

Vídeo educativo para ensino de práticas seguras no perioperatório: ensaio clínico randomizado*

Raissa Bianca Luiz¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0921-0082>

Maria Beatriz Guimarães Raponi²

 <https://orcid.org/0000-0003-4487-9232>

Patrícia da Silva Pires³

 <https://orcid.org/0000-0002-2537-3909>

Maria Sagrario Gómez Cantarino⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-9640-0409>

Maria Helena Barbosa^{1,5}

 <https://orcid.org/0000-0003-2749-2802>

Destaques: **(1)** Elaboração de um questionário válido de avaliação do conhecimento do paciente. **(2)** Produção de um vídeo educativo válido acerca da segurança perioperatória. **(3)** A versão final do vídeo educativo apresenta 7 minutos e 50 segundos de duração. **(4)** O vídeo educativo foi efetivo na melhora do conhecimento dos pacientes. **(5)** Contribui com o envolvimento do paciente na segurança do cuidado.

Objetivo: avaliar a efetividade de um vídeo educativo no conhecimento de pacientes hospitalizados acerca das práticas seguras no período perioperatório. **Método:** ensaio clínico randomizado, duplo-cego, realizado em hospital de ensino no interior de Minas Gerais. Foram alocados aleatoriamente 100 pacientes submetidos à cirurgia ortopédica eletiva (50 no grupo experimental e 50 no controle). O conhecimento do paciente foi avaliado por meio de questionário, construído pelos pesquisadores e validado por especialistas, antes e após a aplicação da intervenção (vídeo educativo) ou orientações-padrão. Adotou-se estatística descritiva para variáveis quantitativas e teste t de Student para amostras independentes na análise da média da diferença do conhecimento entre os grupos experimental e controle ($\alpha = 0,05$). **Resultados:** participaram do estudo 100 pacientes, 50 no grupo experimental e 50 no controle. O grupo experimental apresentou ganho de conhecimento significativamente superior ($t = 3.72 \pm 1,84$; $p < 0,001$) ao grupo controle. Obteve-se d de Cohen de 1,22, indicando grande magnitude do efeito. **Conclusão:** o vídeo educativo foi efetivo na melhora do conhecimento dos pacientes e pode contribuir com o enfermeiro, na prática de educação em saúde, na otimização do tempo e na disseminação do conhecimento quanto às práticas seguras no perioperatório. Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC): RBR-8x5mfq.

Descritores: Segurança do Paciente; Educação de Pacientes como Assunto; Recursos Audiovisuais; Aprendizagem; Pacientes Internados; Participação do Paciente.

* Artigo extraído da tese de doutorado "Efetividade de vídeo educativo acerca das práticas seguras em pacientes no período perioperatório", apresentada à Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

¹ Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

² Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina, Curso de Graduação em Enfermagem, Uberlândia, MG, Brasil.

³ Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Vitória da Conquista, BA, Brasil.

⁴ Universidade de Castilla-La Mancha-Toledo, Castilla-La Mancha, Espanha.

⁵ Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

Como citar este artigo

Luiz RB, Raponi MBG, Pires PS, Cantarino MSG, Barbosa MH. Educational video for teaching safe practices in the perioperative period: randomized controlled trial. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2024;32:e4152 [cited ____/____/____]. Available from:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6878.4152> 

Introdução

Apesar dos notórios avanços nas discussões sobre a segurança do paciente, a literatura científica demonstra que danos considerados evitáveis ainda são recorrentes⁽¹⁻³⁾. Os dados de uma revisão de escopo, realizada com 25 estudos em 27 países, identificaram uma média de 10% na ocorrência de eventos adversos (EA), sendo que metade desses eventos foi considerada evitável e 7,3% culminou em óbito⁽²⁾. Sobre esse aspecto, destacam-se os acontecimentos relacionados a procedimentos cirúrgicos que se associam a complicações pós-operatórias, como lesões, sangramentos e necessidade de reabordagem da cirurgia⁽⁴⁻⁶⁾.

No Brasil, as notificações de eventos adversos registrados no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária, no período de 2019 a 2021, identificaram que falhas durante o procedimento cirúrgico ocuparam a terceira posição, sendo a primeira relacionada à broncoaspiração e a segunda à queda de pacientes⁽⁷⁾.

É iminente a necessidade de uma mudança na cultura dos serviços de saúde que efetivamente transcenda a mobilização institucional, profissional e incentive o envolvimento dos pacientes como participantes e corresponsáveis na promoção de práticas seguras e prevenção de incidentes no cuidado⁽⁸⁻⁹⁾, incluindo o período perioperatório. A participação do paciente no cuidado seguro tem sido considerada uma das principais estratégias de fortalecimento da segurança assistencial⁽¹⁰⁻¹³⁾, com base no aprendizado e engajamento desses indivíduos⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Estudos demonstram que o envolvimento do paciente nas questões de segurança está associado a menores índices de ocorrência de eventos adversos (EA), a menores taxas de complicações relacionadas à assistência à saúde e à melhora da percepção do comportamento de segurança⁽¹⁵⁻¹⁸⁾.

Em pacientes cirúrgicos, a pesquisa que analisou a experiência de pacientes hospitalizados mostrou que, em relação à participação nos protocolos de segurança, existe um maior envolvimento do paciente no protocolo de cirurgia segura quando há o consentimento cirúrgico, o uso da pulseira de identificação, a explicação das medidas preventivas de queda e das formas de administração de medicamentos⁽¹⁹⁾.

Uma das estratégias capazes de estimular o envolvimento do paciente nas práticas seguras em saúde é a oferta de material educativo que inclua o reconhecimento de situações de risco e as condutas a serem adotadas para evitar a ocorrência de erros no período perioperatório⁽²⁰⁻²¹⁾. Acredita-se que o processo educativo pode melhorar o conhecimento, a percepção

e a atitude do paciente frente aos EA, refletindo na segurança do cuidado⁽²¹⁾.

No processo educativo dos pacientes, a estratégia de utilizar vídeos tem se destacado como um recurso didático, sendo considerada uma estratégia inovadora e eficaz, capaz de tornar o aprendizado atrativo, melhorar o conhecimento e o envolvimento dos indivíduos hospitalizados em comportamentos seguros^(18,20).

O enfermeiro, frente à educação em saúde, pode utilizar o vídeo como uma opção de recurso educativo em todos os níveis de atenção, por ser capaz de contribuir com a multiplicação das informações repassadas e de integrar o paciente à equipe multiprofissional⁽²²⁾, refletindo nos indicadores assistenciais de segurança perioperatória. Além disso, o enfermeiro também pode utilizar o vídeo educativo em atividades de ensino, pesquisa e extensão⁽²²⁾, para a disseminação do conhecimento quanto às práticas seguras no período perioperatório.

Diante das potencialidades da prática de elaboração de conteúdos educativos e da sua disponibilização em materiais audiovisuais, observou-se que havia uma lacuna na exploração dessas possibilidades, sobretudo no que diz respeito à publicação de estudos que abordassem práticas seguras de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos e à disponibilidade de pesquisas que analisem o efeito que os vídeos educacionais podem produzir em pacientes hospitalizados. Além disso, há incipiência de pesquisas nacionais para verificar, de maneira mais ampla, o efeito de recursos tecnológicos no conhecimento dos pacientes cirúrgicos em relação à segurança no cuidado em saúde.

Dessa forma, justifica-se o desenvolvimento de pesquisas científicas que comprovem a efetividade de vídeos educativos no aumento dos conhecimentos do paciente, estimulando-o a participar da segurança perioperatória.

Para tanto, esta pesquisa tem como objetivo avaliar a efetividade do vídeo educativo no conhecimento de pacientes hospitalizados acerca das práticas seguras no período perioperatório.

Método

Delineamento do estudo

Trata-se de um ensaio clínico randomizado, paralelo, duplo-cego, composto por dois grupos, a saber: grupo experimental (GE), constituído por participantes que receberam orientações acerca das práticas seguras no período perioperatório, por meio do vídeo educativo; e grupo controle (GC), composto por participantes que receberam orientações-padrão, conforme rotina institucional.

Período e local

A pesquisa foi desenvolvida no período de abril a novembro de 2022, sendo conduzida em um hospital de ensino de grande porte no interior de Minas Gerais, e seguiu as recomendações do *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT)⁽²³⁾.

Crítérios de seleção

Foram incluídos pacientes submetidos às cirurgias ortopédicas eletivas e com idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos os participantes com diagnóstico de enfermagem segundo taxonomia da *NANDA-International* (NANDA-I®), aqueles de Comunicação Verbal Prejudicada que apresentaram uma ou mais das seguintes características definidoras: déficit visual parcial ou total; desorientação em relação a pessoas, tempo e espaço; dificuldade em manter e compreender a comunicação; usar expressões corporais e/ou faciais; dificuldade para expressar pensamentos verbalmente; dificuldade para falar e formar palavras e/ou frases e verbalização inapropriada⁽²⁴⁾. Excluíram-se também os participantes com deficiência auditiva total ou parcial, comprovada por laudo médico; os impossibilitados de ouvir adequadamente a narração do vídeo; os não alfabetizados; os que tiveram as cirurgias canceladas por terem testado positivo para COVID-19 ou por falta de documentação necessária para internação hospitalar.

Cálculo da amostra

O cálculo do tamanho amostral foi realizado por um estatístico sem envolvimento com a intervenção da pesquisa, por meio do *software Power Analysis and Sample Size* (PASS) versão 13.0. Foram considerados os resultados obtidos em um estudo-piloto realizado previamente à coleta de dados do estudo principal, no período de abril a maio de 2022, realizado com 10 indivíduos no GE e 10 no GC. Ressalta-se que os participantes do estudo-piloto não fizeram parte da amostragem final do ensaio clínico randomizado. No estudo-piloto, evidenciou-se ganho de conhecimento do GE (82,5 ±16,87) em relação ao GC (10,0 ±17,48). Foram considerados o nível de significância de $\alpha=0.05$ e o poder estatístico a ser atingido de 80% ($\beta=0,2$). A partir desse cálculo, os resultados preliminares evidenciaram poder estatístico superior a 95%, determinando um tamanho amostral mínimo de três participantes por grupo. Contudo, optou-se por realizar a coleta de dados do estudo principal com uma amostra superior ao tamanho amostral mínimo determinado, a qual ocorreu no período de junho a setembro de 2022.

Participantes

O recrutamento dos participantes foi realizado a partir de uma lista disponibilizada semanalmente pelo setor de internação do hospital, a qual contemplava os pacientes que seriam submetidos às cirurgias ortopédicas eletivas. A população elegível obtida foi de 125 participantes, dos quais 25 não foram incluídos, a saber: sete por apresentarem Diagnóstico de Enfermagem de Comunicação Verbal Prejudicada, 15 por terem idade menor de 18 anos, um por ter cirurgia cancelada por falta de documentação, um por testar positivo para Covid-19 e um por recusar-se a participar da pesquisa. A amostra final foi $n=100$, sendo 50 no GE e 50 no GC. Para o desfecho avaliado (ganho de conhecimento), baseando-se nas médias e nos desvios padrão dos GE e GC, considerando amostra de 100 participantes e nível de significância $\alpha= 0,05$, foi realizado cálculo do poder estatístico a posteriori, o qual foi maior que 99%.

A intervenção avaliada foi a utilização do vídeo educativo acerca das práticas seguras no período perioperatório. Os participantes do GE receberam a intervenção no pré-operatório, imediatamente após a admissão hospitalar, realizada pela pesquisadora principal do estudo. O vídeo educativo foi transmitido por meio de um *tablet* da marca *Galaxy Samsung*, de 10,5 polegadas e de um *headphone On Ear Pure Bass T510BT* da marca JBL, com duração de 7 minutos e 50 segundos.

A produção do vídeo educativo seguiu as recomendações do Manual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) intitulado "Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? – Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes"⁽¹⁴⁾, dividido em oito partes, a saber: apresentação do tema (definição de eventos adversos e convite aos pacientes na participação da redução de erros na assistência à saúde); identificação do paciente (orientações sobre a pulseira de identificação); prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde (conceito das infecções, os passos e os momentos para higienização das mãos, cuidados com os dispositivos invasivos e com a precaução de contato); uso seguro de medicamentos (importância de conhecer o medicamento administrado); cirurgia segura (cuidados antes e após o procedimento, importância do consentimento cirúrgico e demarcação do sítio operatório); prevenção de lesão por pressão (definição da terminologia e cuidados para evitá-la); prevenção de quedas (fatores que aumentam as chances do paciente cair e medidas preventivas); e encerramento do vídeo (importância da participação do paciente no cuidado seguro para melhorar a qualidade da assistência e auxiliar na prevenção de erros). Além disso, utilizou-se a Teoria

Cognitiva da Aprendizagem Multimídia como referencial teórico por orientar a utilização de recursos multimídia no processo educativo⁽²⁵⁾.

Optou-se pela elaboração de um roteiro de linguagem própria, clara, objetiva e acessível ao público-alvo com a utilização de animações gráficas para representar os fatos narrados pela pesquisadora, o qual foi operacionalizado por meio do *software Videoscribe®*, da *Sparkol Company*, versão PRO. O vídeo educativo foi submetido à validação de conteúdo nas fases de pré-produção, produção e pós-produção e validado por especialistas por meio do índice de validade de conteúdo. Em todas as fases de validação, a proporção de concordância variou entre 80% e 100%.

Os participantes do GC receberam orientações-padrão no pré-operatório, imediatamente após a admissão hospitalar. As orientações eram verbais, realizadas pela enfermeira responsável pela admissão de pacientes cirúrgicos, conforme o protocolo institucional de cirurgia segura, com duração de 7 minutos e 50 segundos. Este protocolo abordava a temática de identificação do paciente, cuidados pré-operatórios, demarcação do sítio cirúrgico e retirada de próteses e adornos antes da realização da cirurgia.

O desfecho da pesquisa foi o ganho de conhecimento do paciente acerca das práticas seguras no período perioperatório, avaliado por meio de um questionário de avaliação de conhecimento, elaborado por uma das pesquisadoras e validado por especialistas na temática. O ganho de conhecimento, para o grupo experimental e para o grupo controle, referiu-se à diferença da média do conhecimento pós e pré-intervenção ou orientações-padrão, ou seja, para cada participante, em seu respectivo grupo, foi calculada a diferença entre o número de acertos pós-intervenção ou orientações-padrão menos o número de acertos pré-intervenção ou orientações-padrão.

O questionário de avaliação do conhecimento (disponível em material suplementar) foi composto por dados de identificação do paciente (iniciais, número do prontuário e data de nascimento), variáveis sociodemográficas (procedência, escolaridade, profissão, renda familiar e estado civil) e variáveis clínicas (internação e cirurgias prévias, cirurgia realizada e comorbidades) e por oito questões de múltipla escolha, com cinco alternativas de resposta e apenas uma correta. O questionário também seguiu a mesma recomendação e temáticas utilizadas na produção do vídeo educativo. Após a sua elaboração, o questionário foi submetido à validação por meio do índice de validade de conteúdo e foi considerado válido pelos especialistas, uma vez que todas as questões do instrumento apresentaram concordância mínima de 88,8% e máxima de 100%.

O processo de randomização foi realizado com auxílio de esquema de randomização gerado pelo *site* da *web Randomization.com*, por um pesquisador sem envolvimento com a intervenção do estudo. Após a randomização, foi gerada uma lista, numerada sequencialmente, para a alocação dos participantes nos grupos sob posse apenas do pesquisador que a realizou. Durante a coleta de dados, após o paciente aceitar participar da pesquisa, a pesquisadora principal entrava em contato com o responsável pela randomização para identificar o grupo de alocação de cada participante. A pesquisadora assistente e o estatístico que realizou as análises foram mascarados quanto ao tipo de intervenção que cada participante recebeu, o que caracteriza este estudo como duplo-cego.

Coleta de dados

Para a realização da coleta, foi constituída uma equipe de pesquisa composta por duas pesquisadoras, sendo elas a principal e a assistente, e, também, por uma enfermeira. A distribuição da equipe de pesquisa deu-se da seguinte forma: a pesquisadora principal era responsável pela coleta das variáveis sociodemográficas e clínicas, bem como pela transmissão do vídeo educativo para os pacientes do GE; a pesquisadora assistente se responsabilizou pela aplicação do questionário de avaliação do conhecimento dos participantes para ambos os grupos (GE e GC), pré e pós-intervenção ou orientações-padrão; e a enfermeira se incumbiu das orientações-padrão, por ser a profissional responsável pela admissão e orientação de pacientes cirúrgicos na instituição, conforme rotina e protocolo institucional. Ressalta-se que a pesquisadora assistente desconhecia a alocação do participante, uma vez que não permanecia na sala durante a transmissão do vídeo educativo ou da realização das orientações padrão.

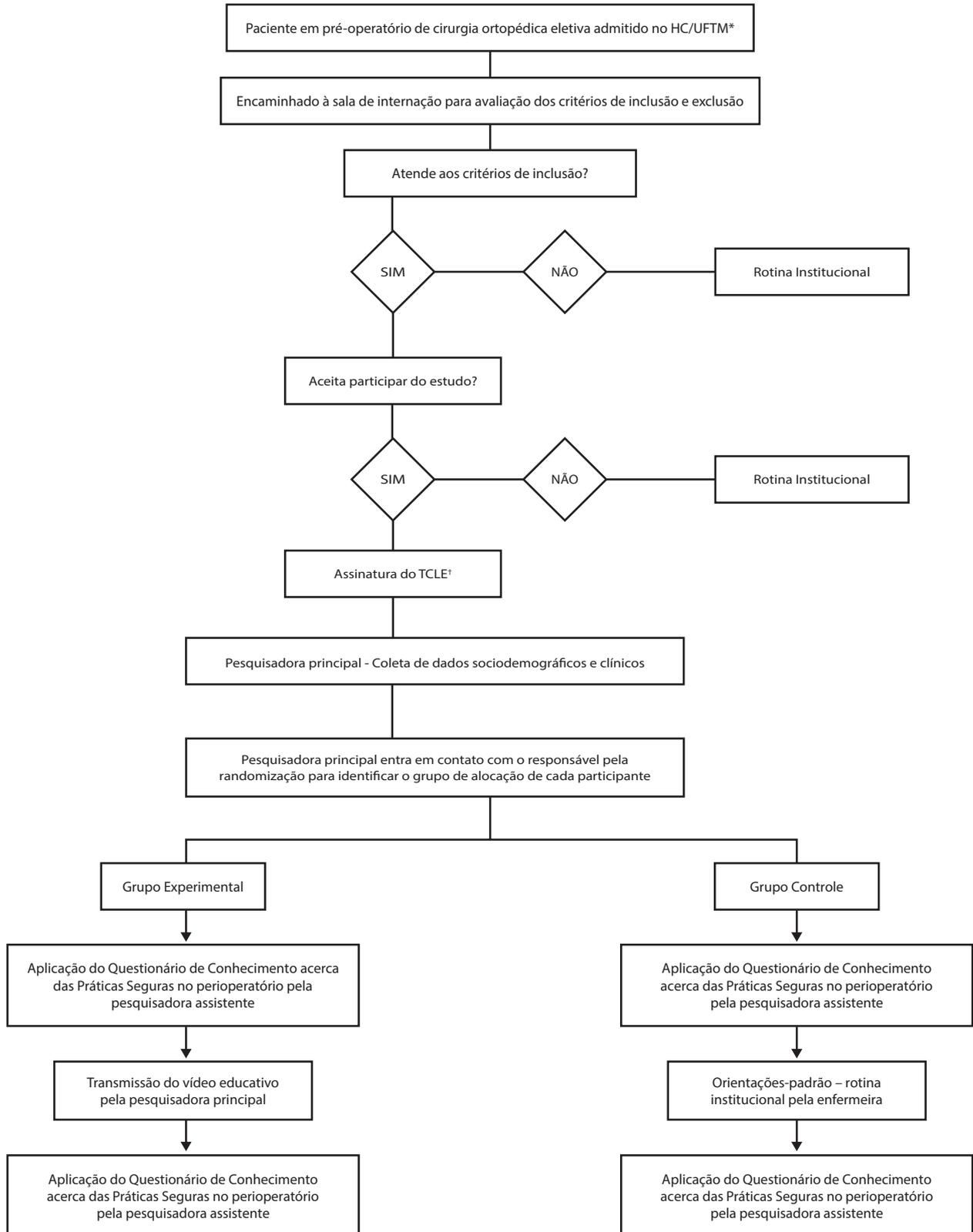
Os pesquisadores, de posse da lista disponibilizada pelo setor de internação, na qual constavam o nome do paciente, sua idade, o nome da cirurgia a ser realizada, a data e o horário da internação e da cirurgia, compareceram ao hospital para abordagem do paciente e avaliação quanto aos critérios de inclusão e exclusão. Após a anuência do participante, procedeu-se à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados ocorreu após a alocação do participante pela lista de randomização, no período pré-operatório, imediatamente após a admissão hospitalar. Os participantes do estudo foram encaminhados individualmente à sala de internação para que a intervenção ou as orientações-padrão fossem aplicadas. Ressalta-se que os participantes do GE e do GC não interagiram entre si e que as orientações-padrão e

o vídeo educativo tiveram a mesma duração, evitando a contaminação entre os grupos.

Foram coletados os dados sociodemográficos e clínicos do participante e, em seguida, aplicou-se o questionário de avaliação do conhecimento acerca das práticas seguras no perioperatório. Posteriormente,

o vídeo educativo foi transmitido para o GE e as orientações-padrão para o GC. Após a intervenção ou orientações-padrão, novamente foi aplicado o questionário de avaliação de conhecimento. O esquema utilizado para o procedimento de coleta de dados está representado na Figura 1.



*HC/UFTM = Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro; †TCLE = Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Figura 1 – Procedimento de coleta de dados. Uberaba, MG, Brasil, 2023

Tratamento e análise dos dados

Foi utilizada a técnica de dupla digitação e os dados coletados foram analisados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 23.0. O nível de significância utilizado foi $\alpha=0,05$.

Para testar a hipótese de homogeneidade dos grupos (GC e GE), utilizaram-se variáveis conforme embasamento científico. A literatura aponta alguns fatores como possíveis dificultadores para aquisição de conhecimento, tais como: idade, escolaridade, renda familiar/mensal, experiências prévias⁽²⁶⁻²⁸⁾.

Dessa forma, utilizou-se o teste t para amostras independentes em variáveis quantitativas (idade) e o teste Qui-Quadrado em variáveis categóricas (renda, escolaridade e cirurgias prévias). Os pré-requisitos para uso dos testes paramétricos foram devidamente considerados.

Utilizou-se estatística descritiva para variáveis quantitativas, por meio de medidas descritivas de centralidade e de dispersão e o teste t de Student para amostras independentes na análise da média da diferença do conhecimento entre os grupos experimental e controle. Além disso, utilizou-se o d de Cohen com a finalidade de se classificar a magnitude do efeito da intervenção, podendo ser pequena ($d < 0,20$), moderada ($\geq 0,20$ a $< 0,50$) ou grande ($\geq 0,50$)⁽²⁹⁾.

Aspectos éticos

Para atender aos critérios éticos, foi mantido o anonimato dos participantes e obtida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, CAAE 27120619.7.0000.8667, sob parecer número 3.946.086, e registrado na base de dados de Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC), com identificador primário RBR-8x5mfq.

Resultados

A amostra do estudo foi constituída de 100 participantes, sendo 50 no GE e 50 no GC. A maioria (51,0%) era do sexo masculino e com emprego formal ativo (75,0%). Houve maior predomínio de participantes casados/união estável (46,0%), com renda familiar mensal de dois salários mínimos (62,0%), medido em real, e com ensino médio incompleto (36,0%), não houveram participantes não alfabetizados. A média de idade foi de 51,84 anos ($DP \pm 14,41$; mínima de 20; máxima de 86). A Tabela 1 evidencia a caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes participantes da pesquisa.

Tabela 1 – Distribuição de frequências de características sociodemográficas e clínicas da amostra, considerando o grupo controle, grupo experimental e amostra total (n = 100). Uberaba, MG, Brasil, 2023

Variáveis	Características	GC* n [†] (%)	GE [†] n [†] (%)	Amostra total n [†] (%)
Sexo	Masculino	30 (60,0)	21 (42,0)	51 (51,0)
	Feminino	20 (40,0)	29 (58,0)	49 (49,0)
	Total	50 (100,0)	50 (100,0)	100 (100,0)
Aposentado	Sim	13 (26,0)	12 (24,0)	25 (25,0)
	Não	37 (74,0)	38 (76,0)	75 (75,0)
	Total	50 (100,0)	50 (100,0)	100 (100,0)
Estado civil	Casado/União estável	21 (42,0)	25 (50,0)	46 (46,0)
	Solteiro com parceiro fixo	08 (16,0)	03 (6,0)	11 (11,0)
	Solteiro sem parceiro fixo	16 (32,0)	20 (40,0)	36 (36,0)
	Viúvo	05 (10,0)	02 (4,0)	07 (7,0)
	Total	50 (100,0)	50 (100,0)	100 (100,0)
Renda[§]	Sem renda	01 (2,0)	01 (2,0)	02 (2,0)
	Um salário mínimo	09 (18,0)	07 (14)	16 (16,0)
	Dois salários mínimos	28 (56,0)	34 (68,0)	62 (62,0)
	Três a cinco salários mínimos	12 (24,0)	08 (16,0)	20 (20,0)
	Total	50 (100,0)	50 (100,0)	100 (100,0)
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	09 (18,0)	09 (18,0)	18 (18,0)
	Ensino fundamental completo	07 (14,0)	10 (20,0)	17 (17,0)
	Ensino médio incompleto	18 (36,0)	18 (36,0)	36 (36,0)
	Ensino médio completo	15 (30,0)	11 (22,0)	26 (26,0)
	Ensino superior incompleto	00 (0,0)	01 (2,0)	01 (1,0)

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Variáveis	Características	GC* n [‡] (%)	GE† n [‡] (%)	Amostra total n [‡] (%)
Intern. Prévia ^{‡‡}	Sim	28 (56,0)	31 (62,0)	59 (59,0)
	Não	22 (44,0)	19 (38,0)	41 (41,0)
	Total	50 (100,0)	50 (100,0)	100 (100,0)
Cirurgia prévia	Sim	27 (54,0)	29 (58,0)	56 (56,0)
	Não	23 (46,0)	21 (42,0)	44 (44,0)
	Total	50 (100,0)	50 (100,0)	100 (100,0)
Comorbidades	Sim	21 (42,0)	21 (42,0)	42 (42,0)
	Não	29 (58,0)	29 (58,0)	58 (58,0)
	Total	50 (100,0)	50 (100,0)	100 (100,0)

*GC = Grupo Controle; †GE = Grupo Experimental; ‡n = Número de participantes; §Renda = Considerado o salário mínimo R\$ 1.302,00, Brasil, ano de 2022;

‡‡Intern. Prévia = Internação Prévia

Quanto à homogeneidade dos grupos, evidenciou-se que os grupos experimental e controle são homogêneos e comparáveis, considerando os testes t e Qui-quadrado e as variáveis idade ($p=0,42$), renda ($p=0,38$), escolaridade ($p=0,51$) e cirurgias prévias ($p=0,69$).

Ao analisar os dados descritivos em relação aos valores do pré e pós-intervenção ou orientações-padrão, conforme Tabela 2, observou-se aumento na média do conhecimento para o grupo controle e o grupo experimental.

Tabela 2 – Medidas de tendência central e variabilidade para a média da diferença do conhecimento dos pacientes, pós e pré-intervenção, considerando os grupos controle e experimental ($n=100$). Uberaba, MG, Brasil, 2023

Grupos/Tempos	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP*	p [†]
Grupo controle						
Pré-orientações-padrão	0	8	2,00	2,96	2,62	<0,001
Pós-orientações-padrão	0	8	5,00	4,44	2,65	
Grupo experimental						
Pré-vídeo educativo	0	8	3,00	3,02	1,91	<0,001
Pós-vídeo educativo	0	8	8,00	6,74	2,25	

*DP = Desvio padrão; †p = Teste t pareado

Realizou-se, também, a análise da quantidade de acertos de cada item do questionário de avaliação do conhecimento, entre os GC e GE, pré e pós-intervenção ou orientações-padrão, conforme demonstrado na Tabela 3.

Observou-se que, na Parte 1 (identificação do paciente), para ambos os grupos, houve semelhança na quantidade de acertos antes e após a intervenção ou orientações-padrão. Na Parte 2 (prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde), a questão três não apresentou diferença na quantidade de acertos para ambos os grupos, o que demonstrou ausência de ganho de conhecimento. A pergunta três versava sobre o tempo de utilização dos dispositivos invasivos, higienização das mãos e conduta com os pacientes em "precaução de contato". Na Parte 3 (cirurgia segura) e Parte 4 (uso seguro de medicamentos), notou-se que, após a intervenção, o grupo experimental apresentou um número de acertos superior ao grupo controle, após as orientações-padrão.

Quanto às Partes 5 e 6 (prevenção de lesão por pressão e quedas), o GE apresentou quantidade expressivamente maior de acertos comparado ao GC.

Ao investigar a efetividade do vídeo educativo no aumento do conhecimento dos pacientes quanto às práticas seguras no perioperatório, calculou-se a média da diferença do conhecimento dos pacientes entre grupos pós e pré-intervenção, conforme a Tabela 4. Os resultados evidenciaram que a média da diferença do GE foi estatisticamente significativa ($p<0,001$) e maior quando comparada à do GC.

Quando calculada a magnitude do efeito da intervenção, obteve-se d de Cohen de 1,22, indicando grande magnitude do efeito. Assim, entende-se que quanto maior o efeito, maior o impacto da intervenção, ou seja, maior o impacto do vídeo educativo no conhecimento dos participantes acerca das práticas seguras no período perioperatório.

Tabela 3 - Quantidade de acertos de cada item do questionário de avaliação do conhecimento dos pacientes, entre os grupos controle e experimental, pré e pós-intervenção ou orientações-padrão (n* = 100). Uberaba, MG, Brasil, 2023

Questões	Grupo Controle				Grupo Experimental			
	Pré-Orientações-padrão		Pós-Orientações-padrão		Pré-Vídeo Educativo		Pós-Vídeo Educativo	
	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%
Parte 1- Identificação do Paciente								
1. Quando você entra no hospital, quando deve ser realizada a sua identificação?	19	38,0	40	80,0	12	24,0	47	94,0
2. Sobre a identificação do paciente, existe apenas uma resposta certa, qual é ela?	17	34,0	40	80,0	14	28,0	45	90,0
Parte 2- Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde								
3. Sobre as infecções hospitalares, qual das medidas abaixo ajuda a prevenir essas infecções?	28	56,0	28	56,0	42	84,0	42	84,0
4. Sobre a higienização das mãos, qual alternativa está correta?	27	54,0	32	64,0	30	60,0	43	86,0
Parte 3- Cirurgia Segura								
5. Sobre a cirurgia segura, existe apenas uma opção certa, qual é ela?	21	42,0	27	54,0	24	48,0	41	82,0
Parte 4- Uso Seguro de Medicamentos								
6. Sobre os erros de medicação, qual a única alternativa correta?	17	34,0	24	48,0	22	44,0	40	80,0
Parte 5- Prevenção de Lesão por Pressão								
7. As lesões por pressão são feridas causadas quando uma área do corpo é pressionada por muito tempo. O que você pode fazer para que essas feridas não ocorram?	09	18,0	14	28,0	04	8,0	40	80,0
Parte 6- Prevenção de Quedas								
8. Quais situações abaixo aumentam a chance do paciente cair?	10	20,0	17	34,0	03	6,0	39	78,0

*n = Número de participantes

Tabela 4 - Média da diferença do conhecimento dos pacientes, pós e pré-intervenção, segundo o Questionário de Avaliação do Conhecimento acerca das Práticas Seguras no período Perioperatório, considerando os grupos controle e experimental (n* = 100). Uberaba, MG, Brasil, 2023

Parâmetro	n*	Média	DP [†]	p [‡]
Conhecimento				
Grupo Controle	50	1,48	1,81	<0,001
Grupo Experimental	50	3,72	1,84	

*n = Número de participantes; [†]DP = Desvio padrão; [‡]p = Valor de p referente ao cálculo do teste t de Student para amostras independentes

Discussão

A presente pesquisa identificou que, na análise descritiva dos dados, houve melhora do conhecimento dos participantes do GC e GE, com destaque para elevação da média de acertos no GE (3,72 pontos) comparado ao GC (1,82 pontos). Tal fato pode ser explicado uma vez que grande parte dos pacientes admitidos nos serviços de saúde carecem de informações sobre a organização, estrutura e funcionamento da rotina de cuidados⁽³⁰⁾, incluindo as medidas de segurança assistencial. Dessa forma, o mínimo de orientações fornecidas pela equipe pode contribuir para o aumento do conhecimento dos pacientes, sejam aquelas disseminadas verbalmente ou as informações obtidas por meio de estratégia educativa.

Os resultados de um ensaio clínico randomizado que avaliou a efetividade do vídeo educativo comparado com as orientações verbais demonstrou que houve melhores

resultados no grupo que recebeu orientações verbais em relação ao aumento da percepção de pacientes sobre o risco de quedas. No entanto, o tamanho do efeito foi pequeno para ser considerado clinicamente importante. Os autores reconhecem que o vídeo é uma estratégia utilizada pelo enfermeiro para romper padrões de exclusão tecnológica de pacientes⁽³¹⁾.

Ao se analisar a quantidade de acertos nos grupos em cada questão do questionário, incluindo os acertos em grupos de pré e pós-intervenção ou orientações-padrão, percebeu-se que o protocolo de cirurgia segura, isto é, o documento que norteia as orientações-padrão, conforme a rotina institucional, aborda a temática identificação do paciente, fato que pode justificar o aumento do conhecimento dos participantes também no GC. Os dados de um estudo realizado em um hospital brasileiro, que analisou a percepção dos pacientes no envolvimento com os protocolos de segurança, constataram que os

pacientes conheciam o protocolo de identificação e a importância da conferência da pulseira de identificação pelos profissionais de saúde⁽¹⁹⁾.

Concernente às infecções relacionadas à assistência à saúde, observou-se que os achados de uma pesquisa realizada em um hospital no interior de São Paulo demonstrou que os pacientes também apresentaram falta de conhecimento quanto às medidas de precaução das infecções, muitas vezes por dificuldade de entendimento das orientações repassadas⁽³²⁻³³⁾. Já para a higienização das mãos, os achados de uma pesquisa brasileira, realizada com pacientes internados em unidades de clínica médica e cirúrgica, demonstraram que, após a divulgação de materiais informativos, os pacientes apresentaram melhor conhecimento quanto à temática⁽¹⁹⁾. Enfatiza-se a importância na escolha da estratégia de educação em saúde, considerando as habilidades do enfermeiro e a disponibilização de recursos, a fim de melhorar o conhecimento do público-alvo⁽³¹⁾.

Nas questões relacionadas à cirurgia segura, percebeu-se que as publicações científicas estão mais voltadas ao conhecimento da equipe de saúde na implantação desse protocolo⁽³⁴⁻³⁶⁾ do que na melhoria do conhecimento do paciente. Este achado reforça a importância da presente pesquisa em preencher uma lacuna na literatura científica.

Quanto ao conhecimento do paciente na administração segura de medicamentos, os resultados de estudos reforçam a efetividade na utilização do vídeo educativo. Investigações realizadas no Brasil para orientar pacientes na administração segura de varfarina e as pesquisas na Indonésia quanto ao uso racional de antibióticos demonstraram aumento do conhecimento dos pacientes após a visualização do material audiovisual⁽³⁷⁻³⁸⁾. Além disso, a revisão sistemática que utilizou o vídeo educativo no processo de educação em saúde concluiu que esse recurso melhorou a aprendizagem dos pacientes diabéticos na administração de insulina, proporcionando maior segurança medicamentosa⁽³⁹⁾.

Nos itens relacionados à prevenção de lesão por pressão e quedas, presume-se que o ganho de conhecimento no GC foi menor devido à falta de abordagem dessa temática nas orientações-padrão. Este achado sugere que o vídeo educativo foi capaz de melhorar o conhecimento do paciente quando comparado à rotina instrucional, o que corrobora achados na literatura^(16-18,40).

No presente estudo, na análise entre grupos, o vídeo educativo acerca do conhecimento dos pacientes sobre as práticas seguras no período perioperatório demonstrou efetiva melhoria, quando se compara às orientações-padrão, fornecidas conforme rotina institucional.

Na área da saúde, os estudos evidenciaram que a utilização dessa tecnologia, como estratégia de ensino aos pacientes, foi capaz de melhorar o conhecimento em diferentes desfechos. Na Indonésia, o uso do vídeo educativo promoveu melhora do conhecimento acerca de cuidados com pés diabéticos⁽⁴¹⁾. Os dados de duas revisões também foram favoráveis à utilização do vídeo, a sistemática demonstrou melhora da percepção de pacientes no preparo intestinal para exames de colonoscopia⁽⁴²⁾ e a de escopo, melhor manejo das condições de saúde⁽⁴³⁾.

Na segurança do paciente, investigações encontraram efeito positivo no emprego do vídeo educativo no conhecimento de pacientes. Estudos quase experimentais, realizados com pacientes hospitalizados no Reino Unido e Singapura, evidenciaram o aumento no conhecimento de pacientes quanto ao envolvimento nas questões de segurança e medidas preventivas de queda, após transmissão de vídeo educativo sobre prevenção de erros e quedas durante a prestação de cuidados^(20,44).

Outra pesquisa realizada em hospital na Coreia do Sul, comparou a utilização do vídeo educativo sobre a segurança no cuidado com as orientações-padrão, identificando melhora significativa no conhecimento de pacientes quanto a medidas preventivas de queda, lesões por pressão e prevenção de infecções⁽¹⁸⁾.

Tais resultados mostram que esse recurso tecnológico pode facilitar a compreensão e a multiplicação de informações sobre a segurança do paciente e estimular o envolvimento dos indivíduos nas práticas seguras em saúde.

No Brasil, ainda são escassas as investigações que avaliaram a efetividade de estratégias educativas, incluindo o vídeo educativo, na melhora do conhecimento de pacientes quanto ao cuidado seguro^(13,31), o que pode ser explicado pelas recentes iniciativas e discussões nacionais a respeito da participação do paciente na sua segurança, por meio da Política Nacional de Segurança do Paciente, instituída em 2013, e por meio da publicação do Manual da ANVISA – Pacientes, pela segurança do paciente em serviços de saúde^(14,45).

Torna-se, portanto, relevante a existência de materiais audiovisuais educativos, válidos e baseados em evidências científicas, capazes de favorecer a prática educativa do enfermeiro por ser uma intervenção eficaz, acessível e de baixo custo na melhora do conhecimento de pacientes acerca das práticas seguras no perioperatório.

Entende-se como limitação do estudo a avaliação do conhecimento do paciente em apenas um momento após a intervenção ou orientações-padrão, uma vez que, ao avaliar o conhecimento em mais de um momento e a longo prazo, seria possível verificar a aquisição e fixação do conteúdo abordado. Além disso, destaca-se a necessidade de oportunizar a utilização do vídeo em

outros cenários da prática clínica. Torna-se pertinente o desenvolvimento de pesquisas futuras que avaliem a efetividade de outras intervenções educativas que possam ser comparadas a este vídeo educativo.

Conclusão

A utilização do vídeo educativo apresentou efetividade no ganho de conhecimento em pacientes hospitalizados, acerca das práticas seguras no perioperatório, quando comparado às orientações-padrão conforme rotina institucional. Os participantes que assistiram ao vídeo apresentaram melhora do conhecimento nas questões relacionadas à cirurgia segura, ao uso seguro de medicamentos, às medidas preventivas de lesão por pressão e quedas, em comparação aos participantes do GC.

O vídeo colabora com a educação em saúde, uma função inerente à prática clínica do enfermeiro, além de ajudar na padronização das orientações repassadas e na otimização do tempo despendido junto ao paciente, por se constituir como um recurso didático atrativo que desperta o interesse no espectador e estimula a aprendizagem significativa.

Referências

1. Furini ACA, Nunes AA, Dallora MELV. Notifications of adverse events: characterization of the events that occurred in a hospital complex. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(spe):e2018317. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>
2. Schwappach DL, Frank O, Buschmann U, Babst R. Effects of an educational patient safety campaign on patients' safety behaviours and adverse events. *J Eval Clin Pract.* 2013;19(2):285-91. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01820>
3. Woo SA, Cragg A, Wickham ME, Villanyi D, Scheuermeyer F, Hau JP, et al. Preventable adverse drug events: Descriptive epidemiology. *Br J Clin Pharmacol.* 2020;86(2):291-302. <https://doi.org/10.1111/bcp.14139>
4. Chen Q, Rosen AK, Amirfarzan H, Rochman A, Itani KMF. Improving detection of intraoperative medical errors (iMEs) and intraoperative adverse events (iAEs) and their contribution to postoperative outcomes. *Am J Surg.* 2018;216(5):846-50. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2018.03.005>
5. Hu Q, Wu B, Zhan M, Jia W, Huang Y, Xu T. Adverse events identified by the global trigger tool at a university hospital: A retrospective medical record review. *J Evid Based Med.* 2019;12(2):91-7. <https://doi.org/10.1111/jebm.12329>
6. Maia CS, Freitas DRC, Gallo LG, Araujo WN. Registry of adverse events related to health care that results in deaths in Brazil, 2014-2016. *Epidemiol Serv Saúde.* 2018;27(2):e2017320. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200004>
7. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária: módulo de notificação. Incidentes relacionados à assistência à saúde-Resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, 2014 a 2021 [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 27]. Available from: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/notificacoes/notificacao-de-incidentes-eventos-adversos-nao-infecciosos-relacionados-a-assistencia-a-saude/relatorios-de-incidentes-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude/BR_2014__2021_1.pdf
8. Biasibetti C, Hoffmann LM, Rodrigues FA, Wegner W, Rocha PK. Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(esp):e20180337. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180337>
9. Siqueira C, Dias AP. Estratégias para o envolvimento da família em um cuidado seguro: um estudo de revisão. *Oikos.* 2021;32(1):299-317.21. <https://doi.org/10.31423/oikos.v32i1.10287>
10. Gaio AVA, Sousa FM, Rocha C. Open access as a tool for patient empowerment. *Braz J Develop.* 2022;8(9):60779-90. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n9-025>
11. Graffigna G, Barello S. Patient Health Engagement (PHE) model in enhanced recovery after surgery (ERAS): monitoring patients' engagement and psychological resilience in minimally invasive thoracic surgery. *J Thorac Dis.* 2018;10(Suppl 4):S517-S528. <https://doi.org/10.21037/jtd.2017.12.84>
12. Li C, Xu X, He L, Zhang M, Li J, Jiang Y. Questionnaires measuring patient participation in patient safety-A systematic review. *J Nurs Manag.* 2022;30(7):3481-95. <https://doi.org/10.1111/jonm.13690>
13. Luiz RB, Estevam LO, Raponi MBG, Felix MMDS, Barbosa MH. Efficacy of educational strategies in patient involvement for safety in care: a systematic review. *Rev Gaúcha Enferm.* 2022;43(spe):e20210198. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210198.en>
14. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes [Internet]. Brasília: ANVISA; 2017 [cited 2023 Apr 28]. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/guia-como-posso-contribuir-para-aumentar-a-seguranca-do-paciente-orientacoes-aos-pacientes-familiares-e-acompanhantes/@@download/file>

15. Cho S, Lee E. Effects of Self-Education on Patient Safety via Smartphone Application for Self-Efficacy and Safety Behaviors of Inpatients in Korea. *Healthc Inform Res.* 2021;27(1):48-56. <https://doi.org/10.4258/hir.2021.27.1.48>
16. Deakin J, Gillespie BM, Chaboyer W, Nieuwenhoven P, Latimer S. An education intervention care bundle to improve hospitalised patients' pressure injury prevention knowledge: a before and after study. *Wound Pract Res.* 2020;28(4):154-62. <https://doi.org/10.33235/wpr.28.4.154-162>
17. Radecki B, Keen A, Miller J, McClure JK, Kara A. Innovating Fall Safety: Engaging Patients as Experts. *J Nurs Care Qual.* 2020;35(3):220-6. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000447>
18. Shin SH, Kim MJ, Moon HJ, Lee EH. Development and Effectiveness of a Patient Safety Education Program for Inpatients. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(6):3262. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063262>
19. Costa DG, Moura GMSS, Pasin SS, Costa FG, Magalhães AMM. Patient experience in co-production of care: perceptions about patient safety protocols. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2020;28:e3272. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3352.3272>
20. Davis RE, Pinto A, Sevdalis N, Vincent C, Massey R, Darzi A. Patients' and health care professionals' attitudes towards the PINK patient safety video. *J Eval Clin Pract.* 2012;18(4):848-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01688.x>
21. Mackintosh NJ, Davis RE, Easter A, Rayment-Jones H, Sevdalis N, Wilson S, et al. Interventions to increase patient and family involvement in escalation of care for acute life-threatening illness in community health and hospital settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;12(12):CD012829. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012829.pub2>
22. Galindo NM Neto, Sá GGM, Barros LM, Lima MMS, Santos SMJ, Caetano JA. Effectiveness of educational video on deaf people's knowledge and skills for cardiopulmonary resuscitation: a randomized controlled trial. *Rev Esc Enferm USP.* 2023;57:e20220227. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0227en>
23. Boutron I, Moher D, Altman DG, Schulz KF, Ravaud P; CONSORT Group. Methods and processes of the CONSORT Group: example of an extension for trials assessing nonpharmacologic treatments. *Ann Intern Med.* 2008;148(4):W60-6. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-148-4-200802190-00008-w1>
24. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação - 2021-2023. Porto Alegre: Artmed; 2021. Comunicação verbal prejudicada, p. 503-4.
25. Mayer RE, editor. The Cambridge handbook of multimedia learning. Cambridge: Cambridge University Press; 2005. Cognitive theory of multimedia learning, p. 31-48.
26. Labban L, Thallaj N, Labban A. Assessing the Level of Awareness and Knowledge of COVID 19 Pandemic among Syrians. *Arch Med.* 2020;12(2):1-8. <https://doi.org/10.36648/1989-5216.12.2.309>
27. Riaz F, Ehsan A, Raza A, Abdullah U, Mutahir MM, Sahu EH. Impact of Demographic Factors on Oral Health Knowledge and Attitude of patients with Type II Diabetes mellitus Visiting A THQ Hospital in Punjab, Pakistan. *PJMHS.* 2022;16(10):247-50. <https://doi.org/10.53350/pjmhs221610247>
28. Soares MBO, Pereira GA, Silva SR. Factors associated with knowledge about the pap test. *Cien Cuidado Saúde.* 2020;19(1):e48557. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v19i0.48557>
29. Cohen, J, editor. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2. ed. New Jersey, NJ: LEAP; 1988. Chapter 8, The analysis of variance, p. 273-406.
30. Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(1):53-62. <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0248>
31. Sá GGM, Santos AMR, Carvalho KM, Galindo NM Neto, Gouveia MTO, Andrade EMLR. Effectiveness of an educational video in older adults' perception about falling risks: a randomized clinical trial. *Rev Esc Enferm USP.* 2022;56:e20210417. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0417>
32. Jesus JB, Dias AAL, Figueiredo RM. Specific precautions: experiences of hospitalized patients. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(4):874-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0888>
33. Azevedo AP, Cristino JS, Viana MF, Medeiros FP, Azevedo LS. Health education for companions of hospitalized patients. *Rev Enferm UFPE online.* 2018;12(4):1168-73. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a230649p1168-1173-2018>
34. Gonella S, Delfino C, Rolfo M, Rizzo A, Esposito V, Berchiolla P, et al. Effects of a Video-Based Preoperative Educational Intervention Plus Nurse-Led Reinforcement Discussion on Knowledge, Self-Efficacy, and Resilience in Patients Undergoing Major Surgery. *Clin Nurs Res.* 2021 Jul;30(6):753-61. <https://doi.org/10.1177/1054773820986916>
35. Correia MITD, Tomasich FDS, Castro HF Filho, Portarti PE Filho, Colleoni R Neto. Safety and quality in surgery: surgeons' perception in Brazil. *Rev Col Bras Cir.* 2019;46(4):e2146. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192146>

36. Santos SMP, Bonato M, Silva EFM. Checklist de cirurgia segura: conhecimento da equipe cirúrgica. *Enferm Foco*. 2020;11(4):210-20. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n3.2887>
37. Groia RCS, Costa JM, Paulo LDR, Viudes MAA, Martins MAP, Reis AMM. Encouraging rational use of warfarin: the educational video as a learning tool. *Rev APS*. 2019;22(1):76-88. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.16528>
38. Ghozali MT, Hidayaturrohim B, Islamy IDA. Improving patient knowledge on rational use of antibiotics using educational videos. *Int J Public Health*. 2023;12(1):41-7. <https://doi.org/10.11591/ijphs.v12i1.21846>
39. Putri HL, Malini H, Maisa EA. Utilization of educational videos in increasing knowledge and skills of insulin pen injection in type 2 Diabetes Mellitus patients: Literature Review. *Jurnal Ners*. 2023;7(1):616-25. <https://doi.org/10.31004/jn.v7i1.14038>
40. Prey JE, Polubriaginof F, Grossman LV, Masterson Creber R, Tsapepas D, Perotte R, et al. Engaging hospital patients in the medication reconciliation process using tablet computers. *J Am Med Inform Assoc*. 2018;25(11):1460-9. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocy115>
41. Abrar EA, Yusuf S, Sjattar EL, Rachmawati YR. Development and evaluation educational videos of diabetic foot care in traditional languages to enhance knowledge of patients diagnosed with diabetes and risk for diabetic foot ulcers. *Prim Care Diabetes*. 2020;14(2):104-10. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2019.06.005>
42. Ye Z, Chen J, Xuan Z, Gao M, Yang H. Educational video improves bowel preparation in patients undergoing colonoscopy: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pall Med*. 2020;9(3):671-80. <https://doi.org/10.21037/apm.2020.03.33>
43. Chatterjee A, Strong G, Meinert E, Milne-Ives M, Halkes M, Wyatt-Haines E. The use of video for patient information and education: A scoping review of the variability and effectiveness of interventions. *Patient Educ Couns*. 2021;104(9):2189-99. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.02.009>
44. Ang WY, Heryani N, Lad STL, Ying, LAU. Evaluation of a fall prevention educational video on fall risk awareness, knowledge and help seeking behaviour among surgical patients. *Singapore Nurs J [Internet]*. 2018 [cited 2023 Jun 05];45(1):27-33. Available from: <https://eds.p.ebscohost.com/eds/Citations/FullTextLinkClick?sid=6079920e-477b-4997-849d-4f53960189f0@redis&vid=0&id=pdfFullText>
45. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União [Internet]*. 2014 Apr 02 [cited 2023 April 28];186(seção 3):58. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Raissa Bianca Luiz, Maria Helena Barbosa. **Obtenção de dados:** Raissa Bianca Luiz. **Análise e interpretação dos dados:** Raissa Bianca Luiz, Maria Beatriz Guimarães Raponi, Patrícia da Silva Pires, Maria Sagrario Gómez Cantarino, Maria Helena Barbosa. **Análise estatística:** Raissa Bianca Luiz, Maria Beatriz Guimarães Raponi, Patrícia da Silva Pires, Maria Sagrario Gómez Cantarino, Maria Helena Barbosa. **Redação do manuscrito:** Raissa Bianca Luiz, Maria Beatriz Guimarães Raponi, Patrícia da Silva Pires, Patrícia da Silva Pires, Maria Sagrario Gómez Cantarino, Maria Helena Barbosa. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Raissa Bianca Luiz, Maria Beatriz Guimarães Raponi, Maria Sagrario Gómez Cantarino, Maria Helena Barbosa.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 05.06.2023

Aceito: 25.12.2023

Editor Associado:
Ricardo Alexandre Arcêncio

Copyright © 2024 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Maria Helena Barbosa

E-mail: mhelena331@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2749-2802>