

# Cirurgia segura: construção e validação de um *checklist* para procedimento cirúrgico ambulatorial


*Safe surgeries: elaboration and validation of a checklist for outpatient surgical procedures*


*Cirugía segura: elaboración y validación de una checklist para intervención quirúrgica en enfermería*

Thaís Aparecida Porcari<sup>a</sup> 

Paula Cristine Figueiredo Cavalari<sup>b</sup> 

Alessandra Nazareth Cainé Pereira Roscani<sup>b</sup> 

Ana Railka de Souza Oliveira Kumakura<sup>c</sup> 

Renata Cristina Gasparino<sup>c</sup> 

## Como citar este artigo:

Porcari TA, Cavalari PCF, Roscani ANCP, Kumakura ARSO, Gasparino RC. Cirurgia segura: construção e validação de um *checklist* para procedimento cirúrgico ambulatorial. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41:e20190321. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190321>

## RESUMO

**Objetivos:** Construir e validar o conteúdo de um *checklist* de verificação de segurança específico para procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

**Método:** Pesquisa metodológica, realizada entre maio e dezembro de 2018, em três etapas: 1) construção do *checklist*; 2) validação do conteúdo por cinco juízes e 3) pré-teste do instrumento. A concordância entre os juízes foi mensurada pelo Índice de Validade de Conteúdo e valores acima de 0,9, foram considerados satisfatórios.

**Resultados:** Inicialmente 58 itens foram distribuídos entre o cabeçalho e seis tópicos. Na primeira rodada, dois tópicos e 27 itens obtiveram índice inferior a 0,9. Após reformulações, na segunda rodada, somente dois itens obtiveram valores inferiores a 0,9 e, na terceira, todos os itens alcançaram índice de 1,0. No pré-teste, outraspequenas alterações foram realizadas. A versão final possui 43 itens, distribuídos em cinco tópicos.

**Conclusão:** O “*Checklist* de Cirurgia Segura para Procedimento Ambulatorial” foi construído e teve o seu conteúdo validado.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente. Estudos de validação. Lista de checagem. Procedimentos cirúrgicos ambulatorios.

## ABSTRACT

**Purpose:** To prepare and validate the content of a checklist in order to assure the safety for outpatient surgical procedures.

**Method:** Methodological research, performed between May and December 2018, as per three stages: 1) preparation of the checklist; 2) validation of content by five judges; and 3) preliminary testing of the instrument. The concord, among the judges, was measured by the Content Validity Index and the values over 0.9 were considered as being satisfactory.

**Results:** Initially the instrument was prepared having 58 items, considering the heading and six topics. In the first round, two topics and 27 items had an index below 0.9. After reformulations, in the second round, only two items had values below 0.9 and, in the third, all items reached an index of 1.0. Along the preliminary testing, modifications were realized. The final version it has 43 items, distributed as per five topics.

**Conclusion:** The “Checklist for Safe Surgery regarding Ambulatory Surgical Procedures” was prepared and its contents were validated.

**Keywords:** Patient safety. Validation studies. Checklist. Ambulatory surgical procedures.

## RESUMEN

**Objetivo:** Elaborar y validar el contenido de una *checklist* para garantizar la seguridad en la realización de intervenciones quirúrgicas en enfermería.

**Método:** Pesquisa metodológica, realizada entre mayo y diciembre de 2018, en tres etapas: 1) elaboración de la *checklist*; 2) validación de contenido por cinco jueces; y 3) comprobación preliminar del instrumento. La concordancia entre los jueces fue medida por el Índice de Validez de Contenido y valores superiores a 0,9 fueron considerados satisfactorios.

**Resultados:** Inicialmente se distribuyeron 58 ítems entre el encabezado y seis temas. En la primera ronda, dos temas y 27 ítems tenían un índice inferior a 0.9. Después de las reformulaciones, en la segunda ronda, solo dos ítems tenían valores inferiores a 0.9 y, en la tercera, todos los ítems alcanzaron un índice de 1.0. En la comprobación preliminar, se hicieron modificaciones. La versión final tiene 43 ítems, distribuidos en cinco temas.

**Conclusión:** La “*Checklist* de Cirugía Segura para Intervención Quirúrgica en Enfermería” fue elaborada y tuvo su contenido validado.

**Palabras clave:** Seguridad del paciente. Estudios de validación. Lista de verificación. Procedimientos quirúrgicos ambulatorios.

<sup>a</sup> Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Valinhos. Valinhos, São Paulo, Brasil.

<sup>b</sup> Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Hospital de Clínicas. Campinas, São Paulo, Brasil.

<sup>c</sup> Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Enfermagem. Campinas, São Paulo, Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

No ano de 1999 foi divulgado pelo *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos o relatório intitulado “*To err is human*”, no qual foi revelado a ocorrência de cerca de 44.000 a 98.000 mortes anuais de pacientes devido aos erros decorrentes da assistência hospitalar<sup>(1)</sup>. Esses resultados motivaram um movimento mundial em que a segurança do paciente deveria ser tratada como princípio fundamental de todos os sistemas de saúde<sup>(2)</sup>.

Em virtude disso, no ano de 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente que possui seis estratégias prioritárias: identificação correta do paciente; melhora na comunicação efetiva entre os profissionais de saúde; melhora na elaboração de prescrições, na dispensação e na administração de medicamentos; higienização das mãos; avaliação dos pacientes quanto ao risco de queda e lesão por pressão, bem como a realização de cirurgia segura, englobando medidas relacionadas ao paciente certo, avaliação pré-operatória, internação, sítio cirúrgico correto e preparo para o cuidado pós-operatório adequado<sup>(3)</sup>.

O Programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, proposto com detalhes em 2008 pela OMS, contempla dez objetivos essenciais para a realização de uma cirurgia que englobam a conferência de que o paciente e o local correto estão sendo operados, que a equipe está preparada para impedir danos que possam vir a ocorrer com relação a administração de anestésicos, manejo de via aérea, perda sanguínea, infecção, retenção de compressas e/ou instrumentais e encaminhamento de espécimes cirúrgicos e que a comunicação efetiva deverá ser implementada<sup>(2)</sup>.

O programa apresenta para execução desses objetivos listas de verificação ou *checklists* que auxiliam a conferência de elementos essenciais relativos à segurança do paciente durante a realização de um procedimento cirúrgico. O *checklist* proposto pela OMS é dividido em três tópicos: 1. Identificação (*sign in*); 2. Confirmação (*time out*) e 3. Registro (*sign out*)<sup>(2)</sup>.

Em virtude das discussões tanto nacionais como internacionais, em 2013, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que tem por objetivo geral contribuir na qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Dentre suas estratégias, destacam-se a elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente, tendo como exemplo a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica<sup>(4)</sup>.

Estudos demonstraram que apesar das barreiras dos profissionais para a implementação de *checklist*, eles aumentaram significativamente a chance de os pacientes receberem tratamento cirúrgico adequado<sup>(5-6)</sup>. Contudo, ao se considerar a estimativa mundial de que uma a cada

25 pessoas serão submetidas a tratamentos cirúrgicos que poderão acarretar sérias complicações, enfatiza-se a importância da implementação das Listas de Verificação como forma de minimizar essas ocorrências evitáveis<sup>(7)</sup>.

Entretanto, é importante destacar que as Listas de Verificação existentes não atendem as especificidades dos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, os quais são realizados sob qualquer tipo de anestesia que não exigem internação hospitalar e que possibilitem o retorno do paciente ao domicílio no período máximo de 24 horas<sup>(8)</sup>.

O número de cirurgias ambulatoriais tem crescido ao longo dos últimos anos dado o surgimento de novos métodos anestésicos e suas inúmeras vantagens: mínima alteração na rotina do paciente, redução do risco de infecção hospitalar, redução da incapacidade física, retorno mais rápido às atividades de vida diárias, diminuição na taxa de morbidade e mortalidade, maior disponibilidade de leitos hospitalares e redução dos custos<sup>(8)</sup> e, por isso, é fundamental que *checklists* específicos para a realização de procedimentos nesse ambiente, estejam disponíveis para assegurar a segurança do paciente<sup>(9-10)</sup>.

Estudos demonstram que o uso de *checklists* no ambiente cirúrgico proporciona resultados positivos para os pacientes, profissionais e instituições como: diminuição de complicações e mortalidade, melhora na comunicação entre os profissionais de saúde, trabalho em equipe e redução de custos<sup>(6,11-12)</sup>.

Diante do exposto e ao considerar que a implementação da lista de verificação para cirurgias seguras deve ser adaptada a cada serviço dependendo de sua complexidade e que o *checklist* da OMS não contempla questões específicas dos procedimentos ambulatoriais, como por exemplo, critérios necessários para admissão, realização do procedimento e alta<sup>(8)</sup> a pergunta que norteou o presente estudo foi: existem instrumentos validados para verificar a segurança de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos ambulatoriais?

Devido a inexistência na literatura de listas de verificação específicas para o contexto estudado, o presente estudo teve como objetivos construir e validar o conteúdo de um *checklist* de verificação de segurança específico para procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

## ■ MÉTODO

Pesquisa metodológica, com abordagem do tipo mista, desenvolvida no período compreendido entre maio e dezembro de 2018, em três etapas. Na primeira, o *checklist* foi elaborado com base no instrumento da OMS e na literatura científica sobre o tema<sup>(2,4,8)</sup>.

Na segunda etapa, o conteúdo do instrumento foi submetido a avaliação por um grupo de juizes. Autores recomendam que esse grupo deve ser composto por, no mínimo, cinco pessoas com experiência clínica, publicações

e pesquisas sobre o tema e conhecimento na estrutura conceitual abordada<sup>(12)</sup>. A validade de conteúdo permite examinar o quanto cada item de um instrumento de medida é relevante e representativo do tema estudado, opções de resposta e instruções fornecidas<sup>(13-14)</sup>.

Para a etapa de validação do conteúdo, os juízes foram selecionados de maneira não probabilística, segundo os seguintes critérios de inclusão: ter experiência teórica, prática e/ou de pesquisa nos seguintes temas: centro cirúrgico e/ou segurança do paciente. Adotou-se como critério de exclusão do estudo, a permanência superior a 30 dias para devolver o material respondido.

Cada juiz recebeu, por e-mail, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as instruções para avaliação da validade de conteúdo e o *checklist*. A análise dos juízes referente a clareza e pertinência dos tópicos e itens foi feita, por meio da técnica Delphi, utilizando escala tipo Likert com quatro pontos que variaram entre um (não relevante ou não representativo), dois (item necessita de grande revisão para ser relevante ou representativo), três (item necessita de pequena revisão para ser relevante ou representativo) e quatro pontos (item relevante ou representativo)<sup>(13)</sup>. Ao escolher as opções um ou dois, os juízes deveriam sugerir alterações ou exclusão dos itens<sup>(14)</sup>.

Após a avaliação dos juízes, em cada uma das rodadas, as respostas foram tabuladas no programa Microsoft Excel for Windows® e foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede a porcentagem de concordância entre os juízes, frente ao conteúdo avaliado<sup>(13)</sup>. Para avaliação da concordância, foram somadas as respostas três e quatro atribuídas pelos juízes a cada tópico/item e divididas pelo número total de respostas. Quando a concordância entre os juízes não foi superior a 0,9, o item foi reformulado pelas pesquisadoras com base nas sugestões apresentadas e reenviado ao grupo para nova avaliação, até a obtenção de um consenso<sup>(14)</sup>. Foram necessárias três rodadas para obtenção da versão final do *checklist*. Além dessa etapa quantitativa, todas as sugestões ou comentários foram analisados com o intuito de melhorar a clareza dos itens/tópicos avaliados.

Após a validação pelo grupo de juízes, o instrumento foi submetido a terceira etapa: realização do pré-teste. A amostra foi definida pela disponibilidade e aceitação dos profissionais de enfermagem, que atuavam no Centro Cirúrgico Ambulatorial de um hospital público e de ensino da macrorregião de Campinas, em participar da pesquisa. Como inclusão, foram considerados todos aqueles que prestavam assistência direta ao paciente e estavam presentes durante o período de coleta de dados. Foram excluídos aqueles que se encontravam de férias e/ou licença.

Esta etapa tem como objetivo verificar se os itens do *checklist* são compreendidos pela população que irá utilizá-los. As sugestões dos participantes também foram analisadas para tornar o instrumento ainda mais compreensível. Ao

final dessa etapa, o instrumento sofreu uma alteração que as pesquisadoras julgaram importante e, por isso, os juízes da etapa anterior foram novamente contactados e apenas três aceitaram examinar a nova versão<sup>(14)</sup>.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas e execução autorizada mediante o parecer de aprovação nº 2.482.722, em conformidade com a Resolução 466/12, seguindo os princípios éticos para pesquisa clínica envolvendo seres humanos.

## ■ RESULTADOS

O instrumento foi inicialmente elaborado seguindo os processos realizados nos Centros Cirúrgicos Ambulatoriais, bem como os objetivos essenciais para a segurança cirúrgica e ficou constituído por 58 itens distribuídos entre o Cabeçalho (sete itens) e seis tópicos: Recepção (sete itens); Sala de preparo (oito itens); Avaliação médica (cinco itens); Antes da anestesia e distribuição dos campos (treze itens); Antes da saída de sala operatória (oito itens) e Antes da saída do centro cirúrgico (dez itens).

O Cabeçalho contém a identificação do paciente, data, horário e procedimento proposto. O tópico Recepção aborda itens como presença de documento com foto, prontuário, etiquetas, pulseira de identificação e termo de consentimento assinado. Na Sala de preparo, as questões abordam a existência de alergias e a confirmação do paciente quanto ao procedimento, sítio cirúrgico/lateralidade e sinais vitais.

Na Avaliação médica, os itens a serem checados englobam a demarcação de lateralidade, presença de exames, tipo de anestesia e presença da avaliação pré-anestésica. Já no tópico Antes da anestesia e distribuição dos campos, itens como apresentação de toda a equipe, confirmação do procedimento e sítio cirúrgico, checagem do funcionamento dos equipamentos e validade de materiais, são abordados.

Antes da Saída da sala operatória questões como encaminhamento de peças para anatomopatológicas, contagem de instrumentais, compressas e agulhas devem ser checadas. E Antes da saída do centro cirúrgico, itens como encaminhamento do paciente e presença de receita médica, atestado, resumo e orientação de alta também devem ser avaliados.

Para a etapa de validação, nove juízes foram convidados, entretanto apenas cinco aceitaram participar da pesquisa sendo: três professores doutores da área de enfermagem médico-cirúrgica de uma universidade estadual; uma doutora em ciências da saúde e atual coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente de um hospital público e de grande porte e uma supervisora de enfermagem do centro cirúrgico deste mesmo hospital e três rodadas foram necessárias para que todos os itens/tópicos atingissem IVC superior a 0,9. O tempo para resposta dos juízes foi em média de 17 dias para cada rodada.

Na primeira rodada, os juízes avaliaram todos os tópicos e itens e houve a sugestão de inclusão de sete itens e alteração na ordem de apresentação dos mesmos. Nas repostas à questão "Paciente informa lateralidade" foram excluídas as opções esquerda e direita e foram mantidas apenas as opções, "Sim", "Não" e "N/A" (não se aplica). Também foi acrescentada à questão "Paciente informa a cirurgia a ser realizada?", além das opções de respostas "Não" e "Sim", o campo "Especificar".

Ainda nesta rodada, alguns itens sofreram modificações na escala de resposta por terem alcançado IVC inferior ao estipulado, como por exemplo: sexo, além das opções "feminino" e "masculino", foi acrescentada a opção "não informado".

Em quatro itens como retirada de próteses e adornos, contagem de compressas e agulhas e entrega de resumo de alta, foi acrescentado "N/A" como opção de resposta e ao item "Procedência" foi acrescentado, na segunda rodada, as seguintes opções de respostas: "residência", "enfermaria" e "leito".

Na Tabela 1 é possível observar os dois tópicos (Recepção e Avaliação Médica) e 27 itens que não alcançaram a concordância mínima de 90%, previamente estabelecida e, por isso, sofreram modificações, após análise descritiva das sugestões dos juízes.

Após as reformulações, o tópico "Recepção" teve seu enunciado alterado para "Admissão do paciente" e os tópicos "Avaliação médica" e "Antes da anestesia e distribuição dos campos" foram agrupados e receberam o título de "Antes do início da cirurgia/procedimento".

Os 27 itens também foram reformulados, conforme sugestão dos juízes e dentre eles, apenas dois não alcançaram o IVC determinado na segunda rodada: Etiquetas de identificação presentes e corretas? e Próteses e adornos entregues ao acompanhante e, por isso, foram novamente reformulados e, na terceira rodada, esses dois itens foram divididos em três: Etiquetas de identificação presentes?, Etiquetas de identificação corretas? e Em caso de resposta afirmativa, próteses e adornos entregues ao acompanhante?.

Dessa forma, após a realização das três rodadas, obteve-se a versão do instrumento para o pré-teste composto por 64 itens distribuídos em cinco tópicos: Cabeçalho (11 itens); Admissão do paciente (oito itens); Sala de preparo (10 itens); Antes do início da cirurgia/procedimento (15 itens); Antes da saída da sala operatória (11 itens) e Antes da saída do centro cirúrgico (nove itens).

Nessa etapa, participaram 17 enfermeiros (70,8% da população) que sugeriram diversas alterações no instrumento que variaram entre: a) formatação (numeração sequencial dos itens); b) exclusão de algumas palavras, como por exemplo, de Paciente apresenta documento com foto para Documento com foto presente?; c) agrupamento de três itens como subdivisões de um: Equipe confirma verbalmente o nome do paciente, o procedimento e o local; d) alteração do tópico no qual o item havia sido inicialmente apresentado, como por

exemplo, os itens que abordam a presença de exames, visita pré-anestésica e lesões de pele foram transferidos do tópico Antes do início da cirurgia/procedimento para Sala de preparo e e) exclusão do item que abordava os parâmetros clínicos.

Neste último item, por considerar que haveria uma importante alteração do conteúdo do instrumento, o item foi reavaliado por três juízes que participaram da segunda etapa do estudo e aceitaram rever novamente o instrumento. Como a justificativa dos participantes do pré-teste foi que a exclusão do item deveria ser realizada, pois esses parâmetros geralmente já se encontram na folha de transoperatório e que uma nova anotação seria apenas retrabalho, os juízes acataram a sugestão e, por isso, o item foi excluído da última versão.

Dessa forma, a versão final ficou composta por 43 itens, distribuídos em cinco tópicos: 11 no Cabeçalho, oito na Admissão do paciente, dez no Antes do início do procedimento, oito no Antes da saída da sala operatória e seis no Antes da saída do centro cirúrgico (Apêndice 1).

## ■ DISCUSSÃO

Ao considerar que a realização de procedimentos cirúrgicos expõe o paciente à ocorrência de riscos, a implementação de *checklists* contribui de maneira significativa para evitar a ocorrência de eventos adversos relacionados a assistência à saúde<sup>(6)</sup>.

Autores destacam que a construção e validação de instrumentos é um processo complexo e, por isso, recomendam que a construção só seja realizada quando nenhum outro instrumento disponível atenda às necessidades dos serviços e/ou dos pesquisadores<sup>(15)</sup>. Por isso, mesmo considerando a complexidade desse processo, os autores deste artigo julgaram fundamental a construção do checklist por considerar que o proposto pela OMS não é totalmente aplicável aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, pois a maioria desses pacientes não se encontra internada e ao final do procedimento retorna para suas residências.

Após a construção do *checklist* para procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, a validação do conteúdo configurou etapa importante, pois nesse momento foi verificado se o instrumento realmente mensurava aquilo que ele se propunha a medir<sup>(14)</sup> e, por isso, a recomendação da escolha de experts para serem juízes foi seguida e contribuiu para a avaliação da relevância e representatividade dos itens.

A coleta eletrônica dos dados dessa etapa foi um ponto positivo porque conciliar a agenda dos juízes é algo extremamente difícil, apesar de acreditarmos que a realização de encontros presenciais possa levar a reflexões e contribuições mais profundas. Contudo, essa mesma estratégia foi utilizada também pela pesquisa cujo objetivo era elaborar, avaliar e validar um *checklist* de segurança cirúrgica para os períodos pré e pós-operatório de unidades de internação cirúrgica, no

**Tabela 1** – Tópicos e itens do *checklist* que não alcançaram Índice de Validade de Conteúdo igual ou superior a 0,9, na primeira rodada, na avaliação dos Juízes. Campinas, 2018

1ª Rodada	
Itens/Tópicos	IVC*
<b>Tópicos</b>	
Recepção	0,8
Avaliação médica	0,8
<b>Itens</b>	
Especialidade	0,8
Cirurgia proposta	0,8
Horário	0,8
Paciente apresenta documento com foto que comprove nome e data de nascimento?	0,8
Etiquetas do paciente estão presentes?	0,8
Pulseira de identificação (ao menos dois identificadores)?	0,8
Consentimento cirúrgico assinado?	0,8
Paciente confirma nome e data de nascimento conforme consta em prontuário e etiquetas?	0,8
Paciente informa a cirurgia a ser realizada?	0,8
Paciente informa o sítio cirúrgico?	0,8
Paciente tem alergia conhecida?	0,8
Paciente em jejum?	0,8
Retirado prótese dentária, peças íntimas, adornos e outros e entregues ao acompanhante?	0,8
Sinais vitais	0,8
Visita pré-anestésica assinada	0,8
Paciente confirma nome e data de nascimento como consta em prontuários e etiquetas?	0,8
Equipe confirma a cirurgia a ser realizada?	0,8
Equipe confirma lateralidade do sítio cirúrgico?	0,8
Monitorização funcionante?	0,8
Indicadores confirmam que os materiais foram esterilizados corretamente?	0,8
Presença de anátomo patológico?	0,8
Encaminhado peças para congelação?	0,8
Identificação e rastreio de materiais consignados (próteses, grampo, expansor e outros)?	0,8
Na abertura da caixa	0,6
Antes do fechamento	0,8
Após a saída da equipe cirúrgica	0,6
Assinatura	0,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

\*IVC = Índice de Validade de Conteúdo



qual oito juízes avaliaram o material por meio da aplicação da técnica Delphi *on-line*<sup>(16)</sup>.

Considerando que participou do estudo o número de juízes recomendado pela literatura e que a concordância mínima recomendada entre os *experts* deve ser igual ou superior a 0,8, os autores optaram por tornar mais rigoroso o IVC aceitável, adotando valores superiores a 0,9, com o intuito de melhor garantir a relevância e representatividade do conteúdo de cada item<sup>(14)</sup>.

A participação de pesquisadores, docentes e profissionais ligados à assistência em muito contribuiu para o aprimoramento do instrumento, trazendo maior clareza aos itens. O desmembramento de questões contribuiu para que não houvesse duas perguntas em um único item, o que poderia prejudicar a escolha das respostas pela população alvo.

O detalhamento de alguns itens contribuiu para que os profissionais não tivessem dificuldades de interpretação, o que foi evidenciado pela ausência de observações pelos participantes do pré-teste. Com relação aos pacientes, as sugestões dos juízes também contribuíram na medida em que a expressão “sítio cirúrgico” foi substituído por “local da cirurgia/procedimento”, o que também não causou nenhum questionamento no pré-teste. De forma geral, assim como em alguns estudos prévios, os juízes propuseram mais alterações na forma em que os itens eram apresentados, do que no conteúdo<sup>(16)</sup>.

O tópico Antes da saída do centro cirúrgico inclui itens sobre a realização de orientações antes da alta, entrega de relato cirúrgico, entre outros pontos. Pesquisa reforçou a necessidade de informar os pacientes sobre esses dados, considerando o contexto atual de envelhecimento da população e presença de plurimorbidades. Assim, acredita-se que a abordagem desses itens antes da alta contribuirá para a segurança dos pacientes, na medida em que eles terão recebido informações sobre planos, sinais e sintomas adicionais a serem observados e como e quando deverão buscar ajuda profissional<sup>(17)</sup>.

A solicitação de inclusão de opções de resposta não se aplica (N/A) pelos juízes, em várias perguntas, ocorreu porque a grande maioria das cirurgias realizadas ambulatorialmente não conta, por exemplo, com abertura de pacotes de compressas ou até mesmo de cavidades. Pesquisadores afirmam que o enfermeiro, enquanto gestor do centro cirúrgico, é peça chave para padronizar o processo de contagem de itens cirúrgicos, bem como para capacitar a equipe envolvida na assistência perioperatória<sup>(6)</sup>, por isso, o item foi mantido, pois caso a utilização de compressas venha a ocorrer, a segurança do paciente não será comprometida.

Diferentemente do *checklist* proposto pela OMS<sup>(2)</sup>, ao final de cada tópico foi inserido um campo para identificação e registro, visto que diferentes profissionais acompanham o

paciente desde sua recepção até a alta, tanto nos centros cirúrgicos eletivos e de emergência, como nos ambulatoriais<sup>(5)</sup>.

Conforme destacado por autores, a realização do pré-teste é de extrema importância para verificar se a população que irá preencher o instrumento o considera compreensível<sup>(14)</sup>. Dessa forma, as considerações realizadas pelos profissionais que participaram dessa etapa, também contribuíram para o aprimoramento do instrumento.

Convém salientar que os resultados de um estudo espanhol realizado com 105 enfermeiros da área cirúrgica e 150 pacientes operados em um hospital terciário, revelaram relação entre ocorrência de eventos adversos nos pacientes e enfermeiros mais insatisfeitos e menos comprometidos com o seu trabalho<sup>(18)</sup>. Logo, ao realizar a construção de instrumentos de pesquisa para uso em serviços é importante a aproximação dos pesquisadores do seu público final, o que ocorre nas etapas de pré-teste e de implantação da versão final.

A realocação de alguns itens em tópicos diferentes dos inicialmente descritos seguiram a lógica do atendimento, na prática, dos pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais. Tal ponto vai ao encontro das necessidades que profissionais que aplicam esses instrumentos no cenário prático colocam, pois, às vezes, eles não são pensados de acordo com a dinâmica dos serviços<sup>(5)</sup>. Além do que, o *layout* de um instrumento colabora com maior aceitabilidade e usabilidade<sup>(17)</sup>.

Apesar da existência de instrumentos que sirvam como barreira para a ocorrência de eventos adversos ser de fundamental importância, autores destacam que apenas a sua implementação não garante melhores resultados<sup>(15)</sup>. Estudo realizado para mensurar a adesão aos objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas em centros cirúrgicos brasileiros encontrou que ela é adequada, a partir da perspectiva de enfermeiros, mas que ainda ocorrem eventos que não deveriam acontecer (*never events*). No caso, os objetivos nove (Comunicar-se efetivamente e trocar informações críticas para a condução segura da operação) e dez (O hospital e os sistemas de saúde pública estabelecem vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos) apresentaram os menores valores de concordância entre os enfermeiros, 81,4% e 68,2%, respectivamente. Isso evidencia que tanto a nível das equipes como institucional, os problemas de comunicação frequentes<sup>(19)</sup>.

Portanto, faz-se necessário o desenvolvimento de uma cultura de segurança institucional baseada em planejamento, estratégias e avaliações contínuas. Além disso, capacitação e orientação adequadas da equipe com relação ao preenchimento do *checklist*, valorização da importância do instrumento e a comunicação interprofissional efetiva são necessárias para a garantia da qualidade da assistência<sup>(15)</sup>.

## ■ CONCLUSÃO

O instrumento denominado “*Checklist de Cirurgia Segura para Procedimento Ambulatorial*” foi construído e teve seu conteúdo validado por juízes. Nesse estudo, não foi realizada a validação clínica do *checklist* e essa limitação pode configurar uma possibilidade de pesquisas futuras. Outros estudos que tenham por objetivos verificar as barreiras e/ou dificuldades na implementação do instrumento em procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, a adesão dos profissionais ao *checklist* e os resultados alcançados após a implementação, podem ser realizados.

A disponibilização do *Checklist de Cirurgia Segura para Procedimento Ambulatorial* para a comunidade científica possibilitará que gestores melhorem a comunicação interprofissional, o que contribuirá para minimizar a ocorrência de eventos adversos, reduzir custos e garantir a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Vivekananthama S, Ravindrana RP, Shanmugarajah K, Maruthappub M, Shalhoub J. Surgical safety checklists in developing countries. *Int J Surg*. 2014;12(5):2-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2013.10.016>
2. World Health Organization (CH). WHO guidelines for safe surgery, 2009: safe surgery saves lives. Geneva: WHO; 2009 [cited 2019 Aug 1]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552\\_eng.pdf;jsessionid=B2D781262C7E26D33992E95EF2BA1020?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf;jsessionid=B2D781262C7E26D33992E95EF2BA1020?sequence=1)
3. Ministério da Saúde (BR). Metas internacionais de Segurança do Paciente: para que as boas práticas estejam por todos os lados. Brasília; [s.d.] [citado 2019 jun 04]. Folder. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/0000024028rNYKH.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*. 2013 abr 02 [citado 2018 jun 04];150(62 Seção 1):43-4. Disponível em: [http://www.aecioherj.org.br/docs/portaria-529\\_2013.pdf](http://www.aecioherj.org.br/docs/portaria-529_2013.pdf)
5. Russ SJ, Sevdalis N, Moorthy K, Mayer EK, Rout S, Caris J, et al. A qualitative evaluation of the barriers and facilitators toward implementation of the WHO surgical safety checklist across hospitals in England lessons from the “Surgical Checklist Implementation Project”. *Ann Surg*. 2015;261(1):81-91. doi: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000793>.
6. Tostes MFP, Galvão MC. Implementation process of the surgical safety checklist: integrative review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3104. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2921.3104>
7. White MC, Randall K, Capo-Chichi NFE, Sodogas F, Quenum S, Wrigh K, et al. Implementation and evaluation of nationwide scale-up of the Surgical Safety Checklist. *BJS Open*. 2019;106(2):e91-e102. doi: <https://doi.org/10.1002/bjs.11034>
8. Santos J, Sankarankutty A, Salgado Jr W, Kemp R, Leonel E, Castro e Silva Jr O. Cirurgia ambulatorial: do conceito à organização de serviços e seus resultados. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2008;41(3):274-86. doi: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/273>
9. Viswanath A, Balint A, Johnson RE, Rosenberg MB, Oread D. Surgical Safety Checklists are underutilized in ambulatory oral and maxillofacial surgery. *J Oral Maxillofac Surg*. 2018;76(2):267-72. doi: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2017.07.154>
10. Molina G, Singal R, Haynes AB, Mahishi V, Davis KK, Foster G, et al. Perception of safety of surgical practice among healthcare professionals who work in an operating room in ambulatory surgery centers in the United States: a retrospective analysis of survey data. *Perioper Care Oper Room Manag*. 2017;8:12-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pcorn.2017.07.002>
11. Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(4):299-318. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001797>
12. Cadman V. The impact of surgical safety checklists on theatre departments: a critical review of the literature. *J Perioper Pract*. 2016;26(4):62-71. doi: <https://doi.org/10.1177/175045891602600402>
13. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(7):3061-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
14. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2015;20(3):925-36. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>
15. Tang R, Ranmuthugala G, Cunningham F. Surgical safety checklists: a review. *ANZ J Surg*. 2014;84(3):148-54. doi: <https://doi.org/10.1111/ans.12168>
16. Alpendre FT, Cruz EDA, Dyniewicz AM, Mantovani MF, Silva AEBC, Santos GS. Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2907. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1854.2907>
17. Fernando RJ, Shapiro FE, Urman RD. Survey analysis of an ambulatory surgical checklist for patient use. *AORN J*. 2015;102(3):290.e1-10. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.07.013>
18. Sillero-Sillero A, Zabalegui A. Safety and satisfaction of patients with nurse’s care in the perioperative. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3142. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2646.3142>
19. Gutierrez LS, Santos JLG, Barbosa SFF, Maia ARC, Koerich C, Gonçalves N. Adherence to the objectives of the Safe Surgery Saves Lives Initiative: perspective of nurses. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3108. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2711.3108>

### Agradecimento:

Ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pela bolsa concedida.

### ■ Autor correspondente:

Renata Cristina Gasparino  
E-mail: [grenata@unicamp.br](mailto:grenata@unicamp.br)

Recebido: 16.09.2019  
Aprovado: 12.02.2020

### Editor associado:

Wiliam Wegner

### Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti

**Apêndice 1** – Checklist de cirurgia segura para procedimento ambulatorial

**CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA PARA PROCEDIMENTO AMBULATORIAL**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M ( ) Não informado  
 Nº Prontuário: \_\_\_\_\_ Especialidade médica: \_\_\_\_\_ Procedimento proposto: \_\_\_\_\_  
 Procedência: ( ) Residência ( ) Enfermaria: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário de abertura do *checklist*: \_\_\_\_\_ h

**1. ADMISSÃO DO PACIENTE**

- 1.1 Documento com foto presente? ( ) N ( ) S
- 1.2 Prontuário presente? ( ) N ( ) S
- 1.3 Etiquetas de identificação presentes? ( ) N ( ) S
- 1.4 Etiquetas de identificação corretas? ( ) N ( ) S
- 1.5 Pulseira com dois identificadores? ( ) N ( ) S
- 1.6 Termo de consentimento cirúrgico/procedimento assinado? ( ) N ( ) S
- 1.7 Termo de acompanhante assinado? ( ) N ( ) S
- 1.8 Paciente está sob alguma precaução específica? ( ) N ( ) S Qual? \_\_\_\_\_  
 Assinatura e carimbo: \_\_\_\_\_

Especificar: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo: \_\_\_\_\_

**3. ANTES DO INÍCIO DO PROCEDIMENTO**

- 3.1 Rede de gases e equipamentos (foco de luz, aspirador, bisturi) funcionantes? ( ) N ( ) S
- 3.2 Necessidade de material específico? ( ) N ( ) S Qual? \_\_\_\_\_
- 3.3 Materiais e instrumentais estão estéreis e dentro do prazo de validade? ( ) N ( ) S
- 3.4 Procedimento realizado com anestesia? ( ) N ( ) S
- 3.5 Placa de bisturi posicionada corretamente? ( ) N ( ) S ( ) N/A ( ) N ( ) S Local: \_\_\_\_\_
- 3.6 Cirurgião responsável presente em sala? ( ) N ( ) S Nome: \_\_\_\_\_
- 3.7 Todos os membros da equipe se apresentam por nome e função? ( ) N ( ) S
- 3.8 Equipe confirma verbalmente:
  - a) Nome do paciente e data de nascimento? ( ) N ( ) S
  - b) Cirurgia/procedimento a ser realizado? ( ) N ( ) S
  - c) Local da cirurgia/procedimento? ( ) N ( ) S
 Assinatura e carimbo: \_\_\_\_\_

**2. SALA DE PREPARO**

- 2.1 Paciente confirma:
  - a) Nome e data de nascimento? ( ) N ( ) S
  - b) Cirurgia/procedimento a ser realizado? ( ) N ( ) S
  - c) Local da cirurgia/procedimento? ( ) N ( ) S
 Local: \_\_\_\_\_  
 Qual? \_\_\_\_\_
- 2.2 Alergia conhecida? ( ) N ( ) S
- 2.3 Jejum? ( ) N ( ) S Início: \_\_\_\_:\_\_\_\_ h
- 2.4 Retirado próteses e adornos? ( ) N/A ( ) N ( ) S Se sim, foram entregues ao acompanhante? ( ) N ( ) S

- 2.5 Local da cirurgia demarcado? ( ) N ( ) S
- 2.6 Exames laboratoriais com menos de 3 meses? ( ) N ( ) S Se sim, ( ) Impresso ( ) No sistema
- 2.7 Exames de imagem? ( ) N ( ) S Se sim, ( ) Impresso ( ) No sistema
- 2.8 Visita pré-anestésica realizada? ( ) N/A ( ) N ( ) S
- 2.9 Presença de alguma lesão de pele? ( ) N ( ) S

4.5 Realizado contagem de instrumentais:

- a) Na abertura da caixa? ( ) N ( ) S
- b) Antes do fechamento da incisão? ( ) N ( ) S
- 4.6 Realizado contagem de compressas/gases?
  - a) Na abertura do pacote? ( ) N ( ) S
  - b) Antes do fechamento da incisão? ( ) N ( ) S
- 4.7 Realizado contagem de agulhas?
  - a) Na abertura das embalagens? ( ) N ( ) S
  - b) Antes do fechamento da incisão? ( ) N ( ) S
- 4.8 Condições da pele na saída da sala operatória: ( ) Sem lesões ( ) Com lesões Especificar: \_\_\_\_\_  
 Assinatura e carimbo: \_\_\_\_\_

**5. ANTES DA SAÍDA DO CENTRO CIRÚRGICO**

- 5.1 Prontuário presente? ( ) N ( ) S
- 5.2 Pulseira de identificação presente? ( ) N ( ) S
- 5.3 Descrição cirúrgica realizada? ( ) N ( ) S
- 5.4 Paciente encaminhado para: ( ) Alta hospitalar ( ) Internação ( ) Em caso de alta hospitalar:
  - a) Retirados dispositivos invasivos? ( ) N ( ) S
  - b) Retirada pulseira de identificação? ( ) N ( ) S
- 5.5 Entregue ao paciente:
  - a) Receita médica? ( ) N ( ) S
  - b) Atestado médico? ( ) N ( ) S
  - c) Resumo de alta? ( ) N ( ) S
  - d) Orientações de alta escritas? ( ) N ( ) S
 Assinatura e carimbo: \_\_\_\_\_

**4. ANTES DA SAÍDA DA SALA OPERATÓRIA**

- 4.1 Presença de amostra para anatomia patológica? ( ) N/A ( ) N ( ) S Nº peças: \_\_\_\_\_
- 4.2 Pedido de exame presente e assinado? ( ) N/A ( ) N ( ) S
- 4.3 Peças encaminhadas para congelar? ( ) N/A ( ) N ( ) S Nº peças: \_\_\_\_\_
- 4.4 Em caso de uso de materiais consignados (prótese, grampo, expansor e outros) o código de rastreio foi anotado/coilado no prontuário? ( ) N/A ( ) N ( ) S

**Legenda:** N = não, S = sim, N/A = não se aplica