez que p-valor menor que 0,05 sinalizaria resultado significativo a favor da hipótese H1, em ambos os testes de associação.

O teste foi realizado com a finalidade de avaliar quão compreensível era o conteúdo da versão em português do *GPNCs* para o grupo de pacientes participantes. As análises de associação visavam identificar se o instrumento suscitava respostas que permitissem realizar testes de associação. Concluída essa etapa, o instrumento foi ajustado de acordo com os resultados e produziu-se, assim, a versão final do instrumento.

4.2.6 Documentação ao Comitê Avaliador e aos Criadores da Versão Original

Na ausência de um comitê de pesquisadores *experts* em adaptação transcultural de instrumentos e regulamentado, para avaliar as traduções e adaptações de instrumentos realizadas no país, conforme especificado pelo método (BEATON *et al*, 2007), decidiu-se que essa avaliação seria realizada por integrantes do Grupo de Pesquisa registrado no CNPq, intitulado Práticas Assistenciais e Epidemiológicas de Saúde e Enfermagem, ao qual o projeto se vincula. Os integrantes eram três doutores, dois mestres e três graduados em enfermagem, cujos conheciam a proposta de pesquisa realizada.

No mês de dezembro de 2019, os documentos demonstrando o processo de tradução e adaptação do instrumento realizado foram apresentados aos integrantes do grupo de pesquisa. A função do grupo foi analisar os procedimentos em sua relação ao método proposto. Essa análise é sugerida por Beaton *et al* (2007) no final do processo, juntamente com o envio dos documentos aos autores originais do instrumento.

Após a apresentação, o grupo considerou que o processo e as etapas eram compreensíveis em atendimento ao objetivo de tradução e adaptação do instrumento. Salienta-se que o grupo não avaliou o processo e sim auxiliou no esclarecimento de alguns aspectos dos procedimentos realizados.

Por fim, após a aprovação do relatório de tese, que documenta o processo realizado, essa documentação deverá ser enviada por correio eletrônico, também para as pesquisadoras finlandesas. O propósito é informar os resultados da adaptação do *GPNCs*, para o contexto brasileiro, e documentar a versão brasileira junto aos autores, bem como expor as perspectivas para a validação psicométrica do instrumento e seu uso no Brasil.

É importante frisar que a validação psicométrica do instrumento final não foi realizada na fase de pré-teste, devido ao problema inesperado no contexto do hospital, precisamente no período de coleta de dados. O setor cirúrgico entrou em reforma estrutural e o número de cirurgias foi reduzida significativamente por um período de quatro meses, dificultando a continuidade de coleta de dados. Essa interrupção impediu de atingir a amostra de sujeitos adequada para o exame fatorial do instrumento e comparação com as métricas da versão original. Essa análise deverá ser desenvolvida posteriormente.

4.3 Aspectos Éticos

Para o uso do *Good Perioperative Nursing Care Scale (GPNCS)* no contexto brasileiro, solicitou-se, via correio eletrônico, a autorização das pesquisadoras finlandesas que desenvolveram o instrumento original. Além disso, o HUOL concedeu a Carta de Anuência para realização do estudo na instituição (APÊNDICE D).

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), via Plataforma Brasil, para análise dos princípios éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNC/MS), sendo aprovado com o parecer nº 3305610 e CAAE 08001318.6.0000.5537.

Todos os participantes abordados assinaram o Termo de Compromisso Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) após receberem explicações sobre o objetivo do estudo, a sua justificativa e o método da pesquisa.

Ressalta-se que os participantes da pesquisa tiveram suas identidades preservadas, foram identificados por meio de nomenclatura “sujeito” e numeração arábica, atribuída conforme ordem sequencial das entrevistas. No momento da abordagem do paciente e convite à participação, assegurava-se o sigilo das informações obtidas pelo questionário e explicava-se sobre a recusa em responder qualquer parte do questionário, se assim desejasse, ou retirar o consentimento em qualquer momento do estudo, sem penalidades. Em conformidade com as normas do CEP/UFRN, os questionários coletados permanecerão guardados por cinco anos, com a pesquisadora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresentam-se os resultados obtidos nas etapas do estudo, especificamente, na tradução do *Good Perioperative Nursing Care Scale*, adaptação transcultural, julgamento da versão traduzida pelo Comitê de Avaliadores e aplicação da versão traduzida com o público alvo. Considerando que as etapas do estudo foram realizadas em momentos distintos e com propósitos específicos, optou-se pela descrição dos resultados de cada momento e as discussões pertinentes, buscando objetividade na apresentação dos resultados do estudo.

5.1 Tradução do *Good Perioperative Nursing Care Scale*

Etapa 01 – Tradução

Após apresentar o *GPNC*S aos dois tradutores bilíngues, com o domínio da língua inglesa, os denominados Tradutor 1 e Tradutor 2 fizeram a tradução do instrumento do inglês para o português de forma individual, gerando os seguintes relatórios:

Relatório do Tradutor 1 – arquivo composto por quatro folhas, em inglês, contendo 48 questionamentos, com foco na área da saúde. Gerou-se dúvidas nos itens 05 e 07 da primeira parte do instrumento e itens 01 e 06 da segunda parte do instrumento. Aguardo reunião com a pesquisadora para futuros ajustes.

Relatório do Tradutor 2 – enviado o texto para a tradução português/inglês da área hospitalar, composto por 48 perguntas, de fácil compreensão. Entre as perguntas que há necessidade de discussão, destaca-se a 07 da primeira parte do instrumento; 06, 07, 08, 09 da segunda parte do instrumento. Em reunião posterior serão discutidos possíveis ajustes com a pesquisadora.

Os relatórios demonstram que os tradutores, em conjunto, tiveram dúvidas com relação a sete itens do instrumento. Os itens foram os números 5 e 7, que formavam parte das informações demográficas solicitadas, e itens 1, 6, 7, 8 e 9 contidos na parte do instrumento que visava avaliar o tratamento recebido.

Os itens da seção sociodemográfica questionados se referem ao grau de escolaridade e ao estado civil do respondente. Os itens leem-se: “5. *I have completed (highest)*”, com as opções de resposta sendo “1-*primary/comprehensive school*, 2-*high school*, 3-*vocational qualification*, 4-*polytechnic* e 5-*university degree*”; e “7. *My marital status is*”, com as respostas disponíveis de “1-*single*, 2-*married/living together*, 3-*divorced* e 4-*widowed*”.

Já os itens pertencentes à parte do instrumento que aborda o tratamento recebido no centro cirúrgico, acerca dos quais os tradutores expressaram dúvida (1, 6, 7, 8 e 9), referem-se à efetividade da medicação recebida para alívio da dor (item 1), manutenção da temperatura corporal na sala de recuperação (item 6), qualidade do tratamento anestésico recebido (item 7), qualidade do tratamento cirúrgico recebido (item 8) e profissionalismo da equipe do centro cirúrgico (item 9).

Os itens mencionados no parágrafo anterior são: “1. *During my treatment in the operating room I received suficiente pain medication and did not have to suffer pain*”; “6. *In the recovery room after the operation my body temperature was well maintained*”; “7. *I think my anesthesia (general or regional anaesthesia) was well performed*”; “8. *I think my operation/treatment was well performed*”, “*If you disagree with this statement, please explain in the space below what kinds of problems you received with your operation*”; e “9. *Staff in the operating department were professional*”.

Para todos os itens listados as opções de resposta foram as mesmas: “5-fully agree, 4-agree, 3-neither agree nor disagree, 2-disagree, 1-fully disagree e 0-unable to asses this aspect”. Vale ressaltar que dois desses itens, o 7 da parte sociodemográfica e o 6 da parte de tratamento recebido no centro cirúrgico, foram questionados por ambos os tradutores.

Etapa 02 – Síntese das Traduções

Após da etapa 01, seguiu-se com a síntese das traduções, a qual ocorreu no Departamento de Enfermagem da UFRN com a presença da pesquisadora e os dois tradutores. Os questionamentos apontados pelos tradutores, acerca dos itens que se referiam à divergências de termos e expressões do instrumento e geraram dúvidas durante a tradução, foram discutidos. Nesse ensejo, utilizou-se a literatura científica para auxiliar a discussão, com o objetivo de sanar dúvidas correspondentes ao contexto cirúrgico, quando necessário. Cada divergência foi discutida a fim de chegar a um consenso sobre o termo ou entendimento em pauta. Procurou-se chegar ao consenso de forma segura e argumentada nos itens em questão, resultando, assim, na Versão Síntese da tradução do instrumento como um todo, a qual é apresentada. Comparativamente, com as versões traduzidas no APÊNDICE I. A seguir, os resultados da síntese dos itens debatidos.

Sobre o item 1, da parte de avaliação do tratamento recebido que afirma “*arrived at the operating department*”, o Tradutor 1 sugeriu reformulação para “Eu cheguei no centro cirúrgico” e o Tradutor 2, “Cheguei ao departamento operatório/cirúrgico”. Considerando

aspectos relacionados à infraestrutura própria dos serviços e os critérios para projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde, mediante Resolução RDC nº 307, de 14 novembro de 2002, o termo centro cirúrgico seria o mais adequado, optou-se, então, pela Tradução 1.

Considerou-se, também, que, com a evolução o aprofundamento dos estudos de anatomia e fisiologia, controle de hemorragia, controle da dor através da anestesia e compreensão da infecção no século XIX, as cirurgias deixaram de acontecer nas casas e teatros e passaram a ser realizadas em salas próprias (SANTOS *et al*, 2018). Posteriormente, no século XX, com o grande desenvolvimento tecnológico, houve a verticalização dos prédios e, conseqüentemente, o surgimento do hospital monobloco, organizado de acordo com as funções assistenciais, a setorização dos serviços e complexidades de cuidados e os tipos de patologias. Assim, os setores ganharam nomenclaturas próprias e, por conseguinte, a unidade cirúrgica foi denominada de Bloco Cirúrgico ou Centro Cirúrgico (SOBECC, 2017; SANTOS *et al*, 2018).

Para Garibaldi (2003), a escolha das palavras, o uso no cotidiano e a nomenclatura de ambiente dependem do significado dado a elas, mediante reflexões do contexto em que estão inseridas. Clarifica-se que os enunciados das palavras são dados de acordo com as posições vivenciadas pelo sujeito, sendo considerado subjetivo e cíclico. Desse modo, não existe língua pronta, sua compreensão poderá surgir mediante novos componentes estruturais que visam facilitar o processo completo e consciente (GARIBALDI, 2003). Portanto, chegou-se ao consenso que a tradução mais adequada do item foi: “Cheguei ao centro cirúrgico”.

Uma outra alteração sugerida foi a substituição do questionamento sobre a idade, em houve divergência na tradução da expressão do item 5: “*I have completed (highest)*”. O Tradutor 2 realizou a tradução literal da expressão: “Eu completei (nível mais alto)”, entretanto, o Tradutor 1 sugeriu a adaptação “Eu estudei até (nível mais alto)”. Optou-se, assim, pela Tradução 1, com o objetivo de possibilitar uma melhor compreensão das pessoas que irão responder o questionário, aproximando-o mais à realidade da sociedade brasileira.

Segundo Sátiro e Branco (2016), o processo de tradução envolve uma ação complexa que vai além transcrição, de palavra por palavra, para o idioma alvo. É fundamental a sua relação com o contexto de cada local, sendo relevante que o tradutor imergira nas policulturas para que a tradução faça sentido. Ressalta-se que a tradução é um ato de comunicação que ocorre entre duas línguas e culturas distintas, porém se considera a possibilidade de haver certa distorção ao se traduzir um texto de uma língua para a outra. Para que isso não ocorra, são necessárias adequações em níveis semântico, idiomático, experimental e conceitual.

Outro fato importante a ser observado, é o sentido lógico da tradução para cada cultura. Pois, cultura é um sistema material e simbólico que, por meio dos seus signos, símbolos,

códigos de conduta, cosmologias, valores e normas, que oferece uma matriz de sentidos no interior, da qual, os indivíduos interpretam o mundo físico e social à sua volta, produzem significados e orientam seus saberes, práticas e experiências no contexto. Sendo constantemente produzida e atualizada pela ação e criatividade dos sujeitos sociais (SÁTIRO; BRANCO, 2016).

Para Watson (2005) e Pessoa, Pugliuca e Damasceno (2006), a cultura, associada aos valores partilhados e experiências de vida, é responsável pelo amadurecimento do ser humano, o que contribui para o comportamento e as relações humanas de cada sociedade. Dessa maneira, os tradutores desenvolvem estratégias para resolver os problemas culturais identificados, por meio de notas de rodapé, substituição da palavra por outra que faça sentido na cultura alvo ou omissão de termos.

No que concerne ao item 7, “*My marital status is*”, o Tradutor 2 explicita “Minha situação matrimonial é”, já o Tradutor 1 sugeriu “Meu estado civil é”. Optou-se por utilizar a nomenclatura em consonância com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sugerida pelo Tradutor 1, para manter a padronização dos dados sociodemográficos brasileiros. Pois o IBGE é um órgão que atua nas áreas de geociências e estatísticas sociais, demográficas e econômicas, e provém dados e informações nacionais que atendem as necessidades dos mais diversos segmentos da sociedade civil, bem como dos órgãos governamentais, subsidiando informações relevantes para a o desenvolvimento de políticas públicas (IBGE, 2017).

Importante destacar que o estado civil significa a situação de um indivíduo em relação à sociedade conjugal. Dessa forma, de acordo com a legislação brasileira, há 05 tipos de classificação do estado civil, a saber: solteiro, casado, separado, divorciado e viúvo, os demais termos utilizados são considerados coloquiais e sem valores jurídicos. A finalidade de declarar a situação matrimonial vem da necessidade da informação para construção de declarações, comprovantes, atestados e cumprimento de direitos e deveres (LIMA, 2018a).

Entretanto, parte da classificação do estado civil, como casamento, era reconhecido apenas entre pessoas heterossexuais. A partir de 2013, com a Resolução nº 175, habilitou-se a celebração de casamento civil entre pessoas do mesmo sexo. Possibilitando, assim, avanços significativos nos âmbitos do direito e do social, tornando-se um marco na luta pela igualdade para pessoas homoafetivas. Porém, a Constituição Federal faz referência expressa às denominações homem e mulher, sendo um entrave nesse processo. Nesse sentido, deve ser revisto, pois os princípios constitucionais devem ter conteúdos de validade universal, com valores generalizantes para todos os indivíduos, que servem para balizar as regras (LIMA, 2018a).

Na segunda parte do instrumento, entre os itens que apresentaram divergências na tradução, destaca-se o 1: “*During my treatment in the operating room I received sufficient pain medication and did not have to suffer pain*”, que para o Tradutor 1 ficaria “Durante o meu tratamento na sala operatória recebi medicação suficiente e não senti dor”, e para o Tradutor 2: “Durante meu tratamento na sala cirúrgica eu recebi medicação suficiente e não sofri com dores”. Após consulta à literatura especializada, percebeu-se que os termos “sala operatória” e “sala cirúrgica” são semelhantes, expressando o mesmo significado, entretanto, optou-se pela Tradução 01 (Salas Operatórias-SO), com o intuito de padronizar as nomenclaturas de acordo com a SOBECC.

As Salas Operatórias sofreram modificações em sua dinâmica e estrutura no decorrer dos anos. Por volta do século XVII, os procedimentos cirúrgicos eram realizados nas casas dos doentes ou nos estabelecimentos dos cirurgiões barbeiros. Esses profissionais não possuíam formação, eram submissos aos médicos, usavam a toga curta e executavam procedimentos como sangria, amputações e o tratamento dos soldados que voltavam da guerra. Salienta-se que a maioria dos procedimentos realizados eram mal sucedidos, levando a morte de grande parte dos pacientes (TURBINO; ALVES, 2009).

Assim, com o avanço do conhecimento sobre anatomia, fisiologia, anestesia e a ampliação da autonomia dos cirurgiões barbeiros, as escolas de medicina iniciaram a formação em cirurgias vinculadas à medicina. Nesse momento, em meados do século XIX, as cirurgias eram realizadas em teatros das faculdades, ainda sem conhecimento adequado de técnicas estéreis e de equipamentos de proteção individual (TURBINO; ALVES, 2009).

Desse modo, com o passar do tempo, houve a reestruturação dos hospitais, dividindo-o em setores, cada um com funções específicas. E hoje, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) conceitua Sala Operatória como um ambiente equipado para a prática de cirurgia, que segue a Resolução da Diretoria Colegiada nº 50/2002, com dimensões preconizadas entre 20, 25 e 36 metros quadrados, variando de acordo com a complexidade do procedimento que será realizado. As portas deverão ter o mínimo 1,20m x 1,20m, com ar condicionado e iluminação através de lâmpadas fluorescentes. Embora faça parte de um hospital ou ambulatório, devem ser isoladas e ter acesso restrito para minimizar os riscos de infecções (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, as regulamentações técnicas fazem menção não só às características físicas, mas, também, à linguagem padronizada. São utilizadas em relatórios técnicos, na linguagem cotidiana dos profissionais e assimiladas pelos pacientes, sendo a principal justificativa pela escolha do termo.

Sobre o item 6, “*In the recovery room after the operation my body temperature was well maintained*”, o Tradutor 1 defende que a tradução correta seria “Na sala de recuperação após a operação, a temperatura do meu corpo estava bem mantida”; e o Tradutor 2 “Na sala de pós-operatório, depois da cirurgia, a temperatura do meu corpo permaneceu estável”. Optou-se pela Tradução 01, porém foram realizados ajustes para seguir a padronização dos termos a partir das diretrizes da SOBECC, modificando a expressão sala de recuperação para Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA).

Antigamente, a SRPA era denominada de sala para recuperação, composto por dois quartos, ao lado da sala operatória, destinados apenas a pacientes submetidos a procedimentos de grande porte e a doentes com afecções perigosas. A equipe de enfermagem possuía acomodações dentro dessas salas para o monitoramento intenso do paciente, pois, nessa etapa cirúrgica, o número de óbitos era elevado (SOBECC, 2017).

Corroborando, Tubino e Alves (2009) relatam que, no início do século XX, em uma publicação de um estudo pela *The Journal of the American Medical Association* (JAMA), que avaliou a taxa de mortalidade dentro das 24 horas após a indução anestésica, por um período de cinco anos, constatou que 47% das mortes poderiam ter sido evitadas. Diante dessa realidade, os Estados Unidos da América estimularam a criação e estruturação da SRPA. No Brasil, em 1980, insatisfeitos com as condições das SRPAs, um grupo de enfermeiros do Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas de São Paulo passaram por capacitação em Paris, por um período de um ano e, ao retornarem, seguiram com modificações significativas diante do seu contexto (TUBINO; ALVES, 2009).

É importante ressaltar que o principal objetivo da SRPA é proporcionar condições estruturais e funcionais para receber pacientes submetidos a procedimentos anestésico-cirúrgicos, para recuperação do nível de consciência e estabilização dos sinais vitais, sob os cuidados constantes da equipe de enfermagem. É importante que esteja situada dentro do centro cirúrgico, com dimensão mínima de seis metros quadrados, e que possua equipamentos que possibilitem a manutenção dos sinais vitais (SOBECC, 2017).

No item 7, “*I think my anaesthesia (general or regional anaesthesia) was well performed*”, o Tradutor 1 sugeriu “Eu acho que minha anestesia (anestesia geral ou regional) foi bem executada”; e o Tradutor 2 “Eu acho que minha anestesia (geral ou local) foi bem sucedida”. Após discussão entre os tradutores, pesquisadoras e consulta à literatura científica, preferenciou-se unificar as duas traduções para que permitisse a construção de uma afirmativa mais completa, com todos os tipos de anestesia a que o paciente poderia ser submetido. Dessa

maneira, a afirmativa resultou em: “Eu acho que minha anestesia (anestesia geral, regional ou local) foi bem executada”.

De acordo com a SOBECC, as anestésias podem ser classificadas em 03 tipos: anestesia geral, anestesia regional e anestesia local. Todas têm o objetivo de diminuir a sensibilidade dolorosa momentaneamente, relaxar a musculatura, alterar ou não o nível de consciência, possibilitando o procedimento cirúrgico. E, no Brasil, é atividade privativa do médico o bloqueio anestésico, sedação profunda e anestesia geral, segundo a Lei nº 12.842/2013 (BRASIL, 2013b).

Para a escolha do tipo de anestesia, é fundamental que o anestesiológico (médico com pós-graduação em anesthesiologia) considere os seguintes fatores: o quadro clínico do paciente, o tipo do procedimento, a equipe cirúrgica, a instituição e a participação do paciente. No que diz respeito ao último fator, frisa-se que o foco é a atenção à pessoa e não à doença, com compreensão e percepção do paciente sobre sua realidade, experiências vividas, com promoção do empoderamento e elaboração conjunta do plano de ação ao tratamento, transformando assim, a relação de cuidado (TADDEO *et al*, 2012).

Corroborando, Watson acredita que cada paciente possui mente, emoções e corpo e que a saúde decorre da experiência subjetiva da harmonia entre mente, corpo e espírito. E, para a cura ou cuidado, é fundamental o uso de intervenções conscientes, com a participação do paciente, da família e da comunidade. Isso significa que o foco do cuidado é o indivíduo, centrado na pessoa, com o intuito de satisfazer as necessidades básicas. Portanto, há sobreposição da valorização das tecnologias, que visam somente a cura, para as necessidades do próprio paciente a partir de sua perspectiva (WATSON, 2009).

No item 10, “*Staff have been very careful and meticulous in performing their duties related to my treatment*”, o Tradutor 1 fez a seguinte tradução: “Os funcionários foram muito cuidadosos e meticulosos no desempenho de suas funções relacionadas ao meu tratamento”. Enquanto o Tradutor 2: “A equipe foi muito cuidadosa e metódica no desempenho de suas tarefas relacionadas ao meu tratamento”. Optou-se pela segunda sentença, pois os tradutores perceberam que o termo “equipe” demonstrava o sentido de coletividade, aparentemente, mais adequado ao instrumento traduzido. Contribuindo com o pensamento, Bazanini *et al* (2018) ressaltam que a equipe é composta por um conjunto de pessoas ou funcionários que realizam tarefas para alcançarem um mesmo objetivo.

Os integrantes da equipe têm uma vinculação, estão comprometidos com as metas e objetivos, responsabilizando-se para que haja bom desempenho e a obtenção do objetivo estabelecido. É fundamental que o trabalho em equipe seja baseado em um sistema de relações

dinâmicas, com interação, compartilhamento de técnicas e responsabilidades para que as tarefas sejam cumpridas (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2013; BAZANINI *et al*, 2018).

Dessa forma, as pessoas que compõem a equipe são fontes de conhecimento e inovação em um processo produtivo e contribuem, por meio de equipe ou individualmente, através de sugestões ou opiniões, para a concretização de uma maior integração com o ambiente de trabalho. Na área da saúde, o trabalho em equipe implica compartilhar o planejamento e cooperar, colaborar e interagir democraticamente, integrando os diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades. No centro cirúrgico, a relação entre a equipe interfere diretamente no funcionamento da unidade e, conseqüentemente, na segurança do paciente (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2013; BAZANINI *et al*, 2018).

5.2 Back-Translation ou Retrotradução do instrumento *Good Perioperative Nursing Care Scale/ Escala dos Bons Cuidados de Enfermagem Perioperatórias*

Etapa 03 – Back-Translation

A Versão Síntese foi retraduzida para o inglês, com o objetivo de perceber inconsistência, validar a versão traduzida e verificar se a versão reflete com precisão o conteúdo da versão original. Para isso acontecer, foram convidados dois tradutores, com o inglês como língua materna, denominados T3 e T4.

Nesse momento, as versões dos retradutores T3 e T4 foram idênticas em todas as sentenças, com exceção de algumas palavras consideradas sinônimas. No Quadro 2, elencam-se os termos sinônimos identificados nas retraduições. Ressalta-se que foi marcada reunião, no Departamento de Enfermagem da UFRN, com os dois tradutores e a pesquisadora para avaliar a tradução de cada item do instrumento.

Quadro 2 – Termos sinônimos identificados na retradução, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2020.

RETRADUÇÃO T3	RETRADUÇÃO T4
<i>Operation</i>	<i>Surgery</i>
<i>The highest level of</i>	<i>I studied up until</i>
<i>Center</i>	<i>Department</i>

FONTE: A autora (2020).

Diante disso, mesmo aparecendo traduções diferentes, as palavras foram consideradas sinônimas e, conseqüentemente, não altera os sentidos das afirmativas. Segundo Biderman (2000), sinônimo é um adjetivo masculino que classifica uma palavra que, apesar de ser diferente, tem o mesmo significado de outra. É uma palavra de origem grega “*synonymós*” que, de acordo com a etimologia, indica algo que tem o mesmo nome e que não modifica o sentido das afirmações.

Importante frisar que vários autores, que trabalham com o processo metodológico de tradução e adaptação transcultural, ressaltam a importância do *back-translation*, pois acreditam nessa etapa e é possível identificar erros conceituais e inconsistências, as quais prejudicam todo o processo (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1997; BEATON *et al*, 2000; PASQUALI, 2003; REICHENHEIM; MORAES, 2007).

5.3 Validação de conteúdo do instrumento “Escala dos Bons Cuidados de Enfermagem Perioperatórios”

Etapa 4 – Validação de conteúdo

Os itens a seguir discutirão o processo de validação de conteúdo do instrumento, abordando a caracterização sociodemográfica do comitê e a análise do instrumento pelo comitê de avaliadores. A seleção do Comitê de Avaliadores ocorreu a partir de consulta à Plataforma Lattes e análise do currículo, por conveniência, de acordo com os critérios de seleção de Fehring (1994).

Assim, dos nove avaliadores que participaram desta etapa, três eram enfermeiros, três pedagogos e três possuíam formação em letras. Seguiram-se as orientações de Beaton *et al* (2007), os quais postulam que o comitê deve ser composto por linguistas, pedagogos e profissionais da saúde para que haja melhor análise das traduções, consenso em cada item, identificação e solução das discrepâncias e percepção das equivalências, para que o público alvo consiga compreender o instrumento da melhor maneira.

Sobre a idade dos avaliadores, 66% tinham entre 30 a 39 anos. Estudos apontam que, com o passar da idade, as pessoas vivenciam situações que contribuem para a sua maturidade profissional. É importante lidar com diversos casos, interagir com pessoas diferentes e solucionar conflitos e desafios para que as habilidades sejam aprimoradas e, conseqüentemente, consiga-se fazer julgamentos pertinentes na área de atuação (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; IBGE, 2017).

Nessa perspectiva, Coluci, Alexandre e Milani (2015) afirmam que o amadurecimento está justamente no modo como o profissional procede em suas funções e relacionamentos, com os colegas e superiores, através da inteligência profissional. E a lógica do capitalismo e o mercado competitivo e exigente são importantes para que os profissionais estejam preparados, tanto nas habilidades técnicas quanto nos aspectos emocionais, para agir nas mais variadas situações.

No que se refere aos locais de trabalho, 55% dos participantes exerciam sua função na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Além disso, 88% deles possuíam pós-graduação na modalidade de Mestrado e Doutorado. Em 2017, aproximadamente, 260 mil professores universitários trabalhavam em instituições públicas do Brasil. Desses, 70% eram doutores. Isso se explica devido, a cada vez mais, os professores universitários buscarem estabilidade e oferecerem o regime de trabalho integral, com 40 horas semanais ou dedicação exclusiva, planos de cargos e salários e remunerações condizentes ao grau de formação em instituições públicas (LIMA, 2018b).

Além disso, as instituições públicas oferecem programas de qualificação para melhorar a formação, com incentivo e apoio ao docente para entrar nos programas de pós graduação *stricto sensu* e cursar o mestrado e/ou doutorado (LIMA, 2018b; INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2018).

Todos os avaliadores afirmaram não possuir experiência profissional na área da tese e na validação de instrumentos com foco no perioperatório. Ressalta-se que o papel do comitê de avaliadores é consolidar todas as versões do questionário e desenvolver a versão pré-final, para os testes de campo. Dessa forma, é importante que profissionais de diferentes áreas e perspectivas avaliem o instrumento para torná-lo o mais compreensível possível para o público alvo, pois, por ser um questionário, os participantes não receberão ajuda no momento de responder.

Salienta-se que essa versão deve ser compreensível para a população alvo e que o comitê tem autonomia para modificar instruções e formato, assim como, rejeitar e acrescentar itens. Entretanto, as decisões tomadas devem garantir a equivalência semântica, experimental, idiomática e conceitual (BEATON *et al*, 2007; PASQUALI, 2010; FERREIRA *et al*, 2019).

Nenhum dos participantes julgou qualquer item inadequado, tendo-se apenas as opções tradução muito adequada ou adequada para todas as equivalências, seja ela semântica, idiomática, experimental ou conceitual. Segundo Pasquali (2010), itens com avaliação superior a 80% são considerados válidos e, para este estudo, pode-se observar que a soma entre os itens

obteve concordância de 100%, permitindo considerar o instrumento válido, como demonstrado no Quadro 3.

Entretanto, seis especialistas, dentre os que consideraram apenas adequados, sugeriram a unificação do item 29 – “A atmosfera do Centro Cirúrgico era pacífica e tranquila” – com o 30 – “A atmosfera no centro cirúrgico era calma e relaxada” – por se tratar de duas afirmativas com ideias semelhantes. As pesquisadoras acataram a solicitação e, após o pré-teste, reestruturaram em uma única afirmativa, a saber: item 29, “A atmosfera do Centro Cirúrgico era tranquila e relaxada”.

Quadro 3 – Quadro síntese da avaliação do instrumento pelo Comitê de Avaliadores, no que diz respeito às equivalências: Semântica, Idiomática, Experimental e Conceitual, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2020.

(continua)

Item do instrumento: Escala dos Bons Cuidados de Enfermagem Perioperatórios – Versão Síntese	Equivalência							
	Semântica		Idiomática		Experimental		Conceitual	
Parte 01	TMA	TA	TMA	TA	TMA	TA	TMA	TA
1. Cheguei ao centro cirúrgico	05	04	06	03	07	02	07	02
2. Minha cirurgia/ tratamento foi	08	01	07	02	06	03	08	01
3. Minha cirurgia/ tratamento foi feito com	04	05	05	04	07	02	06	03
4. Eu tenho _____ anos	09	-	09	-	09	-	09	-
5. Eu estudei até (série mais alta)	06	03	05	04	07	02	07	02
6. Eu estou atualmente	07	02	08	01	08	01	06	03
7. Meu estado civil é	04	05	07	02	09	-	08	01
8. Com que clareza você se lembra do seu período no Centro Cirúrgico?	09	-	08	01	08	01	-	
9. As pessoas a seguir vieram vê-lo antes de sua cirurgia, na enfermaria?	07	02	06	04	07	02	08	01
10. Antes de chegar ao Centro Cirúrgico, na enfermaria ou pronto-socorro, até que ponto você sentiu ou teve essas sensações?	08	01	08	01	08	01	08	01
11. Durante o seu período no Centro Cirúrgico, até que ponto você sentiu ou teve essas sensações?	09	-	07	02	09	-	08	01
Parte 02								
1. Durante o meu tratamento na sala de cirurgia recebi medicação suficiente e não senti dor.	09	-	09	-	09	-	09	-
2. Durante o tempo na sala de recuperação, após a operação, recebi medicação suficiente e não senti dor.	07	02	08	01	07	02	09	-
3. Eu fui tratado com cuidado, e a equipe não me causou dor.	08	01	07	02	09	-	07	02
4. Fui colocado em uma posição cirúrgica confortável na mesa de operações (os equipamentos não pressionaram partes do meu corpo e minha posição não causou dor ou dormência).	09	-	08	01	08	01	07	02
5. Durante o procedimento na sala de cirurgia, a temperatura do meu corpo foi mantida estável (usaram cobertores aquecidos ou mudaram a temperatura do ar-condicionado, por exemplo).	06	03	07	02	08	01	09	-
6. Na sala de recuperação pós-anestésica, a temperatura do meu corpo estava estável.	07	02	09	-	07	02	08	01
7. Eu acho que minha anestesia (anestesia geral ou local) foi bem executada	08	01	09	-	07	02	08	01
8. Eu acho que minha cirurgia foi bem executada.	06	03	07	02	07	02	09	-
9. A equipe do centro cirúrgico foi profissional.	08	01	08	01	09	0	09	-
10. A equipe do centro cirúrgico foi muito cuidadosa e meticulosa no desempenho de suas funções relacionadas ao meu tratamento.	07	02	07	02	08	01	08	01
11. Na sala de cirurgia eu recebia constantemente informações sobre o que estava acontecendo comigo (por exemplo, me disseram o que estava sendo feito e o porquê).	09	-	08	01	09	-	07	02
12. Na sala de recuperação pós-anestésica, recebia constantemente informações sobre o que estava acontecendo comigo.	08	01	07	02	09	-	07	02
13. No Centro Cirúrgico, recebi informações claras e detalhadas sobre meu tratamento (sem qualquer termo técnico médico).	08	01	07	02	07	02	09	-

Quadro 3 – Quadro síntese da avaliação do instrumento pelo Comitê de Avaliadores, no que diz respeito às equivalências: Semântica, Idiomática, Experimental e Conceitual, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2020.

(continuação)

Item do instrumento: Escala dos Bons Cuidados de Enfermagem Perioperatórios – Versão Síntese	Equivalência							
	Semântica		Idiomática		Experimental		Conceitual	
Parte 02	TMA	TA	TMA	TA	TMA	TA	TMA	TA
14. Os enfermeiros do Centro Cirúrgico me deram informações suficientes sobre assuntos relacionados ao meu cuidado.	07	02	09	-	08	01	08	01
15. O cirurgião me deu informações suficientes sobre assuntos relacionados ao meu procedimento.	09	-	09	-	07	02	08	01
16. O anestesiológista me deu informações suficientes sobre assuntos relacionados à anestesia geral, regional ou local.	06	03	07	02	07	02	09	-
17. No Centro Cirúrgico, pude participar do meu tratamento, dizendo o que pensava e queria.	08	01	08	01	09	-	07	02
18. Eu tive a chance de ouvir. No Centro Cirúrgico, pude participar do meu tratamento, dizendo o que pensava e queria. No Centro Cirúrgico, pude participar do meu tratamento, dizendo o que pensava e queria.	08	01	08	01	07	02	09	-
19. No Centro Cirúrgico, fui encorajado e apoiado psicologicamente.	07	02	07	02	09	-	07	02
20. Se eu estava ansioso no Centro Cirúrgico, isso foi levado em consideração, por exemplo, por meio de conversa ou sedativos (medicamentos).	07	02	06	03	08	01	09	0
21. Fui tratado com respeito e consideração.	09	-	08	01	07	02	07	02
22. No Centro Cirúrgico, não fui colocado em situações constrangedoras ou irritantes.	09	-	09	-	08	01	08	01
23. Eu não senti que meu cuidado e tratamento foram impessoais ou fornecidos de maneira informal.	08	01	07	02	07	02	09	-
24. A equipe do Centro Cirúrgico foi amigável.	06	03	07	02	08	01	07	02
25. Houve uma boa interação entre a equipe do Centro Cirúrgico.	09	-	08	01	09	-	08	01
26. A equipe do Centro Cirúrgico tinha um bom senso de humor.	08	01	09	-	07	02	07	02
27. A equipe do Centro Cirúrgico foi educada e agradável em seu comportamento.	08	01	08	01	09	-	09	-
28. A equipe do Centro Cirúrgico teve tempo suficiente para mim.	07	02	08	01	09	-	08	01
29. O ambiente no Centro Cirúrgico era tranquilo e relaxado.	09	-	07	02	07	02	08	01
30. O ambiente no Centro Cirúrgico era calmo e pacífico.	08	01	07	02	08	01	09	-
31. A sala de recuperação pós-anestésica era um lugar tranquilo para se recuperar de uma cirurgia.	09	-	09	-	08	01	07	02
32. Eu me senti seguro no Centro Cirúrgico.	07	02	08	01	07	02	09	-
33. Eu não senti que tive que esperar por muito tempo (na enfermaria ou pronto-socorro) para ser admitido no Centro Cirúrgico.	08	01	07	02	09	-	09	-
34. Eu não senti que fui transferido muito cedo da sala de recuperação pós-anestésica para a enfermaria.	08	01	08	01	09	-	08	01
Parte 03								
1. Por favor, descreva brevemente, qual foi o melhor momento ou situação de sua permanência no Centro Cirúrgico?	09	-	07	02	08	01	07	02
2. Por favor, descreva brevemente, qual foi o pior momento ou situação de permanência no Centro Cirúrgico?	09	-	08	01	07	02	09	-

Quadro 3 – Quadro síntese da avaliação do instrumento pelo Comitê de Avaliadores, no que diz respeito às equivalências: Semântica, Idiômática, Experimental e Conceitual, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2020.

(conclusão)

Item do instrumento: Escala dos Bons Cuidados de Enfermagem Perioperatórios – Versão Síntese	Equivalência							
	Semântica		Idiomática		Experimental		Conceitual	
Parte 03	TMA	TA	TMA	TA	TMA	TA	TMA	TA
Se você tiver opiniões ou sugestões sobre o desenvolvimento dos cuidados no perioperatório, por favor, escreva seus comentários no espaço abaixo. Se necessário, você pode continuar no verso. A equipe de enfermagem é grata por quaisquer observações e sugestões. Esperamos poder usá-los para manter e melhorar ainda mais os padrões de atendimento prestados e oferecer o melhor tratamento possível.	09	-	09	-	09	-	09	-

FONTE: A autora (2020).

Legenda: TMA: Tradução Muito Adequada; TA: Tradução Adequada.

5.4 Teste da versão brasileira do instrumento Escala dos Bons Cuidados de Enfermagem Perioperatórios com o público alvo

Etapa 05 – Pré-teste

Esta foi denominada, pela pesquisadora, de etapa teste da versão adaptada para o português do instrumento e, neste capítulo, será discutida a caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa, seguida da apresentação dos resultados, dividida conforme o instrumento: primeira, segunda e terceira parte.

5.4.1 Primeira Parte do Instrumento – Versão Brasileira da Escala dos Bons Cuidados de Enfermagem Perioperatórios – Aplicado ao Público Alvo

No que diz respeito à caracterização sociodemográfica, percebeu-se que a média de idade dos participantes era de, aproximadamente, 46 anos. Do total, 27,5% tinham idade entre 48 e 57 anos. Quanto à escolaridade, 52,5% dos participantes concluíram o ensino fundamental, de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes do teste da versão adaptada com 40 pacientes, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2020.

Variáveis	N	(continua)
		%
Escolaridade		
Ensino fundamental	21	52,5
Ensino Médio	13	32,5
Ensino superior	4	10,0
Curso técnico	2	5,0
Ocupação		
Empregado	15	37,5
Aposentado	8	20,0
Pensionista	8	20,0
Dona de casa	4	10,0
Desempregado	3	7,5
Estudante	2.	5,0
Estado civil		
Solteiro	13	32,5
Casado / União estável	22	55,0
Divorciado	2	5,0
Viúvo	3	7,5

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes do teste da versão adaptada com 40 pacientes, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2020.

Variáveis	N	(conclusão)
		%
Hora da cirurgia		
Manhã	21	52,5
À tarde	14	35,0
Antes do meio dia	3	7,5
À noite	2	5,0
Faixa etária		
48 – 57	11	27,5
38 – 47	9	22,5
28 – 37	6	15,0
18 – 27	5	12,5
58 – 67	5	12,5
>68	4	10,0

FONTE: A autora (2020).

Dados semelhantes foram encontrados em estudo de adaptação transcultural, para a língua portuguesa do Brasil, da *Resilience at Work Scale (RAW SCALE)*, escala australiana que avalia a resiliência no trabalho, cuja faixa etária de destaque era a partir de 48 anos, com 36% do total da amostra (GRECO, 2018). Em contrapartida, Donmez e Ozbayir (2011), que adaptaram e validaram o *GPNC*S, instrumento desta pesquisa, para a realidade Turca, identificaram que a faixa etária mais expressiva estava acima dos 38 anos, com 33% da população estudada.

Santos e Costa (2018) explicam que, com o passar da idade, ocorre, naturalmente, o declínio fisiológico do corpo com o processo de envelhecimento, a partir da alteração do metabolismo e deficiência na termorregulação corpórea. O que acarreta, assim, o aparecimento de doenças agudas e a ascensão das doenças crônicas, afetando diretamente a qualidade de vida.

O Brasil é um país em desenvolvimento, que passa por mudanças demográficas significativas, observado pela transição nos índices de mortalidade e fecundidade. É notório que a sociedade está envelhecendo e o número de jovens vem diminuindo de forma gradativa. Isso reflete diretamente no sistema de saúde, o qual tem que atuar sobre as necessidades da população, por meio de uma organização assistencial contínua e multiprofissional, tanto em nível de atenção primária como na média e alta complexidade, ofertando serviços de promoção e tratamento para a população (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Diante desse contexto, os padrões de gastos com a saúde seguem a mudança demográfica, o que implica em aumento do consumo de serviços, maiores taxas de internação hospitalar, tempo maior de permanência em internação e aumento do consumo de

medicamentos. Em 2017, com a saúde, foram gastos R\$ 117,1 bilhões, que corresponde a 3,8% do Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil, o que equivale a R\$ 1.272,00 por pessoa, durante um ano (SANTOS; TURRA; NORONHA, 2018).

Quanto à escolaridade, 52,5% estudaram até o ensino fundamental. É possível verificar divergências em estudos realizados por Hertel-Joergensen, Abrahamsen e Jensen (2018), que realizaram a adaptação transcultural do *Good Perioperative Nursing Care Scale* para o contexto dinamarquês, no qual constataram que 40% da população tinham ensino médio completo e 32% graduação.

Em 2017, após levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), evidenciou-se que metade dos brasileiros adultos frequentou a escola até o ensino fundamental, indicando que 51% da população, de 25 anos ou mais, possuíam o ensino fundamental completo ou equivalente. Quando analisaram as regiões, o Nordeste teve o número médio de anos de estudo de 6,7 anos, o Sudeste com 12 anos e as demais regiões com a média de oito anos (IBGE, 2017a).

Segundo pesquisa realizada pelo Indicador Nacional de Analfabetismo Funcional (INAF), 24% da população consegue identificar os números e a quantidade que ela representa, mas tem dificuldade em realizar operações matemáticas simples. Somente 2% não consegue anotar um telefone ou entender um preço e 46% tem apenas conhecimentos básicos de matemática (IBGE, 2017a).

Isso é reflexo da estrutura educacional brasileira precária, decorrente de baixos salários dos professores, infraestrutura inadequada, não participação dos responsáveis no processo educacional, evasão escolar, desestímulo, violência dentro do ambiente escolar, entre outros. Todos esses aspectos favorecem, sobremaneira, para que a população brasileira tenha índices de escolaridades inferiores a outros países em desenvolvimento (SAVIANI, 2018).

Para Silva, Freire e Pereira (2016), o número de anos de estudos está diretamente relacionado a melhores condições de saúde e expectativa de vida da população. Para os autores, outros benefícios estão associados a essa relação como, por exemplo, melhoria das condições socioeconômicas, bons hábitos de vida e acesso adequado aos serviços de saúde. Com a baixa escolaridade, o País deixa de crescer 0,5% do Produto Interno Bruto (PIB), todo ano, com perda de R\$ 300 bilhões a cada geração.

Assim, é imprescindível que algumas medidas sejam tomadas para melhorar a situação da educação no Brasil, a partir da mobilização da sociedade para a importância da educação, investimento de recursos financeiros para escolas e professores, valorização do profissional da educação, implantação de políticas educacionais que estejam alinhadas à necessidade do

mercado de trabalho e desenvolvimento de políticas públicas mais eficientes que minimizem a evasão escolar (SAVIANI, 2018).

Quanto à ocupação, percebeu-se que 37,5% estavam empregados e 20% eram aposentados. Dados semelhantes ao da pesquisa foram constatados por Arthur *et al* (2018), em estudo de tradução e adaptação transcultural da *Hypertension Knowledge-Level Scale* para uso no Brasil, que avaliaram o conhecimento de pessoas sobre a hipertensão arterial e identificaram que 52,5% da amostra estava empregada.

Contrapondo-se aos achados, o estudo que aplicou a *Good Perioperative Nursing Care Scale*, na Finlândia, identificou que mais da metade dos pacientes era aposentado (53%) e residia com outros membros da família na mesma casa (GRÖNDAHL *et al*, 2018)

Apesar da maioria dos participantes da pesquisa estar empregada, dados do IBGE revelam que, no ano de 2018, 170 milhões de brasileiros estavam em idade ativa para desenvolver atividades laborais. Desses, 97 milhões estavam empregados e 12,8 milhões desempregados. Segue-se com elevadas taxas de desemprego, que se reduzem de forma coerente com a economia. Apesar disso, levaria em torno de 29 anos para ocupar todos os desempregados, desde que ninguém entrasse no mercado de trabalho (LÚCIO, 2018).

Quando se avaliam as desigualdades, entre as regiões do País, nota-se que o Nordeste possui taxa de desemprego (16%) duas vezes maior quando comparada ao Sul (8,4%). Os homens tiveram taxa de desemprego inferior (13,6%) em comparação às mulheres (15%). E entre brancos, pardos e negros, a diferença evidenciou-se 10,5%, 15,1%, 16%, respectivamente. Somado aos dados, 6,6 milhões de trabalhadores estavam subocupados com jornada parcial de trabalho, tendo crescimento de 9,3% em um ano, mais 560 mil pessoas (LÚCIO, 2018).

No contexto europeu, o número de desempregados também vem aumentando em proporções menores que o Brasil, decorrente do desemprego estrutural (implantação de tecnologias nas indústrias que substitui a mão de obra humana) e dos refugiados. Além disso, com a queda brusca da taxa de natalidade por casal, aumento da expectativa de vida e o avanço da saúde, o quantitativo de aposentados vem aumentando. O que leva a uma crise no sistema previdenciário, pois o número de trabalhadores que contribuem para a previdência é considerado insatisfatório diante desse contexto.

Para a sociedade, o labor é considerado um dever de cada pessoa em idade adulta, sendo considerado uma obrigação para obter bens materiais e reconhecimento social. Quando o desemprego acontece, revela-se a desvalorização social, devido à predileção por trabalhadores de salários fixos, estabilidade e vínculo empregatício, ocorrendo segregação social. Também

afeta a saúde física e mental, levando ao aumento dos números de suicídios, depressão, transtorno de humor e automutilação (PINHEIRO; MONTEIRO, 2007).

Ainda na Tabela 1, 55% dos participantes eram casados ou possuíam união estável, enquanto 32% se declararam solteiros. Dados semelhantes foram encontrados por Istomina *et al* (2012), em estudo realizado na Lituânia, o qual aplicou o instrumento *GPNC*S em pacientes que se submeteram a procedimento cirúrgico abdominal. A pesquisa identificou que 77% dos pacientes eram casados ou tinham união estável.

A partir do levantamento do IBGE, em 2017, ocorreram 1.070.376 casamentos no Brasil, com idade média de 30 anos para casais heterossexuais e 34 anos para casais homoafetivos. O tempo de duração do matrimônio foi de, aproximadamente, 14 anos. Entretanto, o número de divórcios tem subido de forma expressiva, com taxa de 8,5%, totalizando, no mesmo ano, 373.216 separações (IBGE, 2017b).

De acordo com Zordan, Falcke e Wagner (2009), casamento é a determinação de dois indivíduos para conviverem em relação estável, com compromissos mútuos e reciprocidade às necessidades sociais, afetivas e sexuais. No decorrer da história, tem-se assumido outra postura através da iniciação sexual precoce e a concretização do matrimônio mais tardiamente. Sendo moldado pelas determinações econômicas, sociais, culturais, de classe e gênero, caracterizando-se pela pluralidade de modelos de conjugalidade.

Dessa forma, é importante superar o amor considerado líquido e o reflexo da fragilidade dos vínculos humanos na contemporaneidade, que inspira desejos conflitantes de apertar laços e, ao mesmo tempo, deixá-los frouxos. Para o modelo que prevaleçam as relações igualitárias, com valorização da cumplicidade, não obrigatoriedade de ter filhos e a autonomia feminina (BAUMAN, 2004).

Ainda na Tabela 1, mostra-se a variável hora das cirurgias, assim, visualiza-se que 52,5% das cirurgias ocorreram no horário da manhã cedo. Dados semelhantes aos da pesquisa foram identificados por Pedro *et al* (2018), em estudo realizado no estado do Paraná, em um hospital geral, sobre o dimensionamento da equipe de enfermagem no centro cirúrgico, e constataram que o período com maior fluxo de cirurgias foi o matutino, com 49%, seguido do vespertino com 43% e 8% no noturno. Colaborando com esses achados, Hertel-Joergensen, Abrahamsen e Jensen (2018), em estudo na Dinamarca, afirmaram que 35% dos participantes realizaram procedimento pela manhã.

Nas unidades hospitalares de ensino é perceptível que, no turno matutino, um grande número de profissionais vinculado à instituição, professores e alunos. Já no turno vespertino esse número diminui, talvez em função dos professores e alunos assumirem outras atividades

de ensino e, portanto, ocorrendo a subutilização das salas operatórias. O período noturno, culturalmente, é destinado aos procedimentos de emergência. Importante ressaltar que, tradicionalmente, a equipe médica tem a predileção por desenvolver seus procedimentos cirúrgicos pela manhã e, à tarde, fazer o atendimento ambulatorial em outras unidades (PEDRO *et al*, 2018).

Além da preferência dos profissionais pelo horário matutino, para a realização dos procedimentos cirúrgicos, há evidências que indicam esse horário como o mais indicado para a prevenção de morbidade pós-operatória. Em estudo realizado com dados de cirurgias não-emergenciais, registrados em um programa nacional de qualidade nos Estados Unidos, identificou-se a associação do horário de início do procedimento cirúrgico com o risco de complicações pós-operatórias. Observou-se que, nos casos em que o início do procedimento era após às 16 horas, havia uma tendência maior de apresentar complicações pós-operatórias e de aumentar, conforme entrava no período noturno. Sem apontar relação causa-efeito dos resultados, os autores sugerem alguns fatores a considerar, tais como fadiga da equipe cirúrgica, estresse no processo de trabalho, flutuações no cuidado institucional e aspectos biológicos dos pacientes (KELZ *et al*, 2008).

Souza *et al* (2017), em estudo sobre a influência do turno de trabalho da equipe de enfermagem e a qualidade de vida, enfatizaram que os sujeitos que trabalhavam pela manhã desenvolviam as atividades com maior segurança, pois conseguiam descansar à noite, eram mais próximos à família, praticavam exercício físico e consideravam-se com melhor qualidade de vida. É importante destacar que o corpo humano possui ritmos biológicos, os quais envolvem a produção hormonal que é responsável pelo ajuste do sono, metabolismo e produção de substâncias importantes para a manutenção a vida.

Aquelas pessoas que trabalham em turnos diferentes do seu ritmo circadiano têm mais risco ao agravamento de doenças, maior suscetibilidade a agentes lesivos, cansaço, sofrimento mental, envelhecimento precoce e alterações do trato gastrointestinal. A população tem perfil cronológico predominantemente diurno, o que representa melhor produtividade no desempenho das atividades, porém, muitas vezes o profissional de enfermagem, devido à remuneração insatisfatória, possui mais de um vínculo, praticando, assim, dupla jornada de trabalho, utilizando o turno noturno (VIANA *et al*, 2019).

Além disso, os cirurgiões preferem realizar as cirurgias no turno matutino, pois acreditam que os pacientes obedeçam melhor ao jejum, visto que no período do sono é menos provável a alimentação. Entretanto, estudo revela que o jejum prolongado deixa o paciente mais susceptível às intercorrências no pós-operatório, risco de hipoglicemia antes e durante o

procedimento, desconforto e deficiência na cicatrização. A *American Society of Anesthesiologists* (ASA) orienta que períodos menores de jejum no pré-operatório, com permissão de ingestão de líquidos até duas horas antes do procedimento, proporcionam mais conforto e não demonstra risco de broncoaspiração e atelectasia pulmonar (ASA, 2019).

Sobre o tipo de cirurgia, todos os pacientes passaram por procedimentos cirúrgicos eletivos, ou seja, agendados. Esse foi um dos critérios de seleção para os pacientes que participaram do estudo, visando focalizar uma população cirúrgica específica. Importante ressaltar também que a forma de acesso ao hospital do estudo foi regulada a partir do ambulatório. Sendo que o hospital é referência, do estado do Rio Grande do Norte, para as clínicas especializadas variadas, a grande maioria das admissões é para cirurgias programadas. Contudo, um paciente já internado pode evoluir para a classificação de urgência ou emergência, em função de alguma situação dessa natureza ocorrer durante sua internação.

Dados semelhantes foram identificados por Hashemi, Soleimanzadeh e Tavakolia (2019), que realizaram um estudo transversal em hospital universitário no Irã, onde 100% dos procedimentos avaliados foram eletivos. Leinonen *et al* (2003), em estudo realizado na Finlândia, com o propósito de desenvolver o instrumento *Good Perioperative Nursing Care Scale*, evidenciaram que 85% dos sujeitos, avaliando o cuidado de enfermagem, haviam sido submetidos às cirurgias eletivas.

De acordo com a SOBECC, as cirurgias são classificadas em quatro tipos: emergência, urgência, eletiva e opcionais. As de emergência precisam ser realizadas em curto espaço de tempo, para tentar garantir a vida do paciente. As de urgência devem ser realizadas em um período de 24 a 48 horas. As eletivas são realizadas de acordo com a disponibilidade do paciente e do cirurgião, podendo ser dias ou meses após o diagnóstico. E as cirurgias opcionais, dependem da decisão do paciente como, por exemplo, as cirurgias estéticas (SILVA, 2014; SOBECC, 2017).

No que diz respeito às cirurgias eletivas, possibilitam um tratamento integral por meio de consultas pré-operatórias efetivas, diagnóstico mais preciso, participação do paciente em todo o processo, apoio psicológico, avaliação e correção de problemas fisiológicos e orientações completas sobre a cirurgia e o pós-operatório. No Brasil, em 2017, ocorreram 80,6 mil cirurgias eletivas, sendo três mais demandadas: do aparelho digestivo, anexos e parede abdominal; oftalmológica; e aparelho geniturinário. Destaca-se que os hospitais universitários contribuíram de sobremaneira para realização desses procedimentos, diminuindo, assim, a lista de espera (SOBECC, 2017; BERALDO, 2018).

Diante desse contexto, os hospitais universitários vêm ofertando todos os tipos de cirurgias, em especial as cirurgias eletivas, nas diferentes regiões do País. No Brasil, segundo o Ministério da Educação (MEC), existem 46 Hospitais Universitários (HU) que são compreendidos como centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento tecnológico na área de saúde, que prestam serviços à população, elaboram protocolos técnicos para diversas patologias, oferecem programas de educação continuada e permitem atualização técnica dos profissionais do sistema de saúde, com padrão de eficiência à disposição do Sistema Único de Saúde (SUS). Faz parte da missão dos HUs a integração entre pesquisa, ensino e assistência, que são itens avaliados para certificação das unidades (ARAÚJO; LETA, 2014; BRASIL, 2019).

Tabela 2 – Caracterização das sensações e sentimentos antes e durante o procedimento cirúrgico indicados pelos 40 pacientes participantes, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2020.

	Nenhum	Pouco	Um pouco	Bastante
Antes de chegar ao centro cirúrgico, sentiu				
Náusea/vômito	40 (100,0)	-	-	-
Dor	36 (90,0)	-	-	4 (10,0)
Frio/arrepios	36 (90,0)	-	1 (2,5)	3 (7,5)
Medo da anestesia	25 (62,5)	2 (5,0)	4 (10,0)	9 (22,5)
Medo da cirurgia	21 (52,5)	4 (10,0)	5 (12,5)	10 (25,0)
Conhecimento sobre a anestesia	11 (27,5)	1 (2,5)	6 (15,0)	22 (55,0)
Conhecimento sobre a cirurgia	7 (17,5)	1 (2,5)	3 (7,5)	29 (72,5)
Durante a cirurgia, sentiu				
Náusea/vômito	34 (85,0)	-	2 (5,0)	4 (10,0)
Dor				
Medo da anestesia	32 (80,0)	-	1 (2,5)	7 (17,5)
Frio/arrepios	31 (77,5)	2 (5,0)	0 (0,0)	7 (17,5)
Medo da cirurgia	30 (75,0)	1 (2,5)	1 (2,5)	8 (20,0)
Conhecimento sobre a cirurgia	12 (30,0)	1 (2,5)	1 (2,5)	26 (65,0)
Conhecimento sobre a anestesia	12 (30,0)	1 (2,5)	4 (10,0)	23 (57,5)

FONTE: A autora (2020).

Observa-se, na Tabela 2, que a maioria dos pacientes sente-se tranquilo com relação ao procedimento cirúrgico, antes de entrar no centro cirúrgico, conforme evidenciado pelas altas frequências na resposta negativa para as sensações de náusea, vômitos, dor, ou frio/arrepios e as frequências menores (52,5% e 62,5%, respectivamente) na resposta negativa para a sensação de medo da cirurgia e da anestesia. Da mesma forma, a maioria (72,5%) indicou ter bastante conhecimento sobre a cirurgia e sobre a anestesia (55,0%).

Já sobre as sensações e sentimentos durante a cirurgia, 20% indicaram sentir-se com medo da cirurgia e 17,7% da anestesia, 17,5% com frio e 10% com náusea e vômito. Dados semelhantes foram identificados por Gröndahl *et al* (2018), que aplicaram o instrumento *GPNC*S na Finlândia, ao constatar que 80% dos pacientes tinham conhecimento suficiente sobre o procedimento cirúrgico e anestésico. Rehnstrom *et al* (2003), que realizou a tradução e adaptação transcultural do *GPNC*S na Suécia, também constataram que 73% dos pacientes receberam informação prévia sobre a cirurgia e anestesia.

O período perioperatório não costuma ser um evento rotineiro para a população, desperta inúmeros sentimentos, como ansiedade e medo. As ações cirúrgicas que mais se sobressaem e geram esses sentimentos são a anestesia, o procedimento cirúrgico propriamente dito e o ambiente cirúrgico. Na iminência do processo cirúrgico o paciente pode desenvolver comportamentos peculiares com o intuito de tentar enfrentar esse processo (PEREIRA *et al*, 2016).

Segundo Watson (2007), os enfermeiros acompanham os pacientes em todos os momentos da internação hospitalar e, para desenvolver um bom trabalho, é importante estabelecer relação satisfatória com os pacientes, família e comunidade através da empatia. Quando a relação não é imbuída por esse sentimento, a compreensão do cuidado proposto se torna mais difícil.

O enfermeiro possui uma intencionalidade consciente de se envolver em processos e relacionamentos autênticos de mutualidade e reciprocidade, na medida em que procura trabalhar, como ponto de partida, o quadro do paciente, compreendendo o significado das informações para a pessoa, bem como a prontidão e pontualidade para receber as informações. Dessa forma, o aprendizado é mais do que apenas receber informações e dados, envolve uma relação de cuidado como interpretação das necessidades de aprendizado. Esse processo evolutivo modifica o contexto convencional de transmissão de informação para o momento de construção mútua entre o enfermeiro e o paciente (WATSON, 2007).

Nesse ínterim, as informações, dúvidas e esclarecimentos sobre a cirurgia devem envolver a equipe multiprofissional como enfermeiro, cirurgião e anestesiolegista, principalmente, no período pré-operatório, para que os sentimentos negativos sejam amenizados e evitados. O conhecimento apreendido tem a possibilidade de desenvolver a segurança e autonomia diante desse contexto (VITURI, 2007).

As orientações sobre o processo cirúrgico, fornecidas ao cliente e seus familiares, são fundamentais para que eles enfrentem o momento com maior facilidade e menos ansiedade. Ademais, tais orientações são essenciais para a promoção e manutenção da saúde, além de dar

a oportunidade ao cliente de participar do tratamento e reabilitação. Para Watson (2009), é importante que os profissionais, no momento das orientações, desenvolvam escuta ativa, percepção das necessidades do outro e oferte o cuidado centrado na pessoa. Pois o cuidado é uma prática através da relação consciente e autêntica, com permissão de manter os pensamentos e opinião própria do outro e do profissional. Exaltando os sentimentos positivos e respeitando a pessoa e seu direito individual à autodeterminação, por meio da compreensão da sua individualidade e importância, enquanto ser único.

Entre os aspectos fisiológicos, a náusea e o vômito obtiveram destaque, pois, segundo Lages *et al* (2015) são complicações consideradas comuns e frequentes na recuperação da anestesia. De acordo com dados do estudo desse autor, 70% dos pacientes pós-cirúrgicos apresentaram náusea e vômito, podendo retardar a alta hospitalar. Somada a isso, tem a possibilidade de originar situações graves como deiscência de suturas, broncoaspiração, pneumonia aspirativa, desidratação, alterações hidroeletrólíticas, rotura esofágica e aumento da pressão intracraniana.

As principais causas, que levam ao aparecimento da náusea e do vômito pós-operatório, são: duração da intervenção cirúrgica, experiência do cirurgião com a manipulação das vísceras, hipotensão arterial, analgesia ineficaz, aumento dos opióides no líquido cefalorraquidiano e reversão do bloqueio neuromuscular. E como forma de prevenção, têm-se o uso de antiemético profilático, diminuição do uso de anestésico inalatório, manutenção da pressão arterial durante todo o procedimento e o uso elevado de oxigênio no perioperatório (LAGES *et al*, 2015).

5.4.2 Segunda Parte do Instrumento – Versão Brasileira da Escala dos Bons Cuidados de Enfermagem Perioperatórios – Aplicada ao Público Alvo

A seguir, será mostrada a segunda parte do instrumento, que revela as declarações dos participantes sobre o procedimento dentro do centro cirúrgico. Evidenciou-se, na tabela abaixo, que 100% dos participantes concordaram completamente com os itens que dizem que o “paciente foi tratado com cuidado pela equipe”, que a “equipe do centro cirúrgico é profissional”, “equipe foi cuidadosa”, “equipe tratou com respeito” e “equipe tratou de forma amigável”.

Tabela 3 – Relação dos itens da segunda parte do instrumento Escala dos Bons Cuidados de Enfermagem Perioperatórios, com as respectivas respostas dos participantes da pesquisa, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2020.

Tratamento no centro cirúrgico	D	DP	ND	CP	C
01 - Na sala cirúrgica medicação suficiente para dor	20 (50,0)	-	1 (2,5)	-	19 (47,5)

02 - Na SRPA recebeu medicação para a dor	13 (32,5)	1 (2,5)	1 (2,5)	-	25 (62,5)
03 - Eu fui tratado com cuidado, e a equipe não me causou dor	-	-	-	-	40 (100,0)
04 - Posição cirúrgica confortável	-	5 (12,5)	-	3 (7,5)	32 (80,0)
05 - Temperatura do corpo na sala cirúrgica foi mantida	1 (2,5)	5 (12,5)	-	3 (7,5)	31 (77,5)
06 - Temperatura do corpo mantida na SRPA	1 (2,5)	3 (7,5)	2 (5,0)	2 (5,0)	32 (80,0)
07 - Minha anestesia foi bem feita	-	-	-	1 (2,5)	39 (97,5)
08 - Minha cirurgia foi bem feita	-	-	1 (2,5)	1 (2,5)	38 (95,0)
09 - A equipe do centro cirúrgico foi profissional	-	-	-	-	40 (100,0)
10 - A equipe do centro cirúrgico foi muito cuidadosa e meticulosa no desempenho de suas funções relacionadas ao meu tratamento	-	-	-	-	40 (100,0)
11 - Na sala cirúrgica, recebia informação constantemente	8 (2,0)	2 (5,0)	1 (2,5)	1 (2,5)	28 (70,0)
12 - Na SRPA, recebia informação suficiente	9 (22,5)	2 (5,0)	3 (7,5)	2 (5,0)	24 (60,0)
13 - No CC, recebi informações claras sem termos técnicos	3 (7,5)	1 (2,5)	-	2 (5,0)	34 (85,0)
14 - Enfermeiros do CC deram informações suficientes	3 (7,5)	-	1 (2,5)	3 (7,5)	33 (82,5)
15 - O cirurgião deu informações suficientes	6 (15,0)	-	1 (2,5)	3 (7,5)	30 (75,0)
16 - O anesthesiologista deu informações suficientes	6 (15,0)	-	1 (2,5)	5 (12,5)	28 (70,0)
17 - No CC pude participar do meu tratamento	21 (52,5)	4 (10,0)	2 (5,0)	-	13 (32,5)
18 - Ouvi música	32 (80,0)	-	-	-	8 (20,0)
19 - No CC fui encorajado e apoiado	11 (27,5)	-	-	1 (2,5)	28 (70,0)
20 - Quando ansioso, recebia sedativos e conversa	9 (22,5)	-	-	2 (5,0)	29 (72,5)
21 - Fui tratado com respeito e consideração	-	-	-	-	40 (100,0)
22 - No CC, não fui colocado em situação constrangedora	-	1 (2,5)	-	-	39 (97,5)
23 - Não senti que meu cuidado foi impessoal	-	-	-	2 (5,0)	38 (95,0)
24 - A equipe do Centro Cirúrgico foi amigável	-	-	-	-	40 (100,0)
25 - Boa interação entre a equipe do CC	-	1 (2,5)	-	1 (2,5)	38 (95,0)
26 - Equipe do CC tinha bom senso de humor	-	2 (5,0)	1 (2,5)	1 (2,5)	36 (90,0)
27 - A equipe do Centro Cirúrgico foi educada e agradável em seu comportamento	-	-	-	-	40 (100,0)
28 - Equipe do CC teve tempo suficiente para mim	-	-	-	1 (2,5)	39 (97,5)
29 - O ambiente no Centro Cirúrgico era tranquilo e relaxado	-	-	-	-	40 (100,0)
30 - Ambiente do CC era relaxado e calmo	-	1 (2,5)	-	1 (2,5)	38 (95,0)
31 - A SRPA era tranquila	-	1 (2,5)	2 (5,0)	1 (2,5)	36 (90,0)
32 - Eu me senti seguro no CC	-	1 (2,5)	-	-	39 (97,5)
33 - Não esperei muito para ser admitido no CC	6 (15,0)	5 (12,5)	-	10 (25,0)	19 (47,5)
34 - Não fui transferido muito cedo para a enfermaria	2 (5,0)	4 (10,0)	1 (2,5)	3 (7,5)	30 (75,0)

FONTE: A autora (2020).

Legenda: D: Discordo Completamente; DP: Discordo Parcialmente; ND: não concordo e nem discordo; CP: concordo parcialmente; C: Concordo Completamente; CC: centro cirúrgico; SRPA: Sala de recuperação pós-anestésica.

Nota-se que o cuidado e as necessidades do paciente foram colocados como prioridade na assistência de enfermagem, transparecendo, assim, o cuidado centrado na pessoa. Essa forma de assistência contrapõe-se ao paradigma cartesiano reducionista, que imperou por bastante tempo no cuidado hospitalar. No modelo cartesiano, os profissionais faziam um recorte do

paciente, em sintomas, e exaltavam a fragmentação das necessidades biológicas. Ademais, a equipe mantinha uma postura soberana de detenção de todo o saber, tornando o indivíduo passivo no seu cuidado. Não abrangia sua complexidade e transversalidade. Nesse sentido, era perceptível a falta de autonomia, empoderamento, respeito e cuidado centrado nas necessidades do paciente (BARBOSA; SILVA, 2007).

Assim, por esse paradigma não ser capaz de oferecer suporte às necessidades mais profundas do ser humano e atender às inquietações do corpo e espírito, houve a primordialidade de se humanizar os cuidados. Significa respeitar a individualidade e construir, dentro das unidades de saúde, a cultura de ver o outro como humano, incluindo todos os envolvidos no cuidado. Para isso, o profissional da saúde, principalmente o enfermeiro, deve ser capaz de entender a si próprio e ao outro, demonstrando, por meio das ações com consciência, os valores e princípios que norteiam o cuidado. Portanto, respeitar o paciente é primordial no tocante aos cuidados humanizados (BARBOSA; SILVA, 2007; WATSON, 2009).

Watson (2009) acredita que, para o cuidado humanizado, é importante o desenvolvimento da empatia para estabelecer uma boa relação entre os profissionais e paciente. O profissional expressa uma verdadeira intenção de cuidar e reconhecimento que o outro está vivenciando uma experiência única. Envolve-se através de interação educativa com o paciente, o que representa a possibilidade de conexão verdadeira, pois o enfermeiro incentiva e favorece a participação do paciente nas tomadas de decisões, respeitando os aspectos éticos da profissão. Assim, estimular a autonomia de todos os envolvidos e sua capacidade de fazer escolhas são fatores cruciais para o desenvolvimento da empatia, contribuindo para um cuidado harmônico e que valoriza o outro (SAVIETO; LEÃO, 2016).

O reconhecimento, pelos profissionais, que os pacientes possuem saberes inerentes a sua experiência de vida, é a base para as teorias humanísticas de enfermagem e a Teoria do Cuidado Transpessoal. Isso possibilita a autonomia dos envolvidos, bem como favorece um cuidado ético e humano. Acrescido ao contexto, os enfermeiros também devem basear o cuidado no conhecimento científico, desenvolvimento técnico, profissionalismo e trabalho em equipe, que transpassa segurança ao paciente (WATSON, 2009; SAVIETO; LEÃO, 2016).

Na Tabela 3, também houve respostas dicotômicas, aquelas que metade dos participantes concordou totalmente e discordou totalmente de uma mesma afirmação. Verifica-se isso, nos itens 01 – recebimento de medicação para dor na sala cirúrgica – e item 17 – participação do tratamento dentro do centro cirúrgico.

No que diz respeito à dor, é considerada uma experiência sensorial e emocional desagradável, além dos aspectos físicos, que é associada às lesões reais ou potenciais. É

considerada algo subjetivo, e cada indivíduo tem capacidade de vivenciar de forma individual. A gravidade da dor não é diretamente proporcional à quantidade de tecido lesado, outros fatores influenciam a percepção deste sintoma, como fadiga, depressão, raiva, medo e ansiedade (PAULA, 2011).

Em pacientes submetidos a cirurgias, a dor vem sendo interpretada como algo natural, apesar de ser frequentemente o sintoma que mais os incomoda. E, para o manejo da dor, é primordial que haja avaliação sistemática e articulação do tratamento no pré, trans e pós-operatório. Para a sua suavização, é importante a associação de técnicas e agentes analgésicos tanto farmacológico como não farmacológico (PAULA, 2011).

Diante disso, Panazzolo *et al* (2017) afirmam que a técnica anestésica aplicada no paciente interfere na dor durante e após a cirurgia. A analgesia deve ser adaptada conforme a intensidade, características e natureza da dor, bem como o tipo e o porte do ato cirúrgico. Além disso, outros fatores como origem sociocultural, fatores psicocomportamentais e o tipo de anestesia, contribuem para a analgesia satisfatória no trans e pós-procedimento.

Sobre o item “participação do tratamento dentro do centro cirúrgico”, Souza *et al* (2019) defendem a ideia de que os enfermeiros e a equipe de saúde dessa unidade têm que considerar a orientação e participação dos pacientes em todas as etapas cirúrgicas, com a valorização do conhecimento, ideias, crença, valores e símbolos. Assim, o enfermeiro pode planejar ações no perioperatório, mediante interação direta com o indivíduo, para proporcionar o bem-estar, valorização da autonomia e diminuição do nível de estresse e ansiedade do cliente.

A participação do paciente em seu tratamento, de forma ativa, torna o cuidado mais consciente sobre suas necessidades. É importante frisar que proporcionar o bem-estar deve constituir o principal objetivo dos profissionais que os assistem. De acordo com Souza *et al* (2019), uma maneira de concretizar essa participação é a aplicação do Processo de Enfermagem (PE), que possibilita avaliação individualizada e sistematizada.

Watson (2009) acredita que, para o desenvolvimento do processo de cuidado consciente, é importante estabelecer confiança entre enfermeiro e paciente, através de relação aberta, autêntica e sem julgamentos, ou seja, com empatia. De acordo com Saviato e Leão (2016), existem vários conceitos de empatia, entretanto todos convergem para a capacidade de compreender os sentimentos, baseados nos aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais. Assim, para se ter empatia tem que se preocupar com o sofrimento alheio, representando um processo consciente, que visa ao aprimoramento das relações interpessoais, por meio da consolidação do vínculo afetivo e das habilidades comunicacionais.

Por fim, no item sobre a “possibilidade de ouvir música dentro da sala cirúrgica”, a maioria dos participantes discordou completamente da afirmativa. Contrariando o pensamento de Pires (2019), que defende a música como promotor do relaxamento e distração do paciente, favorecendo a manutenção da sua saúde mental e proporcionando uma sensação de bem-estar e de conforto, aliviando o cansaço físico e o estresse. Sua utilização como terapia alternativa promove eficácia, porque alivia a ansiedade pré e transoperatória, ao agir no sistema nervoso autônomo de modo a promover a redução dos batimentos cardíacos, da pressão arterial e dor no período cirúrgico. Também, é um estímulo que compete com a dor, com o desvio da atenção para um momento prazeroso (CAITANO *et al*, 2015).

Outrossim, impulsiona a concentração para o paciente tornando-o mais participativo e colaborativo nas atividades e procedimentos a ele propostos, consistindo melhor integração entre o paciente e equipe de saúde. Para Watson (2009) e Saviato e Leão (2016) a participação do indivíduo no cuidado revela o reconhecimento, por parte de todos os envolvidos no processo de cuidar, da capacidade de fazer escolhas e que a experiência vivenciada é única para ambos os lados.

Com benefícios para o paciente, a equipe cirúrgica envolvida no procedimento também se beneficia, atuando com mais tranquilidade e entusiasmo, proporcionando, não só para si mesmo como também para o paciente, sensações de segurança e harmonia. A música é fator estimulante para a tranquilidade e concentração, além de aumentar consideravelmente o raciocínio e a capacidade de autoconfiança, atenua os níveis de estresse e promove o sentimento de prazer na execução do procedimento (CAITANO *et al*, 2015).

Ademais, a música no intraoperatório diminui o consumo de medicamentos para sedação no processo anestésico e relaxa a musculatura. Estudo compara que a música tem efeito equivalente aos benzodiazepínicos no controle da ansiedade, com a vantagem de não apresentar efeitos colaterais. No pós-operatório, pacientes expostos à musicoterapia necessitam de menos analgesia e iniciam a mobilização do leito de forma mais precoce. Porém as músicas devem ser cuidadosamente selecionadas e, se possível, por terapeutas musicais e incluir tipos como as eruditas e clássicas, com tons suaves e baixa amplitude dinâmica (PIRES, 2019).

Isso posto, a utilização da música é uma modalidade de cuidado, considerada de baixo custo, que promove assistência integral e de qualidade pela equipe de saúde, acelerando o processo de recuperação do procedimento e melhor evolução clínica do paciente cirúrgico (PIRES, 2019).

5.4.3 Terceira Parte do Instrumento – Versão Brasileira do Instrumento Escala Dos Bons Cuidados De Enfermagem Perioperatórios – Aplicada ao Público Alvo

A última parte do instrumento consta de três questionamentos abertos para obter a opinião sobre os pontos positivos, negativos e sugestões, respectivamente, do cuidado perioperatório ofertado ao paciente.

Assim, no que diz respeito à primeira pergunta, sobre o melhor momento do período perioperatório na unidade, as respostas obtidas foram: assistência, acolhimento e atenção pela equipe. É notório que a equipe, principalmente a de enfermagem, conseguiu entender e, conseqüentemente, suprir as necessidades desses pacientes, com o olhar subjetivo à complexidade do sujeito, esquecendo o convencional do apenas saber-fazer, como preconiza Watson (WATSON, 2009; CARVALHO *et al*, 2011).

Acredita-se que, para isso acontecer, faz-se importante o surgimento de sintonia, que desperta em si mesmo o cuidado transpessoal como forma de compreender-se e auxiliar-se, a partir da empatia. Considerando a conexão homem-ambiente-universo, em processo de reconstituição da saúde individual e coletiva, tem que existir um olhar para dentro de si, do profissional e do cliente, a fim de encontrar suas potencialidades e limitações. Desse modo, o cuidado transcenderá o tempo e o espaço, marcará a vida de todos os envolvidos e contribuirá, sem dúvidas, para a melhoria da qualidade de vida (WATSON, 2009; CARVALHO *et al*, 2011).

No que concerne ao segundo questionamento, sobre o pior momento no período perioperatório, a resposta mencionada foi a falta de comunicação entre profissionais e acompanhantes. Divergindo desse contexto, Gomes *et al* (2018) reforçam que a comunicação é um dos elementos fundamentais na relação entre as pessoas, é uma ferramenta intrínseca no cuidado ao paciente. Considerada um instrumento fundamental na transmissão de informações para dar seqüência nas atividades a serem desenvolvidas pela equipe e pacientes.

Segundo os autores, a palavra comunicar representa “colocar em comum” e, no contexto da saúde, representa a troca de informações de forma eficiente, clara e com objetividade, possibilitando a continuidade do cuidado e garantindo a segurança do paciente dentro da unidade. A comunicação efetiva possibilita a valorização do paciente e, por conseguinte, melhor adesão ao tratamento e autocuidado (GOMES *et al*, 2018).

O terceiro item pede para os participantes deixarem sugestões para melhorar o cuidado no período perioperatório, entretanto, nenhum dos 40 participantes respondeu a assertiva.

5.5 Correlação dos itens que compõem o instrumento

Com o objetivo de relacionar elementos, representados no instrumento, com a perspectiva de refletir sobre o cuidado seguro, foram realizadas associações entre tipo de anestesia e lembrança do período cirúrgico e a visita pré-operatória com medo do procedimento cirúrgico.

A seguir, apresentam-se as associações entre os elementos do instrumento, já que o esse se propõe a demonstrar os bons cuidados perioperatórios que podem ser desenvolvidos e preconizados pela equipe.

Tabela 4 – Associação entre os elementos tipo de anestesia e lembrança dos períodos cirúrgicos, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2020.

Lembrança do período da cirurgia	Tipo de anestesia			P-valor
	Geral	Local	Ambos	
Chegada ao centro cirúrgico				
Claramente	22 (88,0)	8 (88,9)	6 (100,0)	0,999
Vagamente	3 (12,0)	1 (11,1)	--	
Tempo na sala cirúrgica				
Claramente	7 (77,8)	17 (68,0)	5 (83,3)	0,483
Vagamente	4 (16,0)	2 (22,2)	1 (16,7)	
Nada	4 (16,0)	--	--	
Tempo na SRPA				
Claramente	7 (77,8)	15 (60,0)	5 (83,3)	0,483
Vagamente	6 (24,0)	--	--	
Nada	4 (16,0)	2 (22,2)	1 (16,7)	
Saída do centro cirúrgico				
Claramente	23 (92,0)	6 (66,7)	3 (50,0)	0,053
Vagamente	1 (4,0)	1 (11,1)	1 (16,7)	
Nada	1 (4,0)	2 (22,2)	2 (33,3)	
Total	25 (100,0)	9 (100,0)	6 (100,0)	

FONTE: A autora (2020).

Legenda: SRPA: Sala de Recuperação Pós-anestésica.

Revelou-se que 77,5% dos participantes se submeteram à anestesia geral e 37,5% à local ou regional. Entretanto, só existe relação entre a lembrança da saída do centro cirúrgico e o tipo de cirurgia, p valor de 0,05.

Dados divergentes ao da pesquisa foram relatados por Pereira *et al* (2016), em estudo observacional prospectivo, que avaliou o nível da dor em pacientes que se submeteram à cirurgia eletiva de osteoartrite na cidade de Porto, em Portugal, o qual constatou que 55,8% se submeteram à anestesia regional (peridural ou raquidiana), 25,6% à anestesia geral e 18,6% à combinada.

Os autores evidenciaram que a anestesia regional do tipo peridural e raquidiana desenvolviam melhor controle da dor no pós-operatório, quando comparada à anestesia geral (PEREIRA *et al*, 2016). Complementando esse pensamento, Barbosa *et al* (2019) acharam associação entre a utilização da anestesia geral com complicações respiratórias pós-operatórias, com taxa de mortalidade superior a 30%, quando comparada à anestesia regional.

Entretanto, para escolher o tipo de anestesia é importante avaliar condições fisiológicas, tipo e duração do procedimento, doenças pré-existentes, posição operatória, exigências do cirurgião e manuseio da dor. Ademais, a ASA definiu uma classificação para os pacientes cirúrgicos de acordo com hábitos de vida e estados físico, em seis classes, que vão de ASA I a Classe E, para facilitar a escolha do tipo de anestesia (SOBECC, 2017).

Eyelade *et al* (2016), em estudo transversal e observacional realizado na Nigéria, identificaram que a presença de comorbidades em pacientes cirúrgicos é um fator significativo para a escolha do tipo de anestesia e o risco de morbimortalidade pós-cirúrgica. A tendência atual na prática anestésica inclui avaliação de riscos para comparar resultados, controlar custos, alocar recursos e adiar a cirurgia, até intervenções que melhorem as condições fisiológicas do paciente.

Entre as comorbidades que mais se destacaram foram: hipertensão arterial (48,8%), anemia (17,8%), asma (8,9%), diabetes mellitus (6,7%) e doença renal crônica (6,7%). Salienta-se que, em procedimentos eletivos, existe possibilidade de melhorar os padrões hemodinâmicos e apenas submeter ao procedimento os pacientes cujos padrões forem considerados normais ou que não acarretarem risco à vida (DU; WANG; YAN, 2018).

No Brasil, o enfermeiro não possui respaldo legal para aplicar anestesia, e sim o profissional médico que pode aplicar a anestesia local e os médicos com pós-graduação em anesthesiologia pode executar todos os tipos de anestesia. Porém, desde 1870, surgiu nos Estados Unidos da América (EUA) a primeira especialidade de Enfermagem Clínica, que executavam os cuidados em anestesia no pré, trans, pós-operatório, na sala de recuperação pós-anestésica e no tratamento de dor aguda e crônica. É uma realidade dos EUA, Europa, entre outros países, a partir da prática avançada e especializada por meio de cursos de mestrado e doutorado. No Brasil, o enfermeiro não é autorizado legalmente para esse fim, sendo importantes discussões mais constantes, que envolvam os órgãos competentes e profissionais de outros países para modificar essa realidade e trazer mais autonomia para o enfermeiro a partir da Prática Avançada em Enfermagem (TOSO; PADILHA; BREDA, 2019).

Na Tabela 4, também demonstra que 90% dos participantes lembraram claramente da chegada ao centro cirúrgico e 80% da saída do centro cirúrgico. Dados semelhantes aos do

estudo foram alcançados por Broering e Crepaldi (2013), em pesquisa sobre memórias pós-cirúrgicas em criança, em hospital infantil na cidade de São Paulo. Os mesmos identificaram que 100% dos participantes foram submetidos à anestesia geral e que não lembravam do momento intraoperatório.

No período pré-operatório, momento que antecede a cirurgia, tanto o paciente como os familiares estão em situação de ansiedade e estresse pela vivência de algo desconhecido e a incerteza dos processos de recuperação e cura. O cuidado a esse paciente deve ser de forma integral, respeitando a individualidade e necessidades percebidas e expressadas. Nesse momento, é importante que a equipe de enfermagem, mas especificamente o enfermeiro, dê as orientações pré-operatórias de forma clara, compreensível e participativa a todos os envolvidos. Visto que é nesse momento que o paciente está com sua condição cognitiva e nível de consciência preservado (ALVES; CARVALHO, 2014).

Para Watson (2009), esse cuidado ofertado por meio de uma visão humana do processo, consiste nos fatores cuidadosos que resultam na satisfação das necessidades humanas do paciente. Para cuidar é necessário aceitar a pessoa, não somente como ela é, mas também como ela poderá vir a ser de acordo com sua visão, permitindo a liberdade de escolha. Assim, escutar e orientar o paciente dentro de sua compreensão é fundamental para todo transcurso do período pré-operatório e as demais etapas cirúrgicas.

Durante o transoperatório ou intraoperatório ocorre a aplicação dos tipos de anestésias, a partir da escolha do anestesiológico, mediante diversos fatores observados no período pré-operatório. Quando se opta pela anestesia geral, há a indução da inconsciência reversível (hipnose), imobilidade através do relaxamento muscular, analgesia, depressão irregular e reversível do sistema nervoso central. Ela é dividida em três períodos: indução, manutenção e reversão. Ressalta-se que a amnésia ocorre em quase todos pacientes submetidos à anestesia geral, ou seja, eles não costumam lembrar desse período operatório (SOBECC, 2017).

Já as anestésias regionais e locais realizam o bloqueio reversível da sensibilidade, através do bloqueio da condução nervosa em alguma extremidade ou região do corpo. Em alguns casos, poderá ter perda reversível das atividades autonômicas, sensitivas e motoras, porém sem perda da consciência e de memória. A modalidade de anestesia combinada se caracteriza por associar dois tipos de anestesia para melhor bem-estar do paciente. Entretanto, em alguns casos, além da diminuição da parte sensitiva e motora, o nível de consciência é rebaixado de maneira controlada, havendo, assim, a amnésia desse período (ALVES; CARVALHO, 2014; SOBECC, 2017).

Desse modo, é imprescindível manter o foco nas condições fisiológicas e psicológicas do paciente por toda a equipe, principalmente a de enfermagem, na Sala de Recuperação Anestésica (SRPA) para a sua transferência à enfermaria. Contudo, devido ao excesso de atividades dentro do centro cirúrgico, falta de recursos humanos, problemas na estrutura física e aspectos inerentes ao profissional, muitas vezes, não permite que o enfermeiro faça avaliação satisfatória na unidade (FERREIRA *et al*, 2019).

Dessa forma, a fim de proporcionar a segurança no período perioperatório, até a saída do centro cirúrgico, e permitir a redução, em nível aceitável, de riscos desnecessários é fundamental a adesão de ações e protocolos direcionados à segurança do paciente. A partir daí, estudo demonstra que há redução das taxas de mortalidade e complicações cirúrgicas, adesão à antibioticoterapia, redução dos erros e falhas na comunicação da equipe (FERREIRA *et al*, 2019).

Na SRPA, o objetivo é de avaliar os pacientes no pós-operatório com o foco de prevenir complicações decorrentes do procedimento anestésico-cirúrgico. Diante disso, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em 2008, desenvolveu o *checklist* ou Lista de Verificação Cirúrgica para padronização das ações de saúde, em todo mundo. Além disso, assegurar que os elementos fundamentais na segurança sejam incorporados na rotina do centro cirúrgico. Diante desse contexto, a saída do paciente para as enfermarias deve ser realizada quando o paciente estiver consciente do processo, metabolizado a anestesia, retorno do controle motor e sensitivo do corpo, entre outras indicações (MANRIQUE *et al*, 2015).

Tabela 5 – Medo quanto ao procedimento cirúrgico e sua relação com a visita pré-operatória da equipe cirúrgica, e a percepção de segurança com a escolaridade dos participantes do estudo, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2020.

Profissionais que visitaram antes da cirurgia	Medo da cirurgia				p-valor
	Nenhum	Pouco	Muito	Bastante	
Cirurgião	2 (100,0)	-	-	-	0,04
Anestesista	1 (50,0)	-	-	1 (50,0)	
Enfermeiro do centro cirúrgico	4 (50,0)	-	2 (25,0)	2 (25,0)	
Nenhum	3 (12,5)	2 (8,3)	1 (4,2)	18 (75,0)	
Mais de um profissional	-	-	1 (25,0)	3 (75,0)	
Escolaridade	Sentimento de segurança				

	DP	ND	CP	C	p-valor
Ensino fundamental 1 e 2	-	-	-	20 (95,2)	> 0,999
Ensino Médio	-	-	-	13 (32,5)	
Profissionalizante	-	-	-	-	
Curso técnico	-	-	-	2 (5,0)	
Ensino superior	-	-	-	4 (10,0)	

FONTE: A autora (2020).

Legenda: DP: discordo parcialmente; ND: não concordo nem discordo; CP: concordo parcialmente; C: concordo completamente.

Na tabela acima, é comprovada a relação entre o medo do procedimento cirúrgico e a ausência de visitas da equipe, *p*-valor de 0,04. Achados convergentes foram encontrados por Garcia-Marcinkiewicz *et al* (2014), que estudaram sobre o conhecimento dos papéis dos profissionais da equipe cirúrgica e a importância da visita pré-operatória, no estado do Minnesota, nos Estados Unidos da América. Notaram que, nas 480 visitas pré-operatórias, 99% manifestaram interesse em receber informações sobre a dor e seu controle; 98% sobre a duração da cirurgia; 93% sobre complicações comuns da anestesia e procedimento cirúrgico; e todos relataram mais tranquilidade após a visita pré-operatória.

O procedimento cirúrgico pode despertar diversos sentimentos na vida de um indivíduo, visto que é um evento muitas vezes não esperado, que interrompe o transcurso do cotidiano e do desenvolvimento da vida. De acordo com Sampaio (2018), não importa o tipo de cirurgia a que o indivíduo será submetido, mas sim o modo como é preparado para vivenciar o momento. O estado emocional no pré-operatório atua diretamente sobre suas reações durante e pós cirurgia. Dentre os sentimentos mais comuns que os pacientes costumam relatar, destacam-se: medo, ansiedade, insegurança, perda da autonomia, perda de identidade, remorso, despersonalização, desconforto, entre outros.

Assim, para prevenir esse contexto, Du, Wang e Yan (2018) reforçam que é fundamental a realização da visita pré-operatória, que é o ponto de partida dos cuidados perioperatórios. Os paciente e familiares estão envolvidos em um misto de sentimentos que perdurará em todo o processo. E a equipe é responsável em proporcionar informação, conforto e tranquilidade a todos. Para Henriques, Costa e Lacerda (2016), o profissional de destaque nessa etapa é a equipe de enfermagem, pois o contato prévio do paciente com o enfermeiro do centro cirúrgico permite a diminuição da ansiedade e medo, como também um melhor conhecimento das reais necessidades do paciente, pelo enfermeiro e, conseqüentemente, construção de ações mais efetivas para o intra e pós-operatório.

Para Du, Wang, Yan (2018), a visita de enfermagem pré-operatória é vista como as boas práticas de enfermagem, cuja maior finalidade é preparar um atendimento personalizado, que permita ao doente cirúrgico sentir um ambiente de segurança e confiança. Dessa forma, o enfermeiro do centro cirúrgico segue até a unidade de internação para conhecer o paciente e iniciar o processo de cuidado individualizado, com o objetivo de identificar problemas, perceber as necessidades e planejar condutas que possibilitem melhor qualidade na assistência no período perioperatório.

Essa assistência se dará através do comportamento empático, demonstrado pela preocupação com o sentimento alheio, que visa o aprimoramento das relações interpessoais por meio da consolidação do vínculo afetivo e das habilidades de comunicação, a partir de um processo consciente. Essa empatia proporciona tanto a satisfação dos pacientes quanto a dos profissionais (WATSON, 2009).

Contudo, a falta de orientação, ausência de apoio e a não existência da visita pré-operatória contribui para um relacionamento terapêutico inadequado, com a permanência de sentimentos que não trazem benefícios ao quadro clínico do paciente. Além disso, pode-se ocasionar eventos adversos como infecção de sítio cirúrgico, posicionamento inadequado, procedimento no local errado, administração incorreta de medicamentos e intercorrências no processo anestésico-cirúrgico (SAMPAIO, 2018).

No que refere à associação entre grau de escolaridade e sensação de segurança no centro cirúrgico, não se observou significância, com o *p*-valor de 0,999. No qual, 95,2% dos participantes, com ensino fundamental, afirmaram se sentir seguros no centro cirúrgico, contrariando as expectativas de que quanto maior o nível educacional menor o sentimento de insegurança. A justificativa provável é de que, ao se conhecer os riscos cirúrgicos, aumente a percepção de insegurança.

O termo segurança possui um conceito amplo e de inúmeros significados, variando de acordo com aspectos políticos, econômicos, sociais, históricos e culturais. Representa a ideia de sentir-se seguro mediante as ameaças e perigos. É o conjunto das ações e de recursos utilizados para proteger algo ou alguém, que serve para diminuir os riscos ou os perigos ou aquilo que serve de base ou que dá estabilidade ou apoio. O referencial de segurança deixa de ser o Estado e passa a ser o indivíduo, tornando mais humana, centrado no bem-estar (NASCIMENTO, 2018).

Assim, segurança seria a luta contra qualquer ameaça à vida humana e à preservação de todos os âmbitos dos quais a vida humana necessita, embasada nos direitos individuais, garantindo proteção, saúde, alimentação, preservação do meio, cultural e étnico, bem como a

defesa dos direitos humanos básicos e a democracia, contra qualquer tipo de violência, agressão ou dano (NASCIMENTO, 2018).

Alicerçado nesse pensamento e imergindo no contexto cirúrgico, o foco de segurança na área perioperatória vem se revelando desde os anos 2000, com o grande desafio para garantir a segurança do paciente dentro do contexto cirúrgico. Com a mudança do perfil demográfico e aumento do número de cirurgias, houve um movimento global para certificar que todos os sistemas de saúde ofertassem assistência cirúrgica segura. Em 2002, na Assembleia Mundial de Saúde, realizada entre os países membros da Organização Mundial da Saúde (OMS), discutiu-se sobre a importância de diminuir os erros médicos em procedimentos cirúrgicos e a necessidade de resoluções de segurança do paciente dentro das políticas públicas mundiais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Entre 2007 e 2008, foi estabelecido o segundo desafio global para melhorar a segurança no ambiente cirúrgico, para estabelecer e manter um padrão de qualidade intitulado “cirurgias seguras salvam vidas”. Freitas (2014) reforça o conceito de segurança, redução, atenuação de atos considerados inseguros, atrelados ao sistema de assistência à saúde, bem como ao emprego das melhores práticas, no intuito de obter os resultados esperados. Nesse sentido, presume-se que a segurança dentro dessa nuance reduz o tempo de hospitalização, complicações fisiológicas, custos e taxa de morbimortalidade do paciente.

Destarte, existem três ações importantes, preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), direcionadas ao cuidado seguro: evitar a ocorrência dos eventos adversos;- dar visibilidade, caso ocorram, e intervenções eficazes para minimizá-los. Essas ações devem ser discutidas em forma de rotina na unidade, para que a prática clínica seja reavaliada constantemente e se construam estratégias, baseadas em evidências, para tornar o período perioperatório seguro (HENRIQUES; COSTA; LACERDA, 2016).

Diante disso, Henriques, Costa e Lacerda (2016) destacam que o enfermeiro é o principal profissional responsável por manter a cultura de segurança no perioperatório. Suas atividades são consideradas complexas devido à necessidade de integração dos aspectos técnico, assistencial e gerencial concomitantemente, em um ambiente fechado, com grande avanço tecnológico e equipe multiprofissional, sem tirar o foco principal que é atender as expectativas do paciente e família. Assim, o uso de tecnologias, como os instrumentos, contribui para a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem e para o avanço da enfermagem enquanto ciência.

6 CONCLUSÃO

O estudo confirma a tese de que o instrumento Escala dos Bons Cuidados de Enfermagem Perioperatórios se adequa ao contexto brasileiro, após tradução e adaptação transcultural. Assim, têm-se um instrumento no qual foi realizada a validação de conteúdo e, que após a realização da validação psicométrica, estará apto para aplicação aos pacientes no contexto cirúrgico e, conseqüentemente, gerar dados que possibilitem contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado.

O instrumento, originalmente construído em inglês, foi traduzido e adaptado transculturalmente seguindo todas as etapas estabelecidas no percurso metodológico. Após avaliação pelo comitê de avaliadores, o instrumento manteve as equivalências com o instrumento original.

No processo de tradução, os tradutores na primeira etapa tiveram divergências quanto a itens da primeira e segunda parte do instrumento, porém após encontro, entre os revisores e a pesquisadora e apoiado nas evidências oferecidas pela literatura, desenvolveu-se a Versão Síntese com consenso de todos. Na retradução ou *Back-Translation* os dois retradutores constataram que a versão traduzida refletia com precisão o conteúdo do instrumento versão original. No que se refere à validação do conteúdo, o Comitê de Avaliadores obteve mais de 80% de concordância no que diz respeito às equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual.

Entre as limitações identificadas no estudo, destaca-se o instrumento original que foi elaborado na forma de um questionário, pois as pessoas não alfabetizadas não tem a possibilidade de participar.

Além disso, devido a um problema estrutural que culminou na reforma da Central de Material Estéril do Hospital Universitário Onofre Lopes, o número de cirurgias diárias realizadas no setor foi reduzido significativamente, dificultando a coleta de dados.

Dessa forma, ressalta-se que a Escala dos Bons Cuidados de Enfermagem Perioperatórios reconhece as fragilidades e potencialidades do cuidado de enfermagem mediante o ponto de vista do paciente. Para tanto, há articulação de ações para melhorar a assistência de acordo com o cuidado centrado na pessoa.

Acredita-se que, com a aplicação do instrumento, serão percebidos os pontos de premência, os quais subsidiarão ações para articular a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem. Além disso, com a sua utilização o cuidado de enfermagem perioperatório poderá

ser comparado entre os serviços no País e no mundo, visto que a Escala dos Bons Cuidados de Enfermagem Perioperatórios já foi traduzida e adaptada em várias realidades internacionais.

Importante destacar que para a validação psicométrica, o estudo tem a pretensão de aplicar o instrumento nos cinco maiores hospitais públicos do estado do Rio Grande do Norte, com foco nos procedimentos eletivos, com o intuito observar, a partir da perspectiva dos pacientes, o maior número e tipos de cirurgias possíveis.

Destarte, o estudo tem implicações para a prática de enfermagem ao traduzir e adaptar um instrumento com a finalidade de avaliar o cuidado de enfermagem no perioperatório na perspectiva do paciente, pois favorece o fortalecimento de um cuidado de enfermagem individualizado, valoriza a relação entre enfermeiro e paciente e a ciência da enfermagem, por meio do desenvolvimento de uma tecnologia.

REFERÊNCIAS

- ABDELHADI, N.; DRACH-ZAHAVY, A. Promoting patient care: work engagement as a mediator between ward service climate and patient-centred care. **Journal of Advanced Nursing**, Inglaterra, v. 68, n. 6, p. 1276–1287, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05834.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2011.05834.x>. Acesso em: 28 jan. 2019.
- ACQUADRO, C. *et al.* Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational trials. **Value in Health**, Estados Unidos da América, v. 11, n. 1, p. 509-52, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00292.x>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18179659>. Acesso em: 11 mar. 2019.
- AL-ABRI, R.; AL-BALUSHI, A. Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. **Oman Medical Journal**, Omã, v.29, n.1, p.3–7, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5001>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3910415/>. Acesso em: 28 nov. 2018.
- ALPENDRE, F. T. *et al.* Cirurgia segura: validação de checklist pré e pós-operatório. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 25, n.10, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1854.2907>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100357&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 dez. 2018.
- ALVES, D. R.; CARVALHO, C. Despertar intraoperatório (awareness): abordando o paciente de forma sistemática. **Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia**, Lisboa, v. 23, n. 2, 2014. DOI: <https://doi.org/10.25751/rspa.4074>. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/4074>. Acesso em: 28 jan. 2020.
- AMARAL, S. F. T. **A Diabetes Mellitus e a Amputação: Medidas Preventivas**. 2014. 30f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade da Beira Interior. Covilhã, 2014. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/cb16/848561b01a120d454ff238042c67f7b293d0.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2019
- AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. Promoting scientific discovery and knowledge in perioperative, critical care, and pain medicine to advance patient care. **Anesthesiology Journal**. v. 131, 2019. Disponível em: <https://anesthesiology.pubs.asahq.org/journal.aspx>. Acesso em: 29 nov. 2019.
- AMORIM, T. V. *et al.* Cuidado sistematizado em pré-operatório cardíaco: Teoria do Cuidado Transpessoal na perspectiva de enfermeiros e usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 568-574. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670411>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000400568&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 fev. 2019.
- ANDRÉ, S.; TOMÁS, A.; DUARTE, J. Qualidade dos cuidados relativos à cirurgia de ambulatório: perspectiva dos utentes. **Millenium**, Viseu, v. 2, n. 2, p. 73-84, 2017. DOI:

<https://doi.org/10.29352/mill0202e.06>. Disponível em:
<https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/12067>. Acesso em: 14 dez. 2018.

ARAÚJO, A. M.; LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.653-673, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014005000022>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000401261&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 dez. 2019.

ARTHUR, J. P. *et al.* Tradução e adaptação transcultural da Hypertension Knowledge-Level Scale para uso no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3073, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2832.3073>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100375&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 dez. 2019.

ASCARI, R. A. Reflexão sobre o cuidado dispensado ao paciente cirúrgico no perioperatório. **Revista UNINGÁ Review**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 33-36, 2014. Disponível : <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1535>. Acesso em: 16 jan. 2019.

ATALLAH, M. A. *et al.* Patients satisfaction with quality of nursing care provided: the Saudi experience. **Internacional Journal of Nursing Practice**, Austrália, v. 19, n. 6, p. 584-590, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijn.12102>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24330208>. Acesso em: 03 dez. 2019.

AUSSERHOFER, D. *et al.* Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multi country cross sectional RN4CAST study. **BMJ quality & safety**. Inglaterra, v. 23, n. 2, p. 126-135, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002318>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24214796>. Acesso em: 28 nov. 2018.

BARBOSA, F. T. *et al.* Anestesia neuroaxial comparada à anestesia geral para revascularização dos membros inferiores em idosos. Revisão sistemática com metanálise de ensaios clínicos aleatórios. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942009000200012>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942009000200012. Acesso em: 03 dez. 2019.

BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 546-551, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000500012>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000500012&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 03 dez. 2019.

BATISTA, J. *et al.* Prevalência e evitabilidade de eventos adversos cirúrgicos em hospital de ensino do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e2939, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2939.3171>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100354&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 28 nov. 2018.

BAUMAN, Z. **Amor líquido**: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

BAZANINI, R. *et al.* Trabalho em equipe sob a ótica da percepção dos gestores e funcionários de uma empresa de serviços. **Pretexto**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 11-24, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.21714/pretexto.v19i1.3089>. Disponível em: http://www.fumec.br/revistas/pretexto/article/view/3089/artigo_1_1_2018.pdf. Acesso em: 17 fev. 2019.

BEATON, D. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaption of self-report Measures. **Spine**, Estados Unidos, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>. Disponível em: https://journals.lww.com/spinejournal/Citation/2000/12150/Guidelines_for_the_Process_of_Cross_Cultural.14.aspx. Acesso em: 23 fev. 2019.

BEATON, D. *et al.* **Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH e Quick DASH Outcome Measures**. American Academy of Orthopaedic Surgeons and Institute for Work & Health. p. 03-45, 2007. Disponível em: http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf. Acesso em: 16 jan. 2019.

BEATTIE, C. History and principles of anaesthesiology. *In*: HARDMAN, J. G.; LIMBIRD, L. E.; GILMAN, A. G. (ed.) **Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics**. New York: McGraw-Hill, 2014. p. 321-335.

BEAUFORD, J. E.; NAGASHIMA, Y.; WU, M. Using Translated Instruments In Research. **Journal of College Teaching e Learning**, Alemanha, v. 6, n. 5, p. 77-82, 2009. DOI: <https://doi.org/10.19030/tlc.v6i5.1144>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/298796592_Using_Translated_Instruments_In_Research. Acesso em: 16 jan. 2019.

BERALDO, N. Ministério da Saúde libera 61 milhões de reais para cirurgias eletivas. Ministério da Saúde, Brasília, 2018. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42611-ministerio-da-saude-libera-r-61-milhoes-para-cirurgias-eletivas>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BERNTSEN, G. *et al.* A person-centered integrated care quality framework, based on a qualitative study of patients' evaluation of care in light of chronic care ideals. **BMC Health Services Research**, Reino Unido, v. 18, n. 4179, p. 1-15, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3246-z>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3246-z>. Acesso em: 11 mar. 2019.

BIDERMAN, M. T. C. Aurélio: sinônimo de dicionário? **Alfa**, São Paulo, n. 44, p. 27-55, 2000. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/alfa/article/view/419/8/3794>. Acesso em: 14 fev. 2019.

BORSATO, F. G.; VANNUCHI, M. Y. O.; HADDAD, M. C. F. L. Qualidade da assistência de enfermagem: ambiente do paciente em hospital público de média complexidade. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. e6222, 2016. DOI:

<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.6222>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6222>. Acesso em: 14 dez. 2018.

BRASIL. ANVISA. Resolução-RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html. Acesso em: 03 dez. 2019

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Institui diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 16 fev. 2019.

BRASIL. Lei nº 12.842, de 10 julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da medicina. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2013b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm. Acesso em: 16 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde destina R\$ 143,2 milhões para cirurgias eletivas. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/18789-ministerio-da-saude-destina-r-143-2-milhoes-para-cirurgias-eletivas>. Acesso em: 24 fev. 2018.

BRASIL. Relação dos Hospitais Universitário. **Ministério da Educação**. 2019. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios?id=13808>. Acesso em: 16 fev. 2019.

BROERING, C. V.; CREPALDI, M. A. O estudo das memórias pós cirúrgicas: importância e limitações. **Vittalle**, Rio Grande, v. 25, n. 2, p. 53-61, 2013. Disponível em: <https://www.seer.furg.br/vittalle/article/view/6027/3727>. Acesso em: 23 abr. 2019.

CAITANO, J. S. O. *et al.* Música durante o transoperatório: concepção de profissionais e pacientes. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 16, n. 2, p. 76-83, 2015. Disponível em: [http://www.periodicos.ufes.br/?journal=rbps&page=article&op=view&path\[\]=9289](http://www.periodicos.ufes.br/?journal=rbps&page=article&op=view&path[]=9289). Acesso em: 15 dez. 2019.

CARVALHO, N. V. *et al.* O processo *Clinical Caritas* de Jean Watson na assistência de enfermagem brasileira: uma revisão sistemática. **Cultura de los cuidados**, Espanha, v. 15, n. 29, 2011. DOI: <https://doi.org/10.7184/cuid.2011.29.09>. Disponível em: <http://www.index-f.com/cultura/29pdf/29-082.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2020.

CHURCHILL, L. R. The hegemony of money: commercialism and professionalism in American medicine. **Cambridge Quarterly of Health care Ethics**, Inglaterra, v. 16, n. 4, p. 407-414, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1017/S096318010707050>. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/cambridge-quarterly-of-healthcare-ethics/article/hegemony-of-money-commercialism-and-professionalism-in-american-medicine/240D720EEA293523A5AFE5CC31411DD8>. Acesso em: 14 jan. 2020.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construction of measurement instruments in the area of health. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300925&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 de jan. 2020.

CONOVER, W. L. **Practical Nonparametric Statistics**. s.l.: John Wiley, 1971.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 04 fev. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Manual do Selo**. 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/selo-da-qualidade/manual-do-selo>. Acesso em: 04 fev. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Novo código de ética da Enfermagem Brasileira**. 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/publicado-novo-codigo-de-etica-da-enfermagem-brasileira_59153.html. Acesso em: 03 dez. 2019.

CONTERATTO, K.S. *et al.* Segurança do paciente no perioperatório: evidência dos fatores determinantes do cancelamento cirúrgico. **Journal Nursing Health**, Rio Grande do Sul, v. 10, n. 01, p.1-19, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.15210/jonah.v10i1.14715>. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/14715>. Acesso em: 19 jan. 2019.

DATASUS. Procedimentos hospitalares do SUS. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2017. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>. Acesso em: 16 fev. 2019.

DELANEY, L. J. Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. **Collegian**, Austrália, v. 25, n. 1, p. 119-123, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.02.005>. Disponível em: [https://www.collegianjournal.com/article/S1322-7696\(17\)30042-2/abstract](https://www.collegianjournal.com/article/S1322-7696(17)30042-2/abstract). Acesso em: 14 jan. 2019.

DEZORDI, C. C. M.; STUMM, E M. F. Atitudes de segurança de uma equipe antes e após a implantação do *checklist* de cirurgia segura. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 3, p. 816-819, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i3a230778p816-819-2018>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-968584>. Acesso em: 14 jan. 2019.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Estados Unidos da América, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2241519>. Acesso em: 14 jan. 2019.

DONMEZ, H. *et al.* Comparison of 16-row Multislice CT Angiography With Conventional Angiography for Detection and Evaluation of Intracranial Aneurysms. **European Journal of Radiology**, Irlanda, v. 80, n. 2, p. 455-61, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2010.07.012>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20729022/>. Acesso em: 14 out. 2019.

DONMEZ, Y. C.; OZBAYIR, T. Validity and reliability of the ‘good perioperative nursing care scale’ for Turkish patients and nurses. **Journal of clinical nursing**, Inglaterra, v. 20, n. 1-2, p. 166-174, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03314.x>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21040032>. Acesso em: 14 jan. 2019.

DU, H.; WANG, N.; YAN, F. Effects of preoperative nursing visit on stresses and satisfaction of patients for selective surgery. **International Journal of Clinical and Experimental Medicine**, Estados Unidos da América, v. 11, n. 3, p. 2495-2500, 2018. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/0399/e12db4c7682caad56e29c42f03610fd54c87.pdf?_ga=2.211611216.432174435.1580069475-769593581.1580069475. Acesso em: 19 jan. 2020.

EKMAN, I. *et al.* Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: The PCC-HF study. **European Heart Journal**, Inglaterra, v. 33, n. 9, p. 1112–1119, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehr306>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21926072>. Acesso em: 14 jan. 2019.

EYELADE, O. *et al.* Outcome of anesthesia in elective surgical patients with comorbidities. **Annals of African medicine**, Índia, v. 15, n. 2, p. 78–82, 2016. DOI: <https://doi.org/10.4103/1596-3519.176204>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27044731>. Acesso em: 19 jan. 2020.

FEHRING, R. J. Symposium of validation models: the Fehring model. *In*: CARROLL-JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia, EUA: Lippincott Company, p. 55-62, 1994.

FERREIRA, N. C.S. *et al.* Checklist de cirurgia segura: conhecimento e utilização do instrumento na perspectiva dos técnicos de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. Minas Gerais, v.9, e. 2609, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.2608>. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2608/2064>. Acesso em: 19 jan. 2020.

FRANCIS, N. K. *et al.* Consensus on Training and Implementation of Enhanced Recovery After Surgery: A Delphi Study. **World journal of surgery**, Estados Unidos da América, v.42, n. 7, p.1919-1928, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00268-017-4436-2>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29302724>. Acesso em: 14 jan. 2019.

FREITAS, J. S. *et al.* Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 454-460, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3241.2437>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000300454. Acesso em: 14 jan. 2020.

GARCIA-MARCINKIEWICZ, A. G. *et al.* Health literacy and anesthesia: patients' knowledge of anesthesiologist roles and information desired in the preoperative visit. **Journal of Clinical Anesthesia**, Estados Unidos da América, v. 26, n. 5, p. 375-382, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2014.01.013>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25086485>. Acesso em: 14 jan. 2020.

GARIBALDI, J. W. Palavras escritas, indícios de palavras ditas. **Linguagem em (Dis)curso**, Tubarão. v. 3, p. 09-25, 2003. Disponível em: http://portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/Linguagem_Discurso/article/view/243/258. Acesso em: 17 jun. 2019.

GILLESPIE, B.M. *et al.* Using normalisation process theory to evaluate the implementation of a complex intervention to embed the surgical safety checklist. **BMC Health Services Research**. v. 18, p. 170, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2973-5>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-2973-5>. Acesso em: 04 mai. 2019.

GLARCHER, M.; SCHUMACHER, P.; FRITZ, E. Care quality instruments. **International journal of health care quality assurance**, Inglaterra, v. 28, n. 5, p. 532-539, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-01-2015-0010>. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/publication/issn/0952-6862/vol/28/iss/5>. Acesso em: 17 jun. 2019.

GOMES, J. A. P.; MARTINS, M. M.; FERNANDES, C. S. N. N. Instruments to evaluate quality and safety in the surgical center – an integrative review. **Revista Cogitare Enfermagem**, Paraná, v.21, p.1-09, 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/c2d0/159d2cddb7939ae825cf0cad685a91cdf388.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2019.

GOMES, R. M. *et al.* Limites e desafios da comunicação efetiva para a segurança do paciente: um discurso coletivo. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v.10, n. 1, p. 2006-12, 2018. DOI: https://doi.org/10.25248/reas396_2018. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS396.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2020.

GRECO, P. B. T. **Adaptação transcultural para a língua portuguesa do Brasil da Resiliencie At Work Scale (RAW SCALE)**. 2018. 230f. Tese (Doutorado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/16353>. Acesso em: 20 jan. 2020.

GRÖNDAHL, W. *et al.* Perceived quality of nursing care and patient education: a cross-sectional study of hospitalised surgical patients in Finland. **BMJ Open**, Londres, v.9, e023108 p. 1-9, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023108>. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/4/e023108>. Acesso em: 21 jan. 2020.

GUIDO, L. A. *et al.* Cuidado de enfermagem perioperatório: revisão integrativa de literatura. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, México, v. 6, n. 4, p. 1601-1609.

2014. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1601-1609>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750770031>. Acesso em: 21 jan. 2019.

HANEFELD, J.; POWELL-JACKSON, T.; BALABANOVA, D. Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. **Bulletin of the World Health Organization**, Suíça, v. 95, p. 368-374, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.179309>. Disponível em: <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/5/16-179309/en/>. Acesso em: 20 jan. 2019.

HASHEMI, S. M.; SOLEIMANZADEH M. S.; TAVAKOLIKIA, H., Determining Model for Maximum Blood Request(MSBOS) for Surgery: An Elective Surgery in Imam Ali Hospital, Zahedan, Iran. **International journal of hematology-oncology and stem cell research**, Irã, v. 13, n. 2, p. 95-101, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6660480/>. Acesso em: 21 jan. 2020.

HENRIQUES, A. H. B.; COSTA, S. S.; LACERDA, J. S. Assistência de enfermagem na segurança do paciente cirúrgico: revisão integrativa. **Revista Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 21, n. 4, p. 01-09, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.45622>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45622>. Acesso em: 22 jan. 2020.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. Equivalence and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. **Quality of Life Research**, Países Baixos, v. 6, n. 3, p. 237-247. 1997. DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/a:1026410721664>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9226981>. Acesso em: 20 dez. 2020.

HERTEL-JOERGENSEN, M; ABRAHAMSEN, C; JENSEN, C. Translation, adaptation and psychometric validation of the Good Perioperative Nursing Care Scale (GPNCS) with surgical patients in perioperative care. **International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing**, Inglaterra, v. 29, p. 41-48, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2018.03.001>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29588223>. Acesso em: 20 dez. 2018.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. PNAD Contínua 2016: 51% da população com 25 anos ou mais do Brasil possuíam no máximo o ensino fundamental completo. **Agência IBGE Notícias**, 21 dezembro 2017a. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/18992-pnad-continua-2016-51-da-populacao-com-25-anos-ou-mais-do-brasil-possuiam-no-maximo-o-ensino-fundamental-completo>. Acesso em: 20 dez. 2018.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pirâmide etária do Brasil**. 2017b. Disponível em: <<https://cnae.ibge.gov.br/en/component/content/article/95-7a12/7a12-vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/16064-idade-da-populacao.html>>. Acesso em: 21 dez. 2018.

ISTOMINA, N. *et al.* Lithuanian nurses' assessments of their empowerment. **Scandinavian journal of caring sciences**, Suécia, v. 26, n. 1, p. 3-11, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00894.x>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21585417>. Acesso em: 24 mar. 2019.

JOHANSSON, P.; OLENI, M.; FRIDLUNG, B. Patient satisfaction with nursing in the context health care: a literature study. **Scandinavian Journal o Caring Sciences**, Suécia, v. 16, n. 4, p. 337-344, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2002.00094.x>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12445102>. Acesso em: 24 mar. 2019.

JONES, T.L.; HAMILTON, P.; MURRY, N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: state of the science review. **International journal of nursing studies**, Inglaterra, v. 52, n. 6, p. 1121-1137, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25794946>. Acesso em: 24 mar. 2019.

KALAJA, R.; MYSHKETA, R.; SCALERA, F. Service quality assessment in health care sector: the case of Durres public hospital. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, Estados Unidos da América, v. 235, p. 557 – 565, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.11.082>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042816316160>. Acesso em: 24 mar. 2019.

KELZ, R. *et al.* Time of day is associated with postoperative morbidity: an analysis of the National Surgical Quality Improvement Program data. **Annals of Surgery**, Estados Unidos da América, v. 247, n. 3, p. 544-552, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31815d7434>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18376202>. Acesso em: 08 mar. 2020.

KIM, K.; YOO, M. S.; SEO, E. J. Exploring the influence of nursing work environment and patient safety culture on missed nursing care in Korea. **Asinan Nursing Research**, Singapura, v. 12, n. 2, p. 121-126, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.04.003>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29684580>. Acesso em: 08 mar. 2019.

KOÇ, Z.; SAĞLAM, S.; SENOL, M. Patient Satisfaction with the Nursing Care in Hospital. **Türkiye Klinikleri Journal Medicine Science**, Turquia, v. 31, n. 3, p. 629-640, 2011. DOI: <https://doi.org/10.5336/medsci.2009-16413>. Disponível em: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-patient-satisfaction-with-the-nursing-care-in-hospital-60766.html>. Acesso em: 23 mar. 2019.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (ed.). To err is human: building a safer health system. **National Academy Press**: Washington, D.C., 2000. Disponível em: <https://www.nap.edu/search/?term=To+err+is+human+Report>. Acesso em: 08 jun. 2019.

KOL, E. *et al.* A quality indicator for the evaluation of nursing care: determination of patient satisfaction and related factors at a university hospital in the Mediterranean Region in Turkey. **Collegian**, Estados Unidos da América, v. 25, n. 1, p. 51–56, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.03.006>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/journal/collegian>. Acesso em: 08 mai. 2019.

LAGES, N. Náuseas e Vômitos no Pós-Operatório: Uma Revisão do “Pequeno-Grande” Problema. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 5, p. 575-585, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942005000500013>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942005000500013. Acesso em: 23 nov. 2019.

- LASCHINGER, H. S. *et al.* A Psychometric analysis of the Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire: an actionable approach to measuring patient satisfaction. **Journal of nursing care quality**, Estados Unidos da América, v. 20, n. 3, p. 220-230, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1097/00001786-200507000-00006>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15965386>. Acesso em: 23 mar. 2019.
- LEINO-KILPI, H.; VOURENHEIMO, J. The patient's perspective on nursing quality: Developing a framework for evaluation. **International Journal for Quality in Health Care**, Inglaterra, v. 6, n. 1, p. 85-91, 1994. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/6.1.85>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7953210>. Acesso em: 25 mar. 2019.
- LEINONEN, T. *et al.* The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. **Journal of advanced nursing**, Inglaterra, v. 35, n. 2, p.294-306, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01846.x>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11442708>. Acesso em: 23 mar. 2019.
- LEINONEN, T. *et al.* Comparing Patient and Nurse Perceptions of Perioperative Care Quality. **Applied Nursing Research**, Estados Unidos da América, v. 16, n. 1, p 29-37, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01846.x>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12624860>. Acesso em: 21 fev. 2019.
- LÉLIS, A. L. P. A. **Adaptação transcultural e validação do *Infant Sleep Questionnaire* para uso no Brasil com cuidadores de crianças de 12 a 18 meses**. 2015. 192f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/14010>. Acesso em: 20 jan. 2020.
- LIMA, A. C. S. Casamento homoafetivo. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, v. 1, p. 4-9, 2018a. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/64395/casamento-homoafetivo>. Acesso em: 22 fev. 2019.
- LIMA, L. L. (org.). **Números do ensino superior privado no Brasil 2018**: ano base 2017. Associação Brasileira das Mantenedoras de Ensino Superior. Brasília: ABMES Editora, 2018b. Disponível em: https://abmes.org.br/arquivos/publicacoes/numeros_2018_web.pdf. Acesso em: 14 jan. 2020.
- LIN, Y. *et al.* Improving Surgical Safety and Nontechnical Skills in Variable-Resource Contexts: A Novel Educational Curriculum. **Journal of Surgical Education**, Estados Unidos da América, v. 75, n. 4, p. 1014-1021, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2017.09.014>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29074364>. Acesso em: 16 jan. 2020.
- LINO, C. R. M. *et al.* Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa conduzida pela enfermagem do Brasil: uma revisão integrativa. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Santa Catarina, v. 26, n. 4, p. 1-11, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001730017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400503&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 mai. 2019.

LUCIO, C. G. Situação e perspectiva do emprego no Brasil e no mundo. **Teoria e Debate**. ed. 176, 2018. Disponível em: <https://teoriaedebate.org.br/2018/09/12/situacao-e-perspectiva-do-emprego-no-brasil-e-no-mundo/>.

MACHADO, R. S. *et al.* Métodos de adaptação transcultural de instrumentos de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 39, e-2017- 0164, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0164>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100501&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 fev. 2019.

MANRIQUE, B. T. *et al.* Segurança do paciente no centro cirúrgico e qualidade documental relacionadas à infecção cirúrgica e à hospitalização. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 04, p. 355 – 360, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500060>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 fev. 2019.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para Enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. 608p.

MENDES, D. I. A.; FERRITO, C. R. A. C.; GONÇALVES, M. I. R. Intervenções de enfermagem no programa Enhanced Recovery After Surgery©: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. Suppl 6, p. 2824-32, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0436>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202824&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 fev. 2019.

MENDES, W. *et al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care**, Inglaterra, v. 21, n. 4, p.279-284, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzp022>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19549674>. Acesso em: 02 fev. 2019.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
MILTON-WILDEY, K., O'BRIEN, L. Nursing care of older patients in hospital: implications for clinical leadership. **Australian Journal of Advanced Nursing**, Austrália, v. 28, n. 2, p. 6–16, 2010. Disponível em: <https://opus.lib.uts.edu.au/bitstream/10453/15662/1/2009008350.pdf>. Disponível em: https://www.ajan.com.au/archive/Vol28/28-2_Milton-Wildehy.pdf. Acesso em: 18 fev. 2019.

MILUTINOVIĆ, D.; SIMIN, D.; BRKIĆ, N. The patient satisfaction with nursing care quality: the psychometric study of the Serbian version of PSNCQ questionnaire. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Dinamarca, Sep, v. 26, n. 3, p. 598-606, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00969.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-6712.2012.00969.x>. Acesso em: 18 fev. 2019.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro. v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232016000300507&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 21 fev. 2019.

MUDALLAL, R. H. *et al.* Quality of nursing care: the influence of work conditions, nurse characteristics and burnout. **International Journal of Africa Nursing Sciences**. Reino Unido, v. 7, p. 24-30, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2017.06.002>. Disponível em: <https://eis.hu.edu.jo/deanshipfiles/pub10959101646.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2019.

NASCIMENTO, J. F. C. As transformações do conceito de segurança em detrimento das alterações do sistema internacional: uma visão sobre a segurança comunitária. **Neari em Revista**, Pernambuco, v. 4, n. 5, p. 41-54, 2018. Disponível em: <https://faculadadedamas.edu.br/revistafd/index.php/neari/article/view/664/548>. Acesso em: 21 jun. 2019.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S. GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 17, n. 1, p. 61-68, 2013. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130006>. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/579>. Acesso em: 21 fev. 2019.

NESBIT, P. L. The role of self-reflection, emotional management of feedback, and self-regulation processes in self-directed leadership development. **Human Resource Development Review**, Estados Unidos da América, v. 11, n. 2, p. 203, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1177/1534484312439196>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1534484312439196>. Acesso em: 21 fev. 2019.

NORA; C. R. D.; ZOBOLIB, E; VIEIRA, M. M. Validação por peritos: importância na tradução e adaptação de instrumentos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 38, n. 3, e-64851, 2017. DOI : <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.64851>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v38n3/0102-6933-rge/v38-3-e64851.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2019.

OGUNLUSI, J. D. *et al.* Awareness and Use of Surgical Checklist among Theatre Users at Ekiti State University Teaching Hospital, Ado-Ekiti, Nigeria. **Nigerian journal of surgery: official publication of the Nigerian Surgical Research Society**, Índia, v. 23, n. 2, p. 134-137, 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.4103/njs.NJS_3_17. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29089740>. Acesso em: 21 fev. 2019.

OLIVEIRA, F. *et al.* Aspectos teóricos e metodológicos para adaptação cultural e validação de instrumentos na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Santa Catarina, v. 27, n. 2, e4900016, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004900016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e4900016.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio De Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf Acesso em: 8 mar. 2020.

- OTANI, K. *et al.* Patient satisfaction: focusing on excelente. **Journal of healthcare Management**, Estados Unidos da América, v. 54, n. 2, p. 93-103, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1097/00115514-200903000-00005>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19413164>. Acesso em: 21 fev. 2019.
- PANAZZOLO P. S. *et al.* Avaliação da dor na sala de recuperação pós-anestésica em hospital terciário. **Revista da Dor**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 38-42, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20170009>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132017000100038&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 fev. 2019.
- PANZETTI, T. M. N. *et al.* Adesão da equipe de enfermagem ao protocolo de cirurgia segura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 1-8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e2519.2020>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2519/1346>. Acesso em: 21 fev. 2019.
- PARANAGUÁ, T. T. B. *et al.* Indicadores de assistência em uma clínica cirúrgica. **Enfermeria Global**, Espanha, n. 43, p. 239-249, 2016. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/download/219751/195211/>. Acesso em: 06 fev. 2019.
- PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicação**. Brasília: UnB, 1998.
- PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis: Vozes, 2004.
- PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na Psicologia e na Educação**. 5th ed. Petrópolis: Vozes, 2013.
- PAULA, G. R. *et al.* Assistência de enfermagem e dor em pacientes ortopédicos na recuperação anestésica, no Brasil. **Revista da Dor**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 265-269, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132011000300014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n3/v12n3a14.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2020.
- PEDRO, D. R. C. *et al.* Dimensionamento do pessoal de enfermagem em centro cirúrgico de um hospital universitário. **Journal of Nursing and Health**, Rio Grande do Sul, v. 8, n. 1, p. 1-12, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.15210/jonah.v8i1.13160>. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/13160>. Acesso em: 20 jan. 2020.
- PENA, M. M. *et al.* O emprego do modelo de qualidade de Parasuraman, Zeithaml e Berry em serviços de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1235-40, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500030>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1227.pdf. Acesso em: 21 fev. 2019.
- PEREIRA, D. L. *et al.* Pain after major elective orthopedic surgery of the lower limb and type of anesthesia: does it matter? **Brazilian Journal of Anesthesiology**, São Paulo, v. 66, n. 6, p.

628-636, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2015.06.002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942016000600628&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 fev. 2020.

PESSOA, S. M. F.; PAGLIUCA, L. M. F.; DAMASCENO, M. M. C. Teoria do cuidado humano: análise crítica e possibilidades de aplicação a mulheres com diabetes gestacional. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 87-92, 2006. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v14n3/v14n3a20.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2018.

PILIGRIMIENE, Z.; BUCIUNJIENE, I. Different perspective on health care quality: is the consensus possible? **Engineering Economics**, Reino Unido, v.1, n. 56, p. 104-111, 2008. DOI: <https://doi.org/10.5755/j01.ee.56.1.11666>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/26552663_Different_Perspectives_on_Health_Care_Quality_Is_the_Consensus_Possible. Acesso em: 14 dez. 2018.

PINHEIRO, L. R. S.; MONTEIRO, J. K. Refletindo sobre desemprego e agravos à saúde mental. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 10, n. 2, dez. 2007. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v10i2p35-45>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172007000200004. Acesso em: 20 jan. 2019.

PIRES, M. J. C. R. **O efeito da música na redução da dor e da ansiedade numa intervenção de cirurgia oral**. 2019. 56f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) – Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto, Porto, 2019. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/121594/2/344499.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Delineamento de Pesquisa em Enfermagem. *In*: POLIT, D. F.; BECK, C. T. (ed.), **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para prática de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, p. 247-368, 2011.

RABELO, A. C. S. **Cuidado clínico transpessoal de enfermagem dirigido ao sercardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca**. 2014. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014. Disponível em: <http://www.uece.br/cmaccclis/dmdocuments/ANACLEIDE.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C.L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 665-673, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000035>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400024. Acesso em: 14 dez. 2018.

REHNSTRÖM, L. *et al.* Adaptation and psychometric evaluation of the Swedish version of the Good Nursing Care Scale for Patients. **Scandinavian journal of caring sciences**, Suécia, v. 17, n. 3, p. 308-314, 2003. DOI : <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00232.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1471-6712.2003.00232.x?sid=nlm%3Apubmed>. Acesso em: 14 dez. 2018.

REIS, E. J. F. B. *et al.* Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1990000100006>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000100006. Acesso em: 14 jan. 2019.

RODRIGUES, A. V. D. *et al.* Elaboração de um instrumento para avaliar a responsividade do serviço de enfermagem de um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 167-174, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100023>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a23.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

SABINO, L. M. M. *et al.* Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. **Aquichan**, Colômbia, v. 16, n. 2, p. 230-239, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.2.10>. Disponível em: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4310/4234>. Acesso em: 8 mar. 2019.

SALBEGO, C. *et al.* Significado do cuidado para enfermagem de centro cirúrgico. **Revista Rene**, Ceará, v. 16, n. 1, p. 46-53, 2015. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000100007>. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2662>. Acesso em: 14 jan. 2019.

SAMINA, M. *et al.* Patient's perception of nursing care at a large teaching hospital in India. **Internacional Journal of Health Sciences**, Arábia Saudita, v. 2, n. 2, p. 92-100, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3068745/>. Acesso em: 26 set. 2019.

SAMPAIO, F. A. **Impacto da visita pré-operatória de enfermagem para os pacientes submetidos à cirurgia eletiva**. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Sagrado Coração, Bauru, 2018. Disponível em: <https://tede2.usc.br:8443/jspui/bitstream/tede/445/2/Impacto%20da%20vista%20pre%20-%20operatoria%20de%20enfermagem%20para%20pacientes%20submetidos%20a%20cirurgia%20eletiva%20%28226398%29.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2020.

SANTOS, E. A. *et al.* Lista de verificación de seguridad quirúrgica: conocimientos y desafíos para el equipo del centro quirúrgico. **Revista Eletrónica Enfermería Actual da Costa Rica**, Costa Rica, v. 1, n. 38, p. 1-14, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i38.37285>. Disponível em: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/37285>. Acesso em: 14 mai. 2019.

SANTOS, F. H. E.; PORTO, I. S. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: Evolução de um saber/fazer. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 539-546, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000300025>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300025. Acesso em: 26 set. 2019.

SANTOS, L. S. P.; COSTA, V. L. **Perfil dos pacientes internados nas enfermarias adulto e pediátrica no Hospital Universitário de Lagarto**. 2018. 31f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia) – Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, 2018.

Disponível em:

https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/8886/2/LEI%c3%87A_SAND_PEREIRA_SANTOS%26VER%c3%94NICA_LISBOA_%20DA_COSTA.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

SANTOS, R. *et al.* A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO. **GEP NEWS**, Maceió, v. 2, n. 2, p. 9-15, 2018. Disponível em:

<http://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/5218>. Acesso em: 23 nov. 2019.

SANTOS, S. L.; TURRA, C. M.; NORONHA, K. Envelhecimento populacional e gastos com saúde: uma análise das transferências intergeracionais e intrageracionais na saúde suplementar brasileira. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**. Belo Horizonte. v. 35, n. 2, e0062, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.20947/s102-3098a0062>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v35n2/0102-3098-rbepop-35-02-05-e0062.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2020.

SÁTIRO, N. L. Q; BRANCO, S. O. As expressões idiomáticas traduzidas nas legendas. **Revista em Tradução**, Fortaleza, v. 2, n. 1, p. 53-74, 2016. Disponível em:

<http://periodicos.ufc.br/transversal/article/view/6096/4306>. Acesso em: 26 set. 2019.

SAVIANI, D. **Educação Brasileira: estrutura e sistema**. 11. ed. Autores Associados: São Paulo. 2018

SAVIETO, R. M.; LEÃO, E. R. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 198-202, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160026>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100198. Acesso em: 26 set. 2019.

SENA, A. C. *et al.* Construção coletiva de um instrumento de cuidados de enfermagem a pacientes no pré-operatório imediato. **Revista Baiana de Enfermagem**, Bahia, v. 31, n. 1, p. 1-10, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i1.20506>. Disponível em:

<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20506/pdf>. Acesso em: 26 set. 2019.

SHARPA, S.; MCALLISTERB, M.; BROADBENT, M. The tension between person centred and task focused care in an acute surgical setting: A critical ethnography. **Collegian**, Austrália, v. 25, n. 1, p. 11-17, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.02.002>.

Disponível em: [https://www.collegianjournal.com/article/S1322-7696\(17\)30039-2/abstract](https://www.collegianjournal.com/article/S1322-7696(17)30039-2/abstract). Acesso em: 26 jan. 2019.

SHIN, N.; PARK, J. The effect of intentional nursing rounds based on the care model on patients nursing quality and their satisfaction with nursing. **Asian Nursing Research**, Coreia, v. 12, n. 3, p. 203-208, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.08.003>. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30138700>. Acesso em: 26 jul. 2018.

SILVA, C. M. C. *et al.* A Teoria do cuidado transpessoal na enfermagem: análise segundo Meleis. **Revista Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 15, n. 3, p. 548-551, 2010. DOI:

<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i3.18902>. Disponível em:
<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/18902>. Acesso em: 26 out. 2019.

SILVA, L. E.; FREIRE, F. H. M. A.; PEREIRA, R. H. M. Diferenciais de mortalidade por escolaridade da população adulta brasileira, em 2010. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, e00019815, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00019815>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n4/1678-4464-csp-32-04-e00019815.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2020.

SILVA, M. L. C. **A importância da consulta de enfermagem para o cliente no pré-operatório de cirurgias eletivas**. 2014. 16f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Urgência e Emergência). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/173598>. Acesso em: 23 ago. 2019.

SIRIWARDENA, A. N.; GILLAM, S. Patient perspectives on quality. **Quality in primary care**, Inglaterra, v. 22, n. 1, p.11-15, 2014. Disponível em: <http://primarycare.imedpub.com/patient-perspectives-on-quality.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2020.

SOBECC. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. **Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde**. 7. ed. 2017. Disponível em: <http://www.sobecc.org.br/texto/7>. Acesso em: 24 fev. 2019.

SOUZA, I. B. *et al.* Percepção do cliente no perioperatório sobre o cuidado de enfermagem no centro cirúrgico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 26, e860, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e840.2019>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/840>. Acesso em: 26 jan. 2020.

SOUZA, S. B. C *et al.* Influência do turno de trabalho e cronotipo na qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 33, n. 4, p. 79-85, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400010>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/10.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2020.

SUHONEN, R. *et al.* Patient satisfaction as an outcome of individualized nursing care. **Scandinavian Journal of Caring Science**, Suécia, v. 26, n. 2, p. 372-380, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00943.x>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22070423>. Acesso em: 13 jan. 2020.

TADDEO, P. S. *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100009>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a08.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2019.

TAUBE, M.; BERZINA-NOVIKOVA, N. Improving quality of psychiatric care in Latvia by measuring patient experiences. **Health Policy**, Estados Unidos da América, v.122, n. 7, p. 765-768, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.011>. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018300630>. Acesso em: 21 jan. 2020.

TOSO, B. R. G. O.; PADILHA, M. I.; BREDA, K. L. O eufemismo das boas práticas ou a prática avançada de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, e20180385 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0385>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n3/pt_1414-8145-ean-23-03-e20180385.pdf. Acesso em: 12 jan. 2020.

TUBINO, P.; ALVES, E. **História da Cirurgia**, 2009. Disponível em: https://alinesilvalmeida.files.wordpress.com/2010/05/historia_da_cirurgia.pdf. Acesso em: 14 out. 2019.

VIANA, M. C. O. *et al.* Qualidade de vida e sono de enfermeiros nos turnos hospitalares. **Revista Cubana de Enfermería**, Cuba, v. 35, n. 2, p. 1-14, 2019. Disponível em: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2137/442>. Acesso em: 12 jan. 2020.

VITURI, D. W. **Desenvolvimento e validação de um instrumento para Avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=132210. Acesso em: 14 out. 2019.

VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para a avaliação do cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 429-437, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000200024>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a24v43n2.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2020.

XAVIER, T.; SILVA, M. F.; FRIAS, T. F. P. A visita pós-operatória como estratégia de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem no transoperatório. **Revista Online de Pesquisa Cuidar é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 1139-1151, 2014. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014v6n3p1139>. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3353/pdf_1370. Acesso em: 16 jan. 2020.

WATSON, J. **Theory of human caring**. [s.l.]: Jones & Bartlett Pub Inc, 2005.

WATSON, J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Santa Catarina, v. 16, n. 1, p. 129-135, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000100016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a16v16n1.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2019.

WATSON, J. Caring as the essence and science of nursing and health care. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 143-149, 2009. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/fbec/e95f260a56555e6e67b3f9977c42204fbddb.pdf?_ga=2.220955229.432174435.1580069475-769593581.1580069475. Acesso em: 16 jan. 2020.

WHO. World Alliance for Patient Safety. **The Second Global Patient Safety Challenge**. Safe surgery saves lives. Genebra, 2008. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf. Acesso em: 14 out. 2019.

WU, H. *et al.* Compilation and evaluation of perioperative nursing quality assessment scale. **Zhong nan da xue xue bao. Yi xue ban**, China, v. 39, n. 07, p. 733-738, 2014. DOI: <https://doi.org/0.11817/j.issn.1672-7347.2014.07.015>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25080910>. Acesso em: 16 jan. 2020.

ZHAO, S.H.; AKKADECHANUNT, T. Patients' perceptions of quality nursing care in a Chinese hospital. **International Journal of Nursing and Midwifery**, Reino Unido, v. 3, n. 9, p. 145-149, 2011. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/cb88/f7550b07b474f80b00be03e526232dbbe2f7.pdf> Acesso em: 18 jan. 2020.

ZORDAN, E. P.; FALCKE, D.; WAGNER, A. Casar ou não casar? Motivos e expectativas com relação ao casamento. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 56-76, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682009000200005. Acesso em: 21 jan. 2020.

APÊNDICE A – VERSÃO SÍNTESE EM PORTUGUÊS DO INSTRUMENTO *GOOD PERIOPERATIVE NURSING CARE SCALE*

Escala dos Bons Cuidados de Enfermagem Perioperatória (© Leinonen&Leino-Kilpi)

Por favor, circule o número que melhor descreve sua situação, opinião ou experiências, e caso necessário, escreva a resposta no espaço disponível.

1. Cheguei ao centro cirúrgico
1. de manhã cedo
2. antes do meio dia
3. à tarde
4. à noite
2. Minha cirurgia/ tratamento foi
1. eletiva (planejada com antecedência)
2. emergência (aguda, não planejada com antecedência)
3. Minha cirurgia/ tratamento foi feito com
1. anestesia geral (eu estava dormindo)
2. anestesia local ou regional (eu estava acordado)
3. outro, por favor especifique
- _____
4. Eu tenho _____ anos
5. Eu estudei até (série mais alta)
1. Ensino fundamental 1 e 2.
2. Ensino médio
3. Curso profissionalizante
4. Curso técnico
5. Ensino superior
6. Eu estou atualmente
1. Empregado
2. Desempregado
3. Estudando (sou estudante)
4. Dona ou dono de casa
5. Aposentado
6. outro, por favor especifique
- _____
7. Meu estado civil é
1. Solteiro
2. Casado / morando junto
3. Divorciado
4. Viúvo
8. Com que clareza você se lembra do seu período no Centro Cirúrgico?
- | | Claramente | Vagamente | Nada |
|-----------------------------------|------------|-----------|------|
| 1. Chegando ao Centro Cirúrgico | 1 | 2 | 3 |
| 2. O tempo na sala de cirurgia | 1 | 2 | 3 |
| 3. O tempo na sala de recuperação | 1 | 2 | 3 |
| 4. Saída do Centro Cirúrgico | 1 | 2 | 3 |
9. As pessoas a seguir vieram vê-lo antes de sua cirurgia, na enfermaria?
- | | sim | não | não sei |
|-----------------------------------|-----|-----|---------|
| 1. Cirurgião | 1 | 2 | 3 |
| 2. Anestesiista | 1 | 2 | 3 |
| 3. Enfermeira do Centro Cirúrgico | 1 | 2 | 3 |
10. Antes de chegar ao Centro Cirúrgico, na enfermaria ou pronto-socorro, até que ponto você sentiu ou teve essas sensações...
- | | bastante | um pouco | pouco | nenhum | não sei |
|---------------------------------------|----------|----------|-------|--------|---------|
| 1. Dor | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2. Náusea / vômito | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3. Frio / arrepios | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4. Medos relacionados com a anestesia | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

5. Medos relacionados com a cirurgia / tratamento 4 3 2 1 0

6. Conhecimento sobre o cirurgia 4 3 2 1 0

7. Conhecimento sobre Anestesia 4 3 2 1 0

11. Durante o seu período no Centro Cirúrgico, até que ponto você sentiu ou teve essas sensações...

	bastante	um pouco	pouco	nenhum	não sei
1. Dor	4	3	2	1	0
2. Náusea / vômito	4	3	2	1	0
3. Frio / arrepios	4	3	2	1	0
4. Medos relacionados com a anestesia	4	3	2	1	0
5. Medos relacionados com A cirurgia / tratamento	4	3	2	1	0
6. Conhecimento sobre a Cirurgia	4	3	2	1	0
7. Conhecimento sobre Anestesia	4	3	2	1	0

Abaixo está uma lista de afirmações relacionadas ao seu tratamento no Centro Cirúrgico. O que nós queremos que você faça é dizer até que ponto você concorda ou discorda com cada uma dessas afirmações. Se o item for irrelevante para o seu tratamento ou se você não lembrar, por favor selecione a última opção, ou seja, "eu não consigo avaliar este aspecto". Caso contrário, circule o número que melhor corresponde à sua opinião.

Afirmações	Concordo Completamente	Concordo Parcialmente	Não concordo Nem discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Completamente	Não consigo avaliar este aspecto
1. Durante o meu tratamento na sala de cirurgia recebi medicação suficiente e não senti dor.	5	4	3	2	1	0
2. Durante o tempo na sala de recuperação, após a operação, recebi medicação suficiente e não senti dor.	5	4	3	2	1	0
3. Eu fui tratado com cuidado, e a equipe não me causou dor.	5	4	3	2	1	0
4. Fui colocado em uma posição cirúrgica confortável na mesa de operações (os equipamentos não pressionaram partes do meu corpo e minha posição)	5	4	3	2	1	0

não causou dor ou dormência)						
5. Durante o procedimento na sala de cirurgia, a temperatura do meu corpo foi mantida estável (usaram cobertores aquecidos ou mudaram a temperatura do ar-condicionado, por exemplo).	5	4	3	2	1	0
6. Na sala de recuperação pós anestésica, a temperatura do meu corpo estava estável.	5	4	3	2	1	0
7. Eu acho que minha anestesia (anestesia geral ou local) foi bem executada.	5	4	3	2	1	0
Se você não concordar com a afirmação 07, por favor, explique no espaço abaixo que tipo de problemas você teve com sua anestesia.						
<hr/> <hr/> <hr/>						
Afirmações	Concordo Completamente	Concordo Parcialmente	Não concordo Nem discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Completamente	Não consigo avaliar este aspecto
8. Eu acho que minha cirurgia foi bem executada	5	4	3	2	1	0
Se você não concordar com a afirmação 08, por favor, explique no espaço abaixo que tipo de problemas você teve com sua cirurgia.						
<hr/> <hr/> <hr/>						
9. A equipe do centro cirúrgico foi profissional	5	4	3	2	1	0
10. A equipe do centro cirúrgico foi muito cuidadosa e meticulosa no desempenho de suas funções relacionadas ao meu tratamento	5	4	3	2	1	0

11. Na sala de cirurgia eu recebia constantemente informações sobre o que estava acontecendo comigo (por exemplo, me disseram o que estava sendo feito e por quê)	5	4	3	2	1	0
12. Na sala de recuperação pós anestésica, recebia constantemente informações sobre o que estava acontecendo comigo.	5	4	3	2	1	0
13. No Centro Cirúrgico, recebi informações claras e detalhadas sobre meu tratamento (sem qualquer termo técnico médico).	5	4	3	2	1	0
14. Os enfermeiros do Centro Cirúrgico me deram informações suficientes sobre assuntos relacionados ao meu cuidado.	5	4	3	2	1	0
15. O cirurgião me deu informações suficientes sobre assuntos relacionados ao meu procedimento.	5	4	3	2	1	0
16. O anestesiológista me deu informações suficientes sobre assuntos relacionados à anestesia geral, regional ou local.	5	4	3	2	1	0
17. No Centro Cirúrgico, pude participar do meu tratamento, dizendo o que pensava e queria.	5	4	3	2	1	0
18. Eu tive a chance de ouvir música caso quisesse.	5	4	3	2	1	0
19. No Centro Cirúrgico, fui encorajado e apoiado psicologicamente	5	4	3	2	1	0

20. Se eu estava ansioso no Centro Cirúrgico, isso foi levado em consideração, por exemplo, por meio de conversa ou sedativos (medicamentos)	5	4	3	2	1	0
21. Fui tratado com respeito e consideração	5	4	3	2	1	0
22. No Centro Cirúrgico, não fui colocado em situações constrangedoras ou irritantes	5	4	3	2	1	0
23. Eu não senti que meu cuidado e tratamento foram impessoal ou fornecido de maneira informal	5	4	3	2	1	0
24. A equipe do Centro Cirúrgico foi amigável	5	4	3	2	1	0
25. Houve uma boa interação entre a equipe do Centro Cirúrgico.	5	4	3	2	1	0
26. A equipe do Centro Cirúrgico tinha um bom senso de humor	5	4	3	2	1	0
27. A equipe do Centro Cirúrgico foi educado e agradável em seu comportamento	5	4	3	2	1	0
28. A equipe do Centro Cirúrgico teve tempo suficiente para mim	5	4	3	2	1	0

29. O ambiente no Centro Cirúrgico era pacífica e tranquilo	5	4	3	2	1	0
30. O ambiente no Centro Cirúrgico era calmo e relaxado	5	4	3	2	1	0
31. A sala de recuperação pós anestésica era um lugar tranquilo para se recuperar de uma cirurgia	5	4	3	2	1	0
32. Eu me senti seguro no Centro Cirúrgico	5	4	3	2	1	0
33. Eu não senti que tive que esperar por muito tempo (na enfermaria ou pronto-socorro) para ser admitido no Centro Cirúrgico	5	4	3	2	1	0
34. Eu não senti que fui transferido muito cedo da sala de recuperação pós-anestésica para a enfermaria	5	4	3	2	1	0

EM CONCLUSÃO

Por favor, descreva brevemente, qual foi a melhor momento ou situação de sua permanência no Centro Cirúrgico?

Por favor, descreva brevemente, qual foi a pior momento ou situação de permanência no Centro Cirúrgico?

Se você tiver outras opiniões ou sugestões sobre o desenvolvimento dos cuidados no perioperatório, por favor, escreva seus comentários no espaço abaixo; se necessário, você pode continuar no verso. A equipe de enfermagem é grata por quaisquer observações e sugestões. Esperamos poder usá-los para manter e melhorar ainda mais os padrões de atendimento prestados e oferecer o melhor tratamento possível.

Obrigado por se disponibilizar a responder às nossas perguntas.

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
PARA O COMITÊ DE AVALIADORES**



Este é um convite para você participar da pesquisa: **TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO *GOOD PERIOPERATIVE NURSING CARE SCALE***, que tem como pesquisador responsável **Karolina de Moura Manso da Rocha**.

Esta pesquisa pretende realizar adaptação transcultural *Good Perioperative Nursing Care Scale* (GPNCS) para a língua portuguesa no contexto brasileiro.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é percepção da necessidade de avaliação do cuidado de enfermagem oferecidos aos pacientes, no período perioperatório, internados na clínica cirúrgica. O instrumento *Good Perioperative Nursing Care Scale* possibilita fornecer indicadores sobre a qualidade assistencial dos cuidados de Enfermagem e subsidiar ações de prevenção, minimização dos eventos adversos e promoção da qualidade do cuidado. Ressalta-se que não existe, no contexto brasileiro, instrumentos que realizem a avaliação da qualidade do cuidado.

Caso você decida participar, irá fazer parte do Comitê de avaliadores que é a quarta etapa do processo de tradução, adaptação e validação transcultural da *Good Perioperative Nursing Care Scale*. Esse comitê desenvolverá a equivalência transcultural, através da consolidação da versão do instrumento para, em seguida, ser utilizada no pré-teste.

Durante a realização, você irá realizar a análise teórica, uma análise semântica e análise de construto e decidirá se a versão original e a versão alvo estará contemplada a equivalência. Há previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você corre é semelhante àquele sentido num exame físico ou psicológico de rotina.

Pode acontecer um desconforto, fadiga e cansaço ao realizar o preenchimento do instrumento e leitura com tradução do instrumento original, sobrecarga cognitiva devido ao tamanho do instrumento, a participação durará em torno de 45 minutos, que será minimizado uso de sala de reuniões do Departamento de Enfermagem, climatizada e com cadeiras estofadas utilizadas pelos alunos durante as aulas na universidade, explicações prévias de como será a coleta e você não estará recebendo benefícios diretos, mas terá como benefício indireto de poder utilizar futuramente um instrumento que avalia a qualidade da sua atuação e que represente a situação dos profissionais enfermeiros no processo de cuidar aos pacientes em durante todo período perioperatório.

Em caso de algum problema que você possa ter relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada por **Karolina de Moura Manso da Rocha**, pesquisadora responsável.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Karolina de Moura Manso da Rocha, endereço: Campus Universitário Central - BR 101, S/No, Lagoa Nova, Natal/RN. CEP: 59.072-970, E-mail: karolinamoura3@hotmail.com; Telefone: 3215-3615 ou 988964657.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver alguns gastos pela sua participação nessa pesquisa, eles serão assumidos pelo pesquisador e reembolsado para vocês.

Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa – instituição que avalia a ética das pesquisas antes que elas comecem e fornece proteção aos participantes das mesmas – da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, nos telefones (84) 3215-3135 / (84) 9.9193.6266, através do e-mail cepufnr@reitoria.ufrn.br ou pelo formulário de contato do site www.cep.propesq.ufrn.br . Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda a sexta, das 08:00h às 12:00h e das 14:00h às 18:00h, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Campus Central. Lagoa Nova. Natal/RN. CEP 59078-970

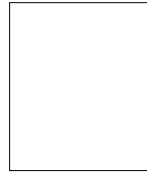
Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Karolina de Moura Manso da Rocha.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO GOOD PERIOPERATIVE NURSING CARE SCALE**, e autorizo a divulgação das informações por

mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal, 01 de maio de 2019



Impressão
datiloscópica do
participante

Assinatura do participante da pesquisa

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo **TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO *GOOD PERIOPERATIVE NURSING CARE SCALE***, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, 01 de maio de 2019.

Karolina de Moura Manso da Rocha

Pesquisador responsável

Rubrica do Participante/Responsável legal:	Rubrica do Pesquisador:
--	-------------------------

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE PARA PARTICIPANTES DO ESTUDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Este é um convite para você participar da pesquisa: **TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO *GOOD PERIOPERATIVE NURSING CARE SCALE***, que tem como pesquisador responsável **Karolina de Moura Manso da Rocha**.

Esta pesquisa pretende realizar adaptação transcultural do instrumento *Good Perioperative Nursing Care Scale* (GPNCS) para a língua portuguesa no contexto brasileiro.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é percepção da necessidade de avaliação do cuidado de enfermagem oferecidos aos pacientes, no período antes, durante e depois de procedimento cirúrgico de pacientes internados na clínica cirúrgica. O instrumento *Good Perioperative Nursing Care Scale* possibilita fornecer indicadores que podem avaliar a realidade da ação dos enfermeiros e subsidiar ações de prevenção, minimização erros e promoção da qualidade do cuidado. Ressalta-se que não existe, no contexto brasileiro, instrumentos que realizem a avaliação da qualidade do cuidado.

Caso você decida participar, deverá responder o questionário do instrumento intitulado *Good Perioperative Nursing Care Scale*, em um período de 30 minutos. Após o termino, devolver o instrumento aos pesquisadores que estarão aguardando do lado de foram do leito.

Durante a realização em que você irá responder a um questionário a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você corre é semelhante àquele sentido num exame físico ou psicológico de rotina.

Pode acontecer um desconforto ao responder algumas questões relacionadas aos profissionais que prestaram cuidado a você que será minimizado com sigilo das informações e você não terá benefício direto, entretanto, indiretamente estará ajudando o serviço a ter um instrumento que possa avaliar a qualidade da assistência prestada.

Em caso de algum problema que você possa ter relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada por **Karolina de Moura Manso da Rocha**, pesquisadora responsável.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Karolina de Moura Manso da Rocha, endereço: Campus Universitário Central - BR 101, S/No, Lagoa Nova, Natal/RN. CEP: 59.072-970, E-mail: karolinamoura3@hotmail.com; Telefone: 3215-3615 ou 988964657.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você ou o seu acompanhante tiverem alguns gastos pela sua participação nessa pesquisa, eles serão assumidos pelo pesquisador e reembolsado para vocês.

Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa – instituição que avalia a ética das pesquisas antes que elas comecem e fornece proteção aos participantes das mesmas – da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, nos telefones (84) 3215-3135 / (84) 9.9193.6266, através do e-mail cepufnr@reitoria.ufrn.br ou pelo formulário de contato do site www.cep.propesq.ufrn.br . Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda a sexta, das 08:00h às 12:00h e das 14:00h às 18:00h, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Campus Central. Lagoa Nova. Natal/RN. CEP 59078-970

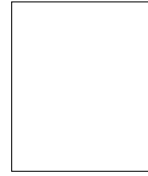
Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Karolina de Moura Manso da Rocha.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO *GOOD PERIOPERATIVE NURSING CARE SCALE***, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Declaração do pesquisador responsável

Natal, 01 de julho de 2019

Assinatura do participante da pesquisa
Impressão
datiloscópica do
participante

Como pesquisador responsável pelo estudo **TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO *GOOD PERIOPERATIVE NURSING CARE SCALE***, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, 01 de julho de 2019.

Karolina de Moura Manso da Rocha

Pesquisador Responsável

Rubrica do Participante/Responsável legal:	Rubrica do Pesquisador:
--	-------------------------



**APÊNDICE D – CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA**



CARTA DE ANUÊNCIA

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada **TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO *GOOD PERIOPERATIVE NURSING CARE SCALE***, pela pesquisadora Karolina de Moura Manso da Rocha, sob orientação das Prof(a)s Bertha Cruz Enders e Maria Alzete de Lima que utilizará a seguinte metodologia: estudo metodológico de tradução, adaptação e validação transcultural do instrumento ***GOOD PERIOPERATIVE NURSING CARE SCALE***, com o objetivo de realizar adaptação transcultural *Good Perioperative Nursing Care Scale* (GPNCS) para a língua portuguesa no contexto brasileiro, necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos nos andares da clínica cirúrgica, **obtidos através da aplicação do questionário aos pacientes que se submeteram a procedimentos cirúrgicos eletivos**. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome deste Hospital possa constar no relatório final, bem como, em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12, que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

**Concordamos com a solicitação
a solicitação**

Não concordamos com

**Prof. Dr. Irami Araújo Filho
Gerente de Ensino-Pesquisa-Extensão – DEPE
HUOL/EBSERH**

APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DO COMITÊ DE AVALIADORES



INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS AVALIADORES

1- IDENTIFICAÇÃO Avaliador nº _____
 Nome Completo: _____ Idade: _____
 Local de Trabalho: _____
 Área de atuação: _____
 Ocupação Atual: () Assistência; () Ensino; () Pesquisa; () Consultoria.
 Proficiência em Língua Inglesa: () Sim () Não

2- QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Formação/Graduação: _____ Ano: _____
 Especialização 01: _____ Ano: _____
 Especialização 02: _____ Ano: _____
 Mestrado: _____ Ano: _____
 Doutorado: _____ Ano: _____
 Outros: _____

3- EXPERIÊNCIA COM O CONTEÚDO DA TESE

Tese sobre a temática: Cuidado de enfermagem perioperatória – 02 pontos.	
Dissertação sobre a temática: Cuidado de enfermagem perioperatória – 02 pontos.	
Prática clínica de pelo menos 01 ano em clínica cirúrgica. – 02 pontos.	
Participação em grupo ou projeto de pesquisa que envolvam a temática de clínica cirúrgica ou cuidado perioperatório. - 02 pontos.	
Autoria em trabalhos publicados em periódicos de Qualis B1 ou superior que abordaram a temática de clínica cirúrgica ou cuidado perioperatório.	

4 – Experiência anterior com validação de instrumentod sobre cuidadose Enfermagem perioperatória?

() Sim. Qual? _____

() Não.

APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PELOS AVALIADORES



INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PELOS AVALIADORES

Sr(a) Avaliador(a)

Para que possamos realizar de forma adequada a adaptação transcultural da *GOOD PERIOPERATIVE NURSING CARE SCALE* do seu idioma original (inglês) para o nosso idioma local (português do Brasil) solicitamos a sua contribuição neste estágio, em atendimento aos objetivos da nossa pesquisa (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Para tanto, será necessário que faça análise cuidadosamente de cada item do instrumento (versão brasileira e original) e responda as perguntas referentes às equivalências semânticas, idiomáticas, experimental e conceitual, seguindo a seguinte codificação:

QUESTÕES REFERENTES À EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA:

1. A versão analisada apresenta ortografia correta? O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original do instrumento? A versão traduzida está gramaticalmente correta?

QUESTÃO REFERENTE À EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA:

2. As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução do instrumento original foram substituída por palavras equivalentes na versão brasileira?

QUESTÃO REFERENTE À EQUIVALÊNCIA EXPERIENCIAL:

3. A tradução deste item possui relação com o contexto cultural da população na qual o instrumento será aplicada (pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos)?

QUESTÃO REFERENTE À EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL:

4. A tradução deste item apresenta palavras com significados conceituais equivalentes à versão original do instrumento?

CODIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS

TMA: Tradução Muito Adequada

TCI: Tradução com Inadequações

TA: Tradução Adequada

TTI: Tradução Totalmente Inadequada

Item da versão original	Equivalência Semântica	Equivalência Idiomática	Equivalência Experimental	Equivalência Conceitual
Parte 01 -				
1. I arrived at the operating department.	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
2. My operation / treatment was	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
3. My operation / treatment was done under	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
4. My age is _____ years	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
5. I have completed (highest)	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
6. I am currently	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
7. My marital status is	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
8. How clearly do you remember your stay in the operating department	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
9. Did the following persons come to see you before your operation at the ward ?	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
10. Before you arrived at the operating department, to what extent did you experience or have the following at the ward or in the emergency department	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
11. During your stay at the operating department, to what extent did you experience or have the following	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
Parte 02				
1. During my treatment in the operating room I received sufficient pain medication and did not have to suffer pain	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
2. During my stay in the recovery room after the operation I received sufficient pain medication and did not have to suffer pain	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
3. I was handled gently, without any pain caused to me	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
4. I was placed in a comfortable surgical position on the operating table (the supports didn't press any part of my body and my position didn't cause any pain or numbness)	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
5. During the procedure in the operating room my body temperature was well maintained (if necessary by using e.g. warmed blankets or forced warm air)	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
6. In the recovery room after the operation my body	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()

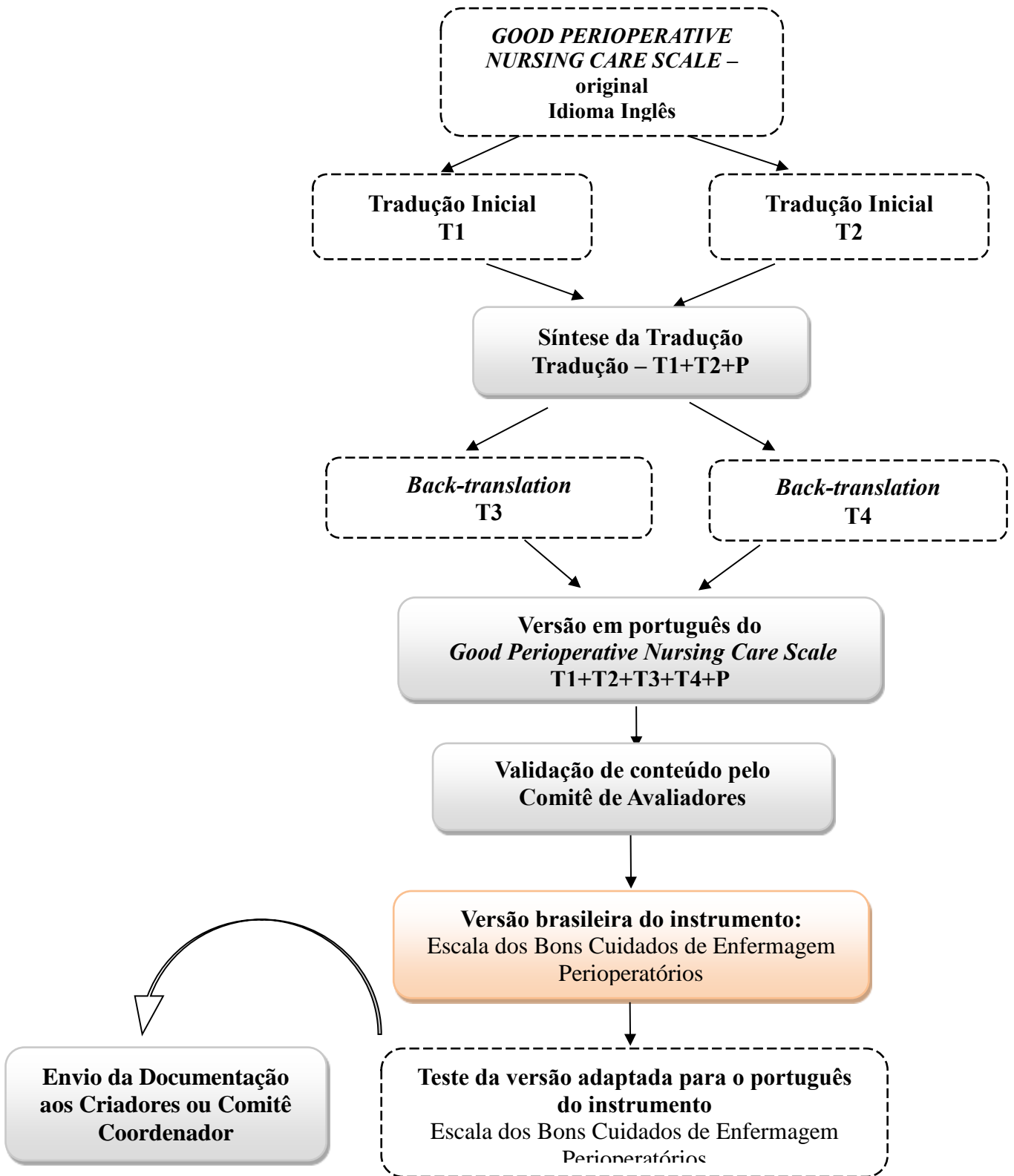
temperature was well maintained	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()
7. I think my anaesthesia (general or regional anaesthesia) was well performed	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()
	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()
8. I think my operation / treatment was well performed	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()
	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()
9. Staff in the operating department were professional	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()
	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()
10. Staff have been very careful and meticulous in performing their duties related to my treatment	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()
	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()
11. In the operating room I constantly received information about what was happening to me (e.g. I was told what was being done and why)	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()
	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()
12. In the recovery room I constantly received information about what was happening to me	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()
	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()
13. In the operating department I received clear and in-depth information about my treatment (without any medical jargon)	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()
	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()
14. Nurses in the operating department gave me enough information about matters related to my care	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()
	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()
15. The surgeon gave me enough information about matters related to my operation	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()
	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()
16. The anaesthesiologist gave me enough information about matters related to general or regional anaesthesia	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()
	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()
17. In the operating department I was able to influence my treatment by saying what I thought and wanted	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()
	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()
18. I was given the chance to listen to music if I wanted to	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()
	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()
19. In the operating department I was encouraged and supported mentally	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()
	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()
20. If I was anxious on the operating department, that was taken into account for instance	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()	TM() TA()
	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()	TCI() TTI()

by means of sedatives or discussion				
21. I was treated respectfully and thoughtfully	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
22. In the operating department I was not put in situations that would have annoyed or embarrassed me	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
23. I did not feel my care and treatment was impersonal or provided as if on an assembly line	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
24. Staff at the operating department were friendly	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
25. Staff at the operating department worked well with each other	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
26. Staff at the operating department had a good sense of humour	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
27. Staff have been polite and pleasant in their behavior	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
28. Staff at the operating department have had enough time for me	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
29. The atmosphere at the operating department was peaceful and unhurried	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
30. The atmosphere at the operating department was calm and relaxed	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
31. The recovery room was a peaceful place to recover from an operation	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
32. I have felt safe at the operating department	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
33. I did not feel I had to wait for too long (at the ward or in the emergency department) to be admitted to the operating department	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
34. I did not feel I was transferred too early from the recovery room to the ward	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
Parte 03 -				
Please describe briefly what was the best thing about your stay at the operating department? Please describe briefly what was the best thing about your stay at the operating department?	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
Please describe briefly what was the worst thing about your stay at the operating department?	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()
If you have any other views or suggestions regarding the development of perioperative	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()	TM() TA() TCI() TTI()

care, please write your comments in the space below; if necessary you can continue overleaf. The staff at the operating department are grateful for any observations and suggestions. We hope to be able to use them in order to maintain and further improve the standards of care we provide and to give you the best possible treatment.				
---	--	--	--	--

MODIFICAÇÕES SUGERIDAS: (Favor especificar a questão)

**APÊNDICE G – FLUXOGRAMA DA TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO
TRANSCULTURAL DA *GOOD PERIOPERATIVE NURSING CARE SCALE***



Adaptado de Beaton et al. (2007).

Legenda: T1 – Tradutor 01; T-2; Tradutor 02; T3 – Tradutor 03; T4 – Tradutor 04; P: Pesquisadoras.

APÊNDICE H: ESCALA DOS BONS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Escala dos Bons Cuidados de Enfermagem Perioperatória (© Leinonen&Leino-Kilpi)

Versão adaptada por ©Rocha; Lima; Enders.

Por favor, circule o número que melhor descreve sua situação, opinião ou experiências, e caso necessário, escreva a resposta no espaço disponível.

1. Cheguei ao centro cirúrgico
1. de manhã cedo
2. antes do meio dia
3. à tarde
4. à noite
2. Minha cirurgia/ tratamento foi
1. eletiva (planejada com antecedência)
2. emergência (aguda, não planejada com antecedência)
3. Minha cirurgia/ tratamento foi feito com
1. anestesia geral (eu estava dormindo)
2. anestesia local ou regional (eu estava acordado)
3. outro, por favor especifique _____
4. Eu tenho _____ anos
5. Eu estudei até (série mais alta)
1. Ensino fundamental 1 e 2.
2. Ensino médio
3. Curso profissionalizante
4. Curso técnico
5. Ensino superior
6. Eu estou atualmente
1. Empregado
2. Desempregado
3. Estudando (sou estudante)
4. Dona ou dono de casa
5. Aposentado
6. outro, por favor especifique _____
7. Meu estado civil é
1. Solteiro
2. Casado / morando junto
3. Divorciado
4. Viúvo
8. Com que clareza você se lembra do seu período no Centro Cirúrgico?
- | | Claramente | Vagamente | Nada |
|-----------------------------------|------------|-----------|------|
| 1. Chegando ao Centro Cirúrgico | 1 | 2 | 3 |
| 2. O tempo na sala de cirurgia | 1 | 2 | 3 |
| 3. O tempo na sala de recuperação | 1 | 2 | 3 |
| 4. Saída do Centro Cirúrgico | 1 | 2 | 3 |
9. As pessoas a seguir vieram vê-lo antes de sua cirurgia, na enfermaria?
- | | sim | não | não sei |
|-----------------------------------|-----|-----|---------|
| 1. Cirurgião | 1 | 2 | 3 |
| 2. Anestesiista | 1 | 2 | 3 |
| 3. Enfermeira do Centro Cirúrgico | 1 | 2 | 3 |
10. Antes de chegar ao Centro Cirúrgico, na enfermaria ou pronto-socorro, até que ponto você sentiu ou teve essas sensações...
- | | bastante | um pouco | pouco | nenhum | não sei |
|--------------------|----------|----------|-------|--------|---------|
| 1. Dor | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2. Náusea / vômito | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3. Frio / arrepios | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

4. Medos relacionados com a anestesia	4	3	2	1	0
5. Medos relacionados com a cirurgia / tratamento	4	3	2	1	0
6. Conhecimento sobre o cirurgia	4	3	2	1	0
7. Conhecimento sobre Anestesia	4	3	2	1	0

11. Durante o seu período no Centro Cirúrgico, até que ponto você sentiu ou teve essas sensações...

	bastante	um pouco	pouco	nenhum	não sei
1. Dor	4	3	2	1	0
2. Náusea / vômito	4	3	2	1	0
3. Frio / arrepios	4	3	2	1	0
4. Medos relacionados com a anestesia	4	3	2	1	0
5. Medos relacionados com A cirurgia / tratamento	4	3	2	1	0
6. Conhecimento sobre a Cirurgia	4	3	2	1	0
7. Conhecimento sobre Anestesia	4	3	2	1	0

Abaixo está uma lista de afirmações relacionadas ao seu tratamento no Centro Cirúrgico. O que nós queremos que você faça é dizer até que ponto você concorda ou discorda com cada uma dessas afirmações. Se o item for irrelevante para o seu tratamento ou se você não lembrar, por favor selecione a última opção, ou seja, "eu não consigo avaliar este aspecto". Caso contrário, circule o número que melhor corresponde à sua opinião.

Afirmações	Concordo Completamente	Concordo Parcialmente	Não concordo Nem discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Completamente	Não consigo avaliar este aspecto
1. Durante o meu tratamento na sala de cirurgia recebi medicação suficiente e não senti dor.	5	4	3	2	1	0
2. Durante o tempo na sala de recuperação, após a operação, recebi medicação suficiente e não senti dor.	5	4	3	2	1	0
3. Eu fui tratado com cuidado, e a equipe não me causou dor.	5	4	3	2	1	0
4. Fui colocado em uma posição cirúrgica confortável na mesa de						

operações (os equipamentos não pressionaram partes do meu corpo e minha posição não causou dor ou dormência)	5	4	3	2	1	0
5. Durante o procedimento na sala de cirurgia, a temperatura do meu corpo foi mantida estável (usaram cobertores aquecidos ou mudaram a temperatura do ar-condicionado, por exemplo).	5	4	3	2	1	0
6. Na sala de recuperação pós anestésica, a temperatura do meu corpo estava estável.	5	4	3	2	1	0
7. Eu acho que minha anestesia (anestesia geral ou local) foi bem executada.	5	4	3	2	1	0

Se você não concordar com a afirmação 07, por favor, explique no espaço abaixo que tipo de problemas você teve com sua anestesia.

Afirmações	Concordo Completamente	Concordo Parcialmente	Não concordo Nem discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Completamente	Não consigo avaliar este aspecto
8. Eu acho que minha cirurgia foi bem executada	5	4	3	2	1	0

Se você não concordar com a afirmação 08, por favor, explique no espaço abaixo que tipo de problemas você teve com sua cirurgia.

9. A equipe do centro cirúrgico foi profissional	5	4	3	2	1	0
10. A equipe do centro cirúrgico foi muito cuidadosa e meticulosa no desempenho de suas funções relacionadas ao meu tratamento	5	4	3	2	1	0

11. Na sala de cirurgia eu recebia constantemente informações sobre o que estava acontecendo comigo (por exemplo, me disseram o que estava sendo feito e por quê)	5	4	3	2	1	0
12. Na sala de recuperação pós anestésica, recebia constantemente informações sobre o que estava acontecendo comigo.	5	4	3	2	1	0
13. No Centro Cirúrgico, recebi informações claras e detalhadas sobre meu tratamento (sem qualquer termo técnico médico).	5	4	3	2	1	0
14. Os enfermeiros do Centro Cirúrgico me deram informações suficientes sobre assuntos relacionados ao meu cuidado.	5	4	3	2	1	0
15. O cirurgião me deu informações suficientes sobre assuntos relacionados ao meu procedimento.	5	4	3	2	1	0
16. O anestesiólogo me deu informações suficientes sobre assuntos relacionados à anestesia geral, regional ou local.	5	4	3	2	1	0
17. No Centro Cirúrgico, pude participar do meu tratamento, dizendo o que pensava e queria.	5	4	3	2	1	0
18. Eu tive a chance de ouvir música caso quisesse.	5	4	3	2	1	0
19. No Centro Cirúrgico, fui encorajado e apoiado psicologicamente	5	4	3	2	1	0
20. Se eu estava ansioso no Centro Cirúrgico, isso foi levado em consideração, por exemplo, por meio de conversa ou sedativos (medicamentos)	5	4	3	2	1	0

21. Fui tratado com respeito e consideração	5	4	3	2	1	0
22. No Centro Cirúrgico, não fui colocado em situações constrangedoras ou irritantes	5	4	3	2	1	0
23. Eu não senti que meu cuidado e tratamento foram impessoal ou fornecido de maneira informal	5	4	3	2	1	0
24. A equipe do Centro Cirúrgico foi amigável	5	4	3	2	1	0
25. Houve uma boa interação entre a equipe do Centro Cirúrgico.	5	4	3	2	1	0
26. A equipe do Centro Cirúrgico tinha um bom senso de humor	5	4	3	2	1	0
27. A equipe do Centro Cirúrgico foi educado e agradável em seu comportamento	5	4	3	2	1	0
28. A equipe do Centro Cirúrgico teve tempo suficiente para mim	5	4	3	2	1	0
29. O ambiente No Centro Cirúrgico era tranquilo e relaxado.	5	4	3	2	1	0
30. A sala de recuperação pós anestésica era um lugar tranquilo para se recuperar de uma cirurgia	5	4	3	2	1	0
31. Eu me senti seguro no Centro Cirúrgico	5	4	3	2	1	0
32. Eu não senti que tive que esperar por muito tempo (na enfermaria ou pronto-socorro) para ser admitido no Centro Cirúrgico	5	4	3	2	1	0
33. Eu não senti que fui transferido muito cedo da sala de recuperação pós-anestésica para a enfermaria	5	4	3	2	1	0

EM CONCLUSÃO

Por favor, descreva brevemente, qual foi a melhor momento ou situação de sua permanência no Centro Cirúrgico?

Por favor, descreva brevemente, qual foi a pior momento ou situação de permanência no Centro Cirúrgico?

Se você tiver outras opiniões ou sugestões sobre o desenvolvimento dos cuidados no perioperatório, por favor, escreva seus comentários no espaço abaixo; se necessário, você pode continuar no verso. A equipe de enfermagem é grata por quaisquer observações e sugestões. Esperamos poder usá-los para manter e melhorar ainda mais os padrões de atendimento prestados e oferecer o melhor tratamento possível.

Obrigado por se disponibilizar a responder às nossas perguntas.

APÊNDICE I: VERSÕES ORIGINAL DO GPNCS, TRADUTOR 1, TRADUTOR 2 E VERSÃO SÍNTESE DAS TRADUÇÕES

Versões original do GPNCS, Tradutor 1, Tradutor 2 e Versão Síntese das traduções. Natal, 2020

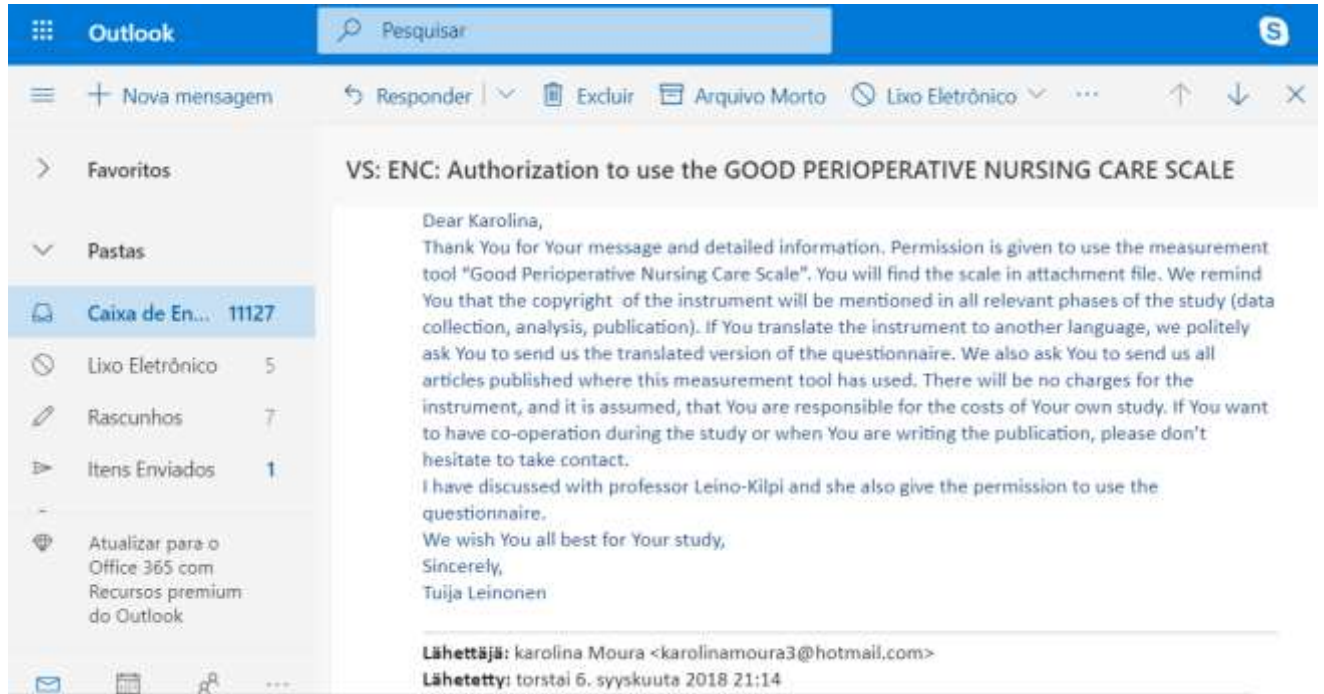
VERSÃO ORIGINAL GPNCS	VERSÃO TRADUTOR 1	VERSÃO TRADUTOR 2	VERSÃO SÍNTESE
<i>1.I arrived at the operating department</i>	1.Eu cheguei no centro cirúrgico	1.Cheguei ao departamento operatório/cirúrgico	1.Cheguei ao centro cirúrgico
<i>2.My operation / treatment was</i>	2.Minha operação / tratamento foi	2.Minha operação / tratamento foi	2.Minha operação/ tratamento foi
<i>3.My operation / treatment was done under</i>	3. Minha operação / tratamento foi feito com	3.Minha operação / tratamento foi feito sob	3.Minha operação/ tratamento foi feito com
<i>4.My age is _____ years</i>	4.Minha idade é _____ anos	4. Eu tenho _____ anos	4. Eu tenho _____ anos
<i>5.I have completed (highest)</i>	5. Eu estudei até (mais alto)	5.Eu completei (nível mais alto)	5.Eu estudei até (série mais alta)
<i>6. I am currently</i>	6. Eu estou atualmente	6. Eu estou atualmente	6. Eu estou atualmente
<i>7. My marital status is</i>	7. Meu estado civil é	7.Minha situação matrimonial é	7. Meu estado civil é
<i>8.How clearly do you remember your stay in the operating department</i>	8.Com que clareza você se lembra do período em que estava no centro cirúrgico?	8.Com que clareza você se lembra da sua estadia no departamento cirúrgico?	8. Com que clareza você se lembra do seu período no Centro Cirúrgico?
<i>9.Did the following persons come to see you before your operation at the ward ?</i>	9. As pessoas a seguir vieram vê-lo antes de sua operação, na enfermaria	9.As pessoas a seguir vieram vê-lo(a) na enfermaria antes da sua cirurgia?	9.As pessoas a seguir vieram vê-lo antes de sua cirurgia/operação, na enfermaria?
<i>10.Before you arrived at the operating department, to what extent did you experience or have the following at the ward or in the emergency department</i>	10.Antes de você ter chegado no centro cirúrgico, até que ponto você experienciou ou teve essas sensações na enfermaria ou pronto-socorro	10.Antes de chegar ao departamento cirúrgico, na enfermaria ou na emergência, em que medida você teve ou sentiu...	10.Antes de chegar ao Centro Cirúrgico, na enfermaria ou pronto-socorro, até que ponto você sentiu ou teve essas sensações...
<i>11.During your stay at the operating department, to what extent did you experience or have the following</i>	11.Durante a sua estadia no centro cirúrgico, até que ponto você sentiu ou teve essas sensações	11. Durante a sua estadia no departamento cirúrgico, em que medida você teve ou sentiu...	11. Durante a sua estadia no Centro Cirúrgico, até que ponto você sentiu ou teve essas sensações...
<i>1.During my treatment in the operating room I received sufficient pain medication and did not have to suffer pain</i>	1.Durante o meu tratamento na sala de operatória recebi medicação suficiente e não senti dor.	1.Durante meu tratamento na sala cirúrgico eu recebi medicação suficiente e não sofri com dores	1.Durante o meu tratamento na sala de operatória recebi medicação suficiente e não senti dor
<i>2.During my stay in the recovery room after the operation I received sufficient pain medication and did not have to suffer pain</i>	2.Durante a minha estadia na sala de recuperação após a operação recebi medicação suficiente e não senti dor.	2.Durante meu período na sala de pós-operatório depois da operação, eu recebi medicação suficiente e não sofri com dores	2. Durante minha estadia na sala de recuperação, após a operação, recebi medicação suficiente e não senti dor.
<i>3.I was handled gently, without any pain caused to me...</i>	3.Eu fui tratado com cuidado, não me causaram dor.	3.Eu fui tratado(a) com cuidado, sem sentir nenhuma dor	3. Eu fui tratado com cuidado, e a equipe não me causaram dor

<i>4.I was placed in a comfortable surgical position on the operating table (the supports didn't press any part of my body and my position didn't cause any pain or numbness) ...</i>	4.Fui colocado em uma posição cirúrgica confortável na mesa de operações (os suportes não pressionaram partes do meu corpo e minha posição não causou dor ou dormência)	4.Eu fui colocado em uma posição cirúrgica confortável na mesa cirúrgica (os suportes não pressionaram nenhuma parte do meu corpo e minha posição não me causou dor ou dormência)	4.Fui colocado em uma posição cirúrgica confortável na mesa de operações (os equipamentos não pressionaram partes do meu corpo e minha posição não causou dor ou dormência)
<i>5. During the procedure in the operating room my body temperature was well maintained (if necessary by using e.g. warmed blankets or forced warm air)</i>	5.Durante o procedimento na sala de cirurgia, a temperatura do meu corpo foi bem mantida (usaram cobertores aquecidos ou mudaram a temperatura do ar-condicionado, por exemplo)	5.Durante o processo no centro cirúrgico, a temperatura do meu corpo estava estável (quando necessário usando um cobertor aquecido ou aquecedor)	5.Durante o procedimento na sala de cirurgia, a temperatura do meu corpo foi mantida estável (quando necessário usaram cobertores aquecidos ou mudaram a temperatura do ar-condicionado, por exemplo).
<i>6. In the recovery room after the operation my body temperature was well maintained</i>	6.Na sala de recuperação após a operação, a temperatura do meu corpo estava bem mantida.	6.Na sala de pós-operatório, depois da cirurgia, a temperatura do meu corpo permaneceu estável	6. Na sala de recuperação pós-anestésica, a temperatura do meu corpo estava estável.
<i>7.I think my anaesthesia (general or regional anaesthesia) was well performed</i>	7.Eu acho que minha anestesia (anestesia geral ou regional) foi bem executada.	7.Eu acho que minha anestesia (geral ou local) foi bem sucedida.	7.Eu acho que minha anestesia (anestesia geral ou regional/local) foi bem executada
<i>8.I think my operation / treatment was well performed</i>	8.Eu acho que minha operação / tratamento foi bem executada	8.Eu acho que minha operação / tratamento foi bem sucedido.	8.Eu acho que minha cirurgia foi bem executada
<i>9.Staff in the operating department were professional</i>	9.Equipe no centro cirúrgico foi profissional.	9.O pessoal do departamento cirúrgico foi profissional	9.A equipe do centro cirúrgico foi profissional
<i>10.Staff have been very careful and meticulous in performing their duties related to my treatment</i>	10.Os funcionários foram muito cuidadosos e meticulosos no desempenho de suas funções relacionadas ao meu tratamento	10.Equipe foi muito cuidadosa e meticulosa no desempenho de suas tarefas relacionadas ao meu tratamento	10.A equipe foi muito cuidadosa e meticulosa no desempenho de suas funções relacionadas ao meu tratamento
<i>11.In the operating room I constantly received information about what was happening to me (e.g. I was told what was being done and why)</i>	11. Na sala de cirurgia eu recebia constantemente informações sobre o que estava acontecendo comigo (por exemplo, me disseram o que estava sendo feito e porquê).	11.Na sala de cirurgia, eu recebi, constantemente, informações sobre o que estava acontecendo comigo (exemplo: eu fui informado(a) o que estava sendo feito e porque)	11.Na sala de cirurgia eu recebia constantemente informações sobre o que estava acontecendo comigo (por exemplo, me disseram o que estava sendo feito e por quê)
<i>12.In the recovery room I constantly received information about what was happening to me</i>	12.Na sala de recuperação eu recebia constantemente informações sobre o que estava acontecendo comigo	12.Na sala pós-operatório, eu recebi, constantemente, informações sobre o que estava acontecendo comigo	12.Na sala de recuperação, recebia constantemente informações sobre o que estava acontecendo comigo.
<i>13.In the operating department I received clear and in-depth information about my treatment (without any medical jargon)</i>	13.No centro cirúrgico, eu recebi informações claras e detalhadas sobre meu tratamento (sem nenhum jargão médico).	13.No departamento cirúrgico, recebi informações claras e detalhadas sobre meu tratamento (sem qualquer jargão médico).	13.No Centro Cirúrgico, recebi informações claras e detalhadas sobre meu tratamento (sem qualquer termo técnico médico)
<i>14.Nurses in the operating department gave me enough information about matters related to my care</i>	14.Os enfermeiros do departamento cirúrgico me deram informações sobre assuntos relacionados ao meu cuidado.	14.Enfermeiros, no centro cirúrgico, me forneceram informações suficientes sobre assuntos relacionados ao meu cuidado	14. Os enfermeiros do Centro Cirúrgico me deram informações suficientes sobre assuntos relacionados ao meu cuidado.

15. <i>The surgeon gave me enough information about matters related to my operation</i>	15.O cirurgião me deu informações suficientes sobre assuntos relacionados à minha operação.	15.O(A) médico(a) me forneceu informação suficiente sobre assuntos relacionados a minha operação	15.O cirurgião me deu informações suficientes sobre assuntos relacionados a minha cirurgia.
16. <i>The anaesthesiologist gave me enough information about matters related to general or regional anaesthesia</i>	16.O anesthesiologista me deu informações suficientes sobre assuntos relacionados à anestesia geral ou regional.	16.O(A) anesthesiologista me forneceu informação suficiente sobre assuntos relacionados a minha anestesia local ou geral	16.O anesthesiologista me deu informações suficientes sobre assuntos relacionados à anestesia geral, regional ou local
17. <i>In the operating department I was able to influence my treatment by saying what I thought and wanted</i>	17.No centro cirúrgico, eu pude participar do tratamento dizendo o que eu pensava ou queria	17.No departamento cirúrgico, pude influenciar meu tratamento, dizendo o que eu pensava e queria.	17. No Centro Cirúrgico, pude participar do meu tratamento, dizendo o que pensava e queria.
18. <i>I was given the chance to listen to music if I wanted to</i>	18. Eu tive a chance de ouvir a música se quisesse.	18.Deram-me a chance de ouvir música se eu quisesse	18. Eu tive a chance de ouvir música se quisesse
19. <i>In the operating department I was encouraged and supported mentally</i>	19.No centro cirúrgico, eu fui encorajado(a) e apoiado mentalmente	19.No departamento cirúrgico, fui encorajado e apoiado mentalmente	19. No Centro Cirúrgico, fui encorajado e apoiado mentalmente.
20. <i>If I was anxious on the operating department, that was taken into account for instance by means of sedatives or discussion</i>	20.Se eu estivesse ansioso(a) no centro cirúrgico, isso foi levado em conta, por exemplo, por meio de sedativos ou discussão.	20.Se eu estava ansioso no departamento cirúrgico, isso foi levado em conta, por exemplo, por meio de sedativos ou discussão	20. Se eu estava ansioso no Centro Cirúrgico, isso foi levado em consideração, por exemplo, por meio de conversa ou sedativos.
21. <i>I was treated respectfully and thoughtfully</i>	21. Fui tratado com respeito e consideração	21.Eu fui tratado(a) respeitosamente e cuidadosamente	21.Fui tratado com respeito e consideração
22. <i>In the operating department I was not put in situations that would have annoyed or embarrassed me</i>	22.No centro cirúrgico, eu não fui colocado(a) em uma situação que eu me irritei ou fiquei constrangido(a)	22.No departamento cirúrgico, não fui colocado em situações que me incomodassem ou envergonhassem	22.No Centro Cirúrgico, não fui colocado em situações constrangedoras ou irritantes
23. <i>I did not feel my care and treatment was impersonal or provided as if on an assembly line</i>	23.Eu não senti que meu cuidado e tratamento foi impessoal ou fornecido como uma linha de montagem	23.Eu não senti que meu cuidado e tratamento foram impessoais ou fornecidos de forma informal (não coloquei linha de montagem)	23. Eu não senti que meu cuidado e tratamento foi impessoal ou fornecido de maneira informal como uma linha de montagem
24. <i>Staff at the operating department were friendly</i>	24.Os funcionários do centro cirúrgico foram amáveis	24.Os funcionários do departamento cirúrgico eram amigáveis	24.Os funcionários do Centro Cirúrgico foram amigáveis.
25. <i>Staff at the operating department worked well with each other</i>	25.Houve uma boa interação entre a equipe do centro cirúrgico	25.Os funcionários do departamento cirúrgico trabalharam bem uns com os outros	25.Houve uma boa interação entre a equipe do Centro Cirúrgico
26. <i>Staff at the operating department had a good sense of humour</i>	26.A equipe do centro cirúrgico tinha um bom senso de humor	26.A equipe do departamento cirúrgico tinha um bom senso de humor	26.A equipe do Centro Cirúrgico tinha um bom senso de humor
27. <i>Staff have been polite and pleasant in their behavior</i>	27.A equipe tem sido educada e agradável em seu comportamento	27.Os(as) funcionários(as) foram educados e agradáveis em seu comportamento	27.A equipe do Centro Cirúrgico foi educada e agradável em seu comportamento

<i>28. Staff at the operating department have had enough time for me</i>	28. Os(as) funcionários(as) do centro cirúrgico se dedicaram a mim.	28. A equipe do departamento cirúrgico teve tempo suficiente para mim	28. A equipe do Centro Cirúrgico teve tempo suficiente para mim
<i>29. The atmosphere at the operating department was peaceful and unhurried</i>	29. A atmosfera do centro cirúrgico era pacífica e tranquila	29. A atmosfera no departamento cirúrgico era pacífica e sem pressa	29. A atmosfera do Centro Cirúrgico era pacífica e tranquilo
<i>30. The atmosphere at the operating department was calm and relaxed</i>	30. A atmosfera no departamento operacional era calma e relaxada	30. A atmosfera do centro cirúrgico era calma e relaxada	30. A atmosfera no Centro Cirúrgico era calma e relaxada.
<i>31. The recovery room was a peaceful place to recover from an operation</i>	31. A sala de recuperação era um lugar pacífico para se recuperar de uma operação	31. O centro cirúrgico era um lugar pacífico para se recuperar de uma operação	31. A sala de recuperação era um lugar pacífico para se recuperar de uma cirurgia
<i>32. I have felt safe at the operating department</i>	32. Senti-me seguro(a) no centro cirúrgico	32. Eu me senti seguro no departamento cirúrgico	32. Eu me senti seguro no Centro Cirúrgico
<i>33. I did not feel I had to wait for too long (at the ward or in the emergency department) to be admitted to the operating department</i>	33. Eu não senti que tive que esperar muito tempo (na enfermaria) para ser admitido no centro cirúrgico	33. Eu não senti que tinha que esperar por muito tempo (na enfermaria ou na emergência) para ser admitido no departamento cirúrgico	33. Eu não senti que tive que esperar por muito tempo (na enfermaria ou emergência) para ser admitido no Centro Cirúrgico
<i>34. I did not feel I was transferred too early from the recovery room to the ward</i>	34. Eu não senti que fui transferido muito cedo da sala de recuperação para a enfermaria	34. Eu não senti que fui transferido(a) muito cedo da sala de recuperação para a enfermaria / apartamento.	34. Eu não senti que fui transferido muito cedo da sala de recuperação para a enfermaria
<i>Please describe briefly what was the best thing about your stay at the operating department?</i>	Por favor, descreva resumidamente qual foi a melhor coisa da sua estadia no departamento operacional?	Por favor, descreva, brevemente/sucintamente, qual foi a melhor coisa sobre seu período de internação no centro cirúrgico	Por favor, descreva brevemente, qual foi a melhor momento ou situação de sua permanência no Centro Cirúrgico?
<i>Please describe briefly what was the worst thing about your stay at the operating department?</i>	Por favor, descreva brevemente qual foi a pior coisa da sua estadia no departamento operacional?	Por favor, descreva, brevemente, qual foi a pior coisa sobre seu período de internação no centro cirúrgico.	Por favor, descreva brevemente, qual foi a pior momento ou situação de permanência no Centro Cirúrgico?
<i>If you have any other views or suggestions regarding the development of perioperative care, please write your comments in the space below; if necessary you can continue overleaf. The staff at the operating department are grateful for any observations and suggestions. We hope to be able to use them in order to maintain and further improve the standards of care we provide and to give you the best possible treatment.</i>	Se você tiver outras opiniões ou sugestões sobre o desenvolvimento de cuidados perioperatórios, por favor, escreva seus comentários no espaço abaixo; se necessário, você pode continuar no verso. A equipe do departamento operacional é grata por quaisquer observações e sugestões. Esperamos poder usá-los para manter e melhorar ainda mais os padrões de atendimento que prestamos e para oferecer o melhor tratamento possível.	Se você tiver outras opiniões ou sugestões sobre os cuidados no perioperatório, por favor, escreva seus comentários no espaço abaixo; se necessário, você pode continuar no verso. A equipe do centro cirúrgico será grata por quaisquer observações e sugestões. Esperamos poder usá-las para manter e melhorar ainda mais os padrões de atendimento que prestamos e para oferecer o melhor tratamento possível.	Se você tiver outras opiniões ou sugestões sobre o desenvolvimento dos cuidados no perioperatório, por favor, escreva seus comentários no espaço abaixo; se necessário, você pode continuar no verso. A equipe de enfermagem é grata por quaisquer observações e sugestões. Esperamos poder usá-los para manter e melhorar ainda mais os padrões de atendimento prestados e oferecer o melhor tratamento possível.

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA PESQUISADORA DA *GOOD PERIOPERATIVE NURSING CARE SCALE*



ANEXO B – INSTRUMENTO GOOD PERIOPERATIVE NURSING CARE SCALE

Good Perioperative Nursing Care Scale (© Leinonen & Leino-Kilpi)

Please circle the number that best describes your situation or opinion and experiences, or write the answer in the space provided.

1. I arrived at the operating department
 1. early in the morning
 2. before noon
 3. in the afternoon
 4. in the evening
 5. at night

2. My operation / treatment was
 1. elective (planned in advance)
 2. emergency (acute, not planned in advance)

3. My operation / treatment was done under
 1. general anaesthesia (I was asleep)
 2. local or regional anaesthesia (I was awake)
 3. other, please specify _____

4. My age is _____ years

5. I have completed (highest)
 1. primary / comprehensive school
 2. high school
 3. vocational qualification
 4. polytechnic
 5. university degree

6. I am currently
 1. employed
 2. unemployed
 3. student
 4. housewife or father
 5. retired
 6. other, please specify _____

7. My marital status is
 1. single
 2. married / living together
 3. divorced
 4. widowed

8. How clearly do you remember your stay in the operating department

	clearly	vaguely	nothing
1. coming to the operating department	1	2	3
2. the time in the operating room	1	2	3
3. the time in the recovery room	1	2	3
4. leaving the operating department	1	2	3

9. Did the following persons come to see you before your operation at the ward?

	yes	no	don't know
1. surgeon	1	2	3

- 2. anaesthesiologist 1 2 3
- 3. nurse from operating department1 2 3

10. Before you arrived at the operating department, to what extent did you experience or have the following at the ward or in the emergency department

	to a great extent	to some extent	Not much	not at all	don't know
1. pain	4	3	2	1	0
2. nausea / vomiting.....	4	3	2	1	0
3.cold / chills.....	4	3	2	1	0
4. fears related to anaesthesia.....	4	3	2	1	0
5. fears related to the operation / treatment.....	4	3	2	1	0
6. knowledge regarding the operation	4	3	2	1	0
7. knowledge regarding anaesthesia.....	4	3	2	1	0

11. During your stay at the operating department, to what extent did you experience or have the following

	to a great extent	to some extent	Not much	not at all	don't know
1. pain	4	3	2	1	0
2. nausea / vomiting.....	4	3	2	1	0
3.cold / chills.....	4	3	2	1	0
4. fears related to anaesthesia.....	4	3	2	1	0
5. fears related to the operation / treatment.....	4	3	2	1	0
6. knowledge regarding the operation	4	3	2	1	0
7. knowledge regarding anaesthesia.....	4	3	2	1	0

Below is a list of statements concerning your treatment in the operating department. What we want you to do is say to what extent you agree or disagree with each of these statements. If the item is irrelevant to your treatment or if you remember nothing about it, please select the last option, i.e. "I am unable to assess this aspect". Otherwise circle the number that best corresponds to your opinion.

	full y agr ee	agree	Neither nor agree disagree	dis- agree	fully disa gree	unable to assess this aspect
1. During my treatment in the operating room I received sufficient pain medication and did not have to suffer pain	5	4	3	2	1	0

	5	4	3	2	1	0
2. During my stay in the recovery room after the operation I received sufficient pain medication and did not have to suffer pain.....						
3. I was handled gently, without any pain caused to me.....	5	4	3	2	1	0
4. I was placed in a comfortable surgical position on the operating table (the supports didn't press any part of my body and my position didn't cause any pain or numbness)	5	4	3	2	1	0
	full y agr ee	agree	Neither nor agree disagree	dis- agree	fully disa gree	unable to assess this aspect
5. During the procedure in the operating room my body temperature was well maintained (if necessary by using e.g. warmed blankets or forced warm air)	5	4	3	2	1	0
6. In the recovery room after the operation my body temperature was well maintained	5	4	3	2	1	0
7. I think my anaesthesia (general or regional anaesthesia) was well performed	5	4	3	2	1	0
If you disagree with this statement, please explain in the space below what kinds of problems you experienced with your anaesthesia						
<hr/>						
<hr/>						
8. I think my operation / treatment was well performed	5	4	3	2	1	0
If you disagree with this statement, please explain in the space below what kinds of problems you experienced with your operation						
<hr/>						
<hr/>						
9. Staff in the operating department were professional	5	4	3	2	1	0
10. Staff have been very careful and meticulous in performing their duties related to my treatment	5	4	3	2	1	0
11. In the operating room I constantly received information about what was happening to me (e.g. I was told what was being done and why)	5	4	3	2	1	0
12. In the recovery room I constantly received information about what was happening to me	5	4	3	2	1	0
13. In the operating department I received clear and in-depth information about my treatment (without any medical jargon)	5	4	3	2	1	0
14. Nurses in the operating department gave me enough information about matters related to my care	5	4	3	2	1	0
15. The surgeon gave me enough information about matters related to my operation	5	4	3	2	1	0
16. The anaesthesiologist gave me enough information about	5	4	3	2	1	0

matters related to general or regional anaesthesia						
17. In the operating department I was able to influence my treatment by saying what I thought and wanted	5	4	3	2	1	0
18. I was given the chance to listen to music if I wanted to	5	4	3	2	1	0
19. In the operating department I was encouraged and supported mentally	5	4	3	2	1	0
20. If I was anxious on the operating department, that was taken into account for instance by means of sedatives or discussion	5	4	3	2	1	0
21. I was treated respectfully and thoughtfully	5	4	3	2	1	0
22. In the operating department I was not put in situations that would have annoyed or embarrassed me	5	4	3	2	1	0
23. I did not feel my care and treatment was impersonal or provided as if on an assembly line	5	4	3	2	1	0
24. Staff at the operating department were friendly	5	4	3	2	1	0
25. Staff at the operating department worked well with each other	5	4	3	2	1	0
26. Staff at the operating department had a good sense of humour.....	5	4	3	2	1	0
27. Staff have been polite and pleasant in their behaviour	5	4	3	2	1	0
28. Staff at the operating department have had enough time for me.....	5	4	3	2	1	0
29. The atmosphere at the operating department was peaceful and unhurried	5	4	3	2	1	0
30. The atmosphere at the operating department was calm and relaxed	5	4	3	2	1	0
31. The recovery room was a peaceful place to recover from an operation	5	4	3	2	1	0
32. I have felt safe at the operating department.....	5	4	3	2	1	0
33. I did not feel I had to wait for too long (at the ward or in the emergency department) to be admitted to the operating department	5	4	3	2	1	0
34. I did not feel I was transferred too early from the recovery room to the ward	5	4	3	2	1	0

IN CONCLUSION

Please describe briefly what was **the best** thing about your stay at the operating department?

Please describe briefly what was **the worst** thing about your stay at the operating department?

If you have any other views or suggestions regarding the development of perioperative care, please write your comments in the space below; if necessary you can continue overleaf. The staff at the operating department are grateful for any observations and suggestions. We hope

to be able to use them in order to maintain and further improve the standards of care we provide and to give you the best possible treatment.

Thank you for taking the time to answer our questions.

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFRN - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - LAGOA NOVA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA GOOD PERIOPERATIVE NURSING CARE SCALE.

Pesquisador: KAROLINA DE MOURA MANSO DA ROCHA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08001318.6.0000.5537

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.305.610

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa pretende realizar adaptação transcultural Good Perioperative Nursing Care Scale (GPNCS) para a língua portuguesa no contexto brasileiro. Há necessidade de avaliação do cuidado de enfermagem oferecidos aos pacientes no período perioperatório internados na clínica cirúrgica. O instrumento Good Perioperative Nursing Care Scale possibilita fornecer indicadores sobre a qualidade assistencial dos cuidados de Enfermagem e subsidiar ações de prevenção, minimização dos eventos adversos e promoção da qualidade do cuidado. A pesquisadora ressalta que não existe, no contexto brasileiro, instrumentos que realizem a avaliação da qualidade do cuidado. Trata-se de um estudo metodológico com abordagem quantitativa que segundo Polit e Beck (2011) investiga o método de obtenção e organização dos dados através do desenvolvimento, adaptação, validação e avaliação de instrumentos considerados confiáveis e aplicáveis em outros contextos. Por ser um indicador de qualidade assistencial, foi desenvolvida na Finlândia, a escala Good Perioperative Nursing Care Scale traduzida e validada na Turquia, Suécia, China e Dinamarca. Entretanto, inexiste no Brasil escala avalie especificamente a qualidade da Assistência de Enfermagem Perioperatória.

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

UF: RN

Telefone: (84)3215-3135

Município: NATAL

CEP: 59.078-970

E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br

5 de 5

UFRN - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - LAGOA NOVA



Continuação do Parecer: 3.305.610

Declaração de Pesquisadores	_TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE_.docx	25/12/2018 15:58:53	KAROLINA DE MOURA MANSO DA ROCHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	_DECLARACAO_DE_NAO_INICIO.docx	25/12/2018 15:58:17	KAROLINA DE MOURA MANSO DA ROCHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	_DECLARACAO_INSTITUCIONAL_.docx	25/12/2018 15:57:50	KAROLINA DE MOURA MANSO DA ROCHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	_CARTA_DE_ANUENCIA.docx	25/12/2018 15:57:22	KAROLINA DE MOURA MANSO DA ROCHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	_TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	25/12/2018 15:47:09	KAROLINA DE MOURA MANSO DA ROCHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	_PROJETO_DE_TESE_.doc	25/12/2018 15:46:48	KAROLINA DE MOURA MANSO DA ROCHA	Aceito
Folha de Rosto	_FOLHA_DE_ROSTO.pdf	04/12/2018 16:45:23	KAROLINA DE MOURA MANSO DA ROCHA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NATAL, 06 de Maio de 2019

Assinado por:
LÉLIA MARIA GUEDES QUEIROZ
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000**Bairro:** Lagoa Nova**CEP:** 59.078-970**UF:** RN**Município:** NATAL**Telefone:** (84)3215-3135**E-mail:** cepufrn@reitoria.ufrn.br