

# Construção e validação de conteúdo de checklist para a segurança do paciente em emergência

*Construction and content validation of checklist for patient safety in emergency care*

*Construcción y validación del contenido de la lista de verificación para la seguridad del paciente en emergencia*



Marly Ryoko Amaya<sup>a</sup>

Danieli Parreira da Silva Stalisz da Paixão<sup>a</sup>

Leila Maria Mansano Sarquis<sup>b</sup>

Elaine Drehmer de Almeida Cruz<sup>b</sup>

## Como citar este artigo:

Amaya MR, Paixão DPSS, Sarquis LMM, Cruz EDA. Construção e validação de conteúdo de checklist para a segurança do paciente em emergência. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(esp):e68778. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68778>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68778>

## RESUMO

**Objetivo:** Construir e validar *checklist* de ações de segurança do paciente em atendimento de emergência.

**Método:** Pesquisa metodológica realizada em Curitiba, em 2015, com etapas de construção e validação. O *checklist* foi norteado pelas diretrizes do programa brasileiro para a segurança do paciente e validado pela Técnica Delphi online; com utilização de questionário próprio, e participação de 23 especialistas brasileiros na primeira rodada e 20 na segunda. Para a análise, utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o  $\alpha$  de Cronbach e o Teste Exato de Fisher.

**Resultados:** Obteve-se *checklist* com 18 itens válidos e confiáveis (94% de IVC,  $\alpha$  de Cronbach=0,91).

**Conclusões:** O *checklist* contempla ações para segurança do paciente, permite verificar situações preditivas de risco, direcionar ações de correção e promover a segurança em serviços de emergência e outros contextos de saúde.

**Palavras-Chave:** Segurança do paciente. Serviços médicos de emergência. Lista de checagem. Estudos de validação.

## ABSTRACT

**Objective:** To construct and validate a checklist for patient safety in emergency care.

**Method:** This is methodological research conducted in Curitiba, in 2015, with construction and validation stages. The checklist was based on the guidelines of the Brazilian patient safety programme and validated online using the Delphi method, with a questionnaire, and with the participation of 23 Brazilian specialists in the first round and 20 in the second round. The data were analysed using the Content Validity Index (CVI), Cronbach's  $\alpha$ , and Fisher's Exact Test.

**Results:** We produced a checklist with 18 valid and reliable items (94% of CVI, Cronbach's  $\alpha = 0.91$ ).

**Conclusions:** The checklist comprises patient safety actions and items to predict risk situations, corrective actions, and promote safety in emergency services and other health-related contexts.

**Keywords:** Patient safety. Emergency medical services. Checklist. Validation studies.

## RESUMEN

**Objetivo:** construir y validar la lista de verificación de acciones de seguridad del paciente en la atención de emergencia.

**Método:** investigación metodológica realizada en Curitiba, en 2015, con etapas de construcción y validación. La lista de verificación se guió por las directrices del programa brasileño para la seguridad del paciente y fue validado por la Técnica Delphi on-line; con el uso de una encuesta propia y la participación de 23 especialistas brasileños en la primera etapa y 20 en la segunda. Para el análisis, se utilizó el Índice de Validación de Contenido (IVC), el  $\alpha$  de Cronbach y el Test Exacto de Fisher.

**Resultados:** se obtuvo una lista de verificación con 18 ítems válidos y confiables (94% de IVC,  $\alpha$  de Cronbach = 0,91).

**Conclusiones:** la lista de verificación abarca acciones para la seguridad del paciente, permite comprobar situaciones predictivas de riesgo, guiar acciones de corrección y promover la seguridad en servicios de emergencia y en otros contextos de la salud.

**Palabras clave:** Seguridad del paciente. Servicios médicos de urgencia. Lista de verificación. Estudios de validación.

<sup>a</sup> Universidade Federal do Paraná (UFPR), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba, Paraná, Brasil.

<sup>b</sup> Universidade Federal do Paraná (UFPR), Departamento de Enfermagem. Curitiba, Paraná, Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

A promoção da assistência à saúde de forma segura e com vistas à prevenção de incidentes ganhou visibilidade com a *World Alliance for Patient Safety*, criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2004. Esta propõe ações globais e, em âmbito local, incentiva a aplicação de *checklist*, ou lista de checagem, para nortear operacionalmente a assistência segura, prevenindo o erro<sup>(1)</sup> que ao atingir o usuário é conceituado como evento adverso<sup>(2)</sup>.

Estima-se que 9,2% dos usuários internados sofrem um evento adverso relacionado à assistência em saúde, sendo 43,5% destes evitáveis<sup>(3)</sup>; em países latino-americanos esses eventos acometem 10,5% dos usuários<sup>(4)</sup>. Sensível à problemática, o Ministério da Saúde do Brasil lançou, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, e instituiu seis protocolos básicos<sup>(5)</sup> relativos às metas internacionais nesta temática.

No sistema de saúde brasileiro os serviços de urgência e emergência atendem grande parte da demanda dos usuários, em detrimento das unidades básicas de saúde, e são considerados a linha de frente do atendimento. A procura por estes locais tem se tornado cada vez maior, com longas filas de espera e usuários aguardando diagnóstico, exames e internamento. Outros fatores, como a crescente violência urbana, também contribuem para o agravamento deste cenário<sup>(6)</sup>, expondo ainda mais os usuários em um ambiente vulnerável para a ocorrência de eventos adversos. Somado a isso, a deficiência de recursos humanos, sobrecarga de trabalho e ambiente com interrupção contínua das atividades, tornam-se fatores estressores para a equipe, que podem comprometer a segurança do cuidado prestado<sup>(7-8)</sup>.

Neste contexto assistencial, considera-se que atentar para a identificação precoce de situações de risco potencialmente contribui para a qualidade, cuidado e cultura de segurança. E a equipe de enfermagem, por estar presente em todo o processo assistencial, está sujeita a cometer erros<sup>(9)</sup>. Nesse sentido, mostra-se importante que esses profissionais estejam instrumentalizados para contribuir na detecção dos riscos de ocorrência de danos aos usuários.

A adoção de medidas de intervenção como o uso de *checklists* comprovadamente promove a melhoria da comunicação, diminui a ocorrência de falhas por omissão<sup>(1)</sup>, constituindo poderosa ferramenta no alcance da qualidade e da segurança do atendimento. Considerando não haver um modelo definido para este contexto assistencial, esta pesquisa objetivou construir e validar *checklist* de ações de segurança do paciente em atendimento de emergência.

## ■ MÉTODO

Este artigo foi extraído de uma dissertação de mestrado defendida no ano de 2015<sup>(10)</sup> em Curitiba, Paraná. Trata-se de uma pesquisa metodológica, com abordagem quantitativa, realizada de abril a julho de 2015 e contemplou duas fases: a de construção do instrumento em formato de *checklist*; e a validação de seu conteúdo.

A construção com vistas ao atendimento hospitalar de emergência foi norteadada pelos seis protocolos do Programa Nacional para a Segurança do Paciente<sup>(5)</sup>: Identificação, Higiene das mãos, Prevenção de úlcera por pressão, Prevenção de quedas, Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos e Cirurgia segura; que a partir do seu conteúdo e de publicações científicas foram identificadas ações de segurança consideradas essenciais na prática assistencial e que tornaram-se itens de checagem do instrumento proposto.

Elaborada a versão inicial do *checklist* iniciou-se a fase de validação de conteúdo por meio da Técnica Delphi, a qual busca o consenso de opiniões de um grupo de profissionais com expertise no assunto, denominado nesta pesquisa como comitê de especialistas. A comunicação entre pesquisadores e especialistas se deu pela ferramenta *Google Docs*<sup>®</sup>, que atuou, de forma online, no envio da carta convite e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), do *checklist* construído e do questionário de julgamento, da descrição dos participantes e no recebimento e armazenamento das respostas até o final da pesquisa.

O comitê foi composto de modo intencional por dois sub-grupos considerando-se a importância da avaliação do instrumento por especialistas no tema segurança do paciente e especialistas na prática assistencial em emergência.

O primeiro sub-grupo foi composto observando-se os seguintes critérios de inclusão: enfermeiro, médico ou farmacêutico; brasileiro; com título de doutor e atuação em segurança do paciente; selecionado através da busca na Plataforma Lattes, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Brasil.

Para a composição do segundo sub-grupo do comitê de especialistas utilizou-se a técnica bola de neve, na qual os membros iniciais da amostra intencionalmente selecionada identificam outros potenciais respondentes<sup>(11)</sup>, observando-se os critérios de inclusão: ser enfermeiro e ter experiência mínima de um ano na prática assistencial em emergência hospitalar no Brasil. Estes critérios mostraram-se relevantes uma vez que compreendeu-se que o profissional que atua ou atuou neste contexto assistencial poderia apontar questões particulares observadas pelo cotidiano do serviço. Além de que o instrumento é

uma ferramenta a ser utilizada pela enfermagem em seus locais de atuação.

Como critério de exclusão houve o afastamento do participante da atividade profissional durante a segunda rodada de avaliação, informada aos pesquisadores.

A coleta de dados refere-se ao processo de validação de conteúdo do *checklist* que utilizou duas rodadas de avaliação pela Técnica Delphi, simultaneamente entre todos os participantes. A primeira rodada ocorreu em abril de 2015 e manteve-se por 25 dias, e a segunda rodada em junho do mesmo ano com encerramento no 30º dia da rodada.

Para as rodadas de validação foi utilizado um questionário próprio da pesquisa elaborado conforme as versões do *checklist* que seriam avaliadas; e, portanto o questionário foi organizado em cinco partes: I – Convite à participação da pesquisa com o TCLE; II – Dados sociodemográficos para caracterização dos participantes; III – Julgamento do conteúdo do *checklist*; IV – Julgamento dos atributos do *checklist*; V – Julgamento geral, do conjunto de questões e categorias elencadas no *checklist*.

As etapas avaliativas (III, IV e V) continham 32 questões e o julgamento de cada participante foi registrado conforme escore da escala do tipo *Likert*, sendo eles: 1 (discordo totalmente), 2 (discordo), 3 (concordo) e 4 (concordo totalmente).

Para analisar cada resposta do julgamento utilizou-se o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) que consiste na divisão do número total de especialistas que atribuíram escore 3 e 4 pelo número total de especialistas que participaram da rodada<sup>(12)</sup>. Foi considerado válido cada item que atingiu o escore igual ou superior a 70% de concordância entre os especialistas<sup>(13)</sup>. A confiabilidade do *checklist* foi avaliada pelo teste  $\alpha$  de Cronbach, considerando-se os seguintes valores: >0,90 – excelente; >0,80 – bom; >0,70 – aceitável; >0,60 – questionável; >0,50 – pobre e <0,50 – inaceitável<sup>(14)</sup>.

Os dados foram analisados com auxílio do programa *Statistical Package for Social Science* (versão 19.0; IBM SPSS) e para analisar se houve divergência de respostas entre os dois sub-grupos de especialistas aplicou-se o Teste Exato de Fisher, cujos resultados inferiores a 0,05 indicam haver diferença significativa de julgamento.

Com relação aos aspectos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná com o parecer CEP/SD número 777.624, na data de 03 de setembro de 2014; foram observados os preceitos éticos em pesquisas conforme normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde; o TCLE foi assinado por meio digital na ferramenta *Google Docs*®, e os participantes foram identificados por códigos com vistas a manter o sigilo de sua identidade.

## ■ RESULTADOS

### Construção do *checklist*

O *checklist* foi organizado em seis categorias de segurança, com 18 itens de checagem, e que se referem às ações de segurança a serem verificadas durante o atendimento ao usuário (primeira coluna); com as opções de resposta *sim*, *não* e *não se aplica* – NSA (segunda coluna). Na terceira coluna do instrumento são apresentadas ações corretivas, denominadas na versão final de *intervenções*, e se referem às ações, opcionalmente adotadas, frente a cada situação de risco identificada.

### Processo de validação

O comitê de especialistas foi igual em ambas as rodadas, composto por 23 profissionais na primeira rodada de avaliação e 20 na segunda, com perda de três por não devolução do instrumento em tempo hábil. Participaram, na maioria, enfermeiros doutores e com tempo de formação entre 3 e 38 anos. Também compuseram o comitê um médico e uma farmacêutica, profissionais cujo número absoluto de currículos encontrados na Plataforma Lattes foi menor quando comparado aos enfermeiros.

Na primeira rodada de validação o IVC atingiu 87% de concordância entre os especialistas, o que indica que o instrumento já estava validado; no teste  $\alpha$  de Cronbach atingiu 0,91, que demonstrou excelente confiabilidade do *checklist*. Apesar dos resultados satisfatórios obtidos, optou-se por considerar as sugestões dos especialistas e realizar nova rodada para o aprimoramento do instrumento; ao término do processo o IVC elevou-se para 94% e o  $\alpha$  de Cronbach manteve-se igual à primeira rodada.

Os resultados, de acordo com as categorias que compuseram o *checklist*, estão a seguir apresentados, descritiva e comparativamente entre as rodadas, e a versão final apresentada nas figuras 1 e 2.

A *Categoria 1 – Identificação do paciente* é composta por quatro perguntas. A primeira, “Paciente identificado?”, obteve 100% de concordância na primeira rodada e após sugestões sua redação passou a ser “Paciente está identificado?” com 95% de concordância. Desse modo, na versão final manteve-se a primeira redação. A segunda pergunta “Identificação legível?” obteve índice de 87% na primeira rodada e 100% na segunda com a redação “Identificação está legível?”; acrescentou-se o artigo “a” resultando na versão final “A identificação está legível” após considerações de revisão ortográfica. A terceira pergunta “Identificação com  $\geq 2$  informações?” passou de 91,3% para 100% de

**CHECKLIST PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA**

Paciente: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
 Box/leito: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M Idade: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		INTERVENÇÃO
1. Paciente identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Providenciada a identificação
2. A identificação está legível?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Identificação substituída
3. A identificação contém duas ou mais informações?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA*	<input type="checkbox"/> Inserida mais informação
4. Classificação de risco identificada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Registrada a classificação
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		INTERVENÇÃO
5. Paciente é alérgico?	<input type="checkbox"/> SIM _____ <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO INFORMA	
6. Se alérgico, está identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificado
7. As infusões estão identificadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificadas
RISCO DE QUEDAS		INTERVENÇÃO
8. Sinalizado o grau de risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Avaliado e sinalizado o risco
9. Paciente/acompanhante orientado sobre o risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Orientação realizada
10. As grades estão elevadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> As grades foram elevadas
RISCO DE INFECÇÃO		INTERVENÇÃO
11. Solução alcoólica próxima ao paciente?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Solução alcoólica disponibilizada
RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO		INTERVENÇÃO
12. Apresenta risco para úlcera por pressão?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Avaliado**
13. Sinalizado o grau de risco?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Sinalizado o grau de risco
14. Apresenta úlcera por pressão?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Registrado em prontuário
RISCO CIRÚRGICO		INTERVENÇÃO
15. Paciente em pré-operatório?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
16. Paciente em jejum?	<input type="checkbox"/> SIM Início _____ <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	
17. Sítio cirúrgico demarcado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Solicitada a demarcação do sítio cirúrgico
18. Tipagem sanguínea realizada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	

\*NSA — Não se aplica  
 \*\*Escala de avaliação do risco no verso deste impresso.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Identificação/registro profissional: \_\_\_\_\_

Figura 1 – Checklist para a segurança do paciente em emergência – versão final, frente do checklist

concordância com a redação “A identificação contém duas ou mais informações?”. E a última pergunta desta categoria, “Identificação da classificação de risco?”, obteve 73,9% e 70%, respectivamente, na forma modificada “Classificação de risco identificada?”. Apesar de obter menor IVC na segunda rodada a redação foi mantida na versão final por melhor expressar o objetivo de verificar e registrar a classificação de risco do usuário.

Na Categoria II – Administração de medicamentos a primeira pergunta “Paciente é alérgico?” obteve IVC 87% e 80% na primeira e segunda rodada, respectivamente, e sem modificação na redação. A segunda pergunta “Se alérgico, identificado como tal?” atingiu 82,6% de

concordância na primeira rodada, foi modificada para “Se alérgico, está identificado?” e obteve IVC de 100%. A questão “Infusões identificadas?” obteve concordância de 91,3% na primeira rodada e de 100% na segunda rodada após modificação da redação para “As infusões estão identificadas?”.

Na Categoria III – Risco de quedas as três perguntas, com a redação e respectivo IVC “Sinalizado o risco de queda?” – 91,3%; “Apresenta risco para queda?” – 78,3%; “Grades elevadas?” – 91,3% foram ajustadas para “Sinalizado o grau de risco para queda?”; “Paciente/acompanhante orientado sobre o risco para queda?”; “As grades estão elevadas?”, todas com IVC de 95%. A substituição da segunda pergunta

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA					
Morse Fall Scale	Respostas				Pontos
1. Histórico de quedas (até 3 meses da última queda)	NÃO - 0				
	SIM - 25				
2. Diagnóstico Secundário (mais de um diagnóstico)	NÃO - 0				
	SIM - 15				
3. Deambulação	Nenhum/Acamado - 0				
	Muletas/Bengala - 15				
	Apoia-se em mobiliário/Parede - 30				
4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	NÃO - 0				
	SIM - 20				
5. Marcha	Normal/Sem deambulação (cadeira de rodas) - 0				
	Frac - 10				
	Comprometida/Cambaleante - 20				
6. Estado Mental	Orientado/capaz quanto a sua capacidade - 0				
	Superestima capacidade/Esquece limitações - 15				
PARÂMETROS	RISCO BAIXO: 0 - 24 RISCO MODERADO: 25 - 44 RISCO ALTO: ≥ 45				TOTAL

FONTE: Adaptado de Urbanetto *et al* (2013).

AVALIAÇÃO DO RISCO DE ULCERA POR PRESSÃO					
Braden Scale	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos	Pontos
PERCEPÇÃO SENSORIAL: capacidade de responder à pressão do desconforto	Completamente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação	
UMIDADE: exposição da pele	Constantemente	Muito	Ocasionalmente	Raramente	
ATIVIDADE	Acamado	Restritos à cadeira	Caminha ocasionalmente	Caminha frequentemente	
MOBILIDADE: habilidade de controlar posições	Completamente imobilizado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação	
NUTRIÇÃO: ingestão alimentar	Muito pobre	Provavelmente inadequado	Adequado	Excelente	
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema aparente		
PARÂMETROS	23-19 - sem risco		14-13 - risco moderado		TOTAL
	18-15 - risco leve		Menor ou igual a 12 - risco elevado		

FONTE: Adaptado de Paranhos e Santos (1999).

Figura 2 – Checklist para a segurança do paciente em emergência – versão final, verso do checklist

se deu em função das considerações dos especialistas que argumentaram sobre o risco desses usuários para queda, por diversos fatores.

A única questão relacionada à *Categoria IV – Risco de infecção* alcançou IVC de 73,9% na primeira rodada com a versão “Álcool no ponto de assistência?” e 90% na versão final “Solução alcoólica próxima ao paciente?”, determinando a última como versão definitiva.

A *Categoria V – Risco de úlcera por pressão* foi composta por três questões: “Risco para integridade cutânea?” que obteve 78,3% de IVC na primeira rodada e após alteração para “Apresenta risco para úlcera por pressão?” atingiu 90%

de concordância. A segunda questão, “Conduta adotada?” era uma questão descritiva, e inicialmente obteve 65,2% de concordância; após substituição conforme sugestões para “Sinalizado o grau de risco?” obteve IVC de 100%. A última pergunta da categoria, “Há lesão de pele instalada?”, foi alterada para “Apresenta úlcera por pressão?” e o IVC passou de 87% para 90%.

Às categorias *Risco de quedas* e *Risco de úlcera por pressão* foram adicionadas as escalas que mensuram o risco de tais eventos (Figura 2), em concordância às sugestões dos especialistas e com vistas ao seu uso no momento da aplicação do *checklist*.

Na última categoria, *Risco cirúrgico*, a questão “Paciente em pré-operatório?” teve IVC alterado de 78,3% para 100% entre a primeira e segunda rodada após retirada do item descritivo relativo à observação. A segunda questão “Paciente em jejum?” obteve 91,3% na primeira e 95% na segunda rodada, após exclusão do campo descritivo relativo ao registro do início do jejum. A terceira pergunta, “Sítio cirúrgico demarcado?” teve o IVC modificado de 91,3% para 100% após a inserção da intervenção “Solicitada a demarcação do sítio cirúrgico”. A quarta e última pergunta, “Tipagem sanguínea realizada?”, teve concordância alterada de 95,7% para 100% após a inclusão da opção de resposta “não se aplica” e supressão do campo descritivo relativo ao registro de observações.

O questionário de avaliação continha questões referentes à avaliação geral do *checklist*, contemplando o julgamento dos especialistas em relação à clareza, objetividade, precisão, pertinência, validade e viabilidade. Os resultados do IVC foram 95% e 100%, na primeira e segunda rodadas, respectivamente. Iguais índices foram obtidos nas questões referentes à adequação do título de cada categoria; ações mínimas de segurança; validade do instrumento na prevenção de incidentes e na identificação de riscos ao usuário; e possibilidade de sua replicação em outros serviços. Relativo ao julgamento de elementos faltantes, a maioria dos participantes discordou, considerando o *checklist* completo e suficiente.

Ao término do processo de validação de conteúdo foi definida a versão final do *checklist* (Figuras 1 e 2).

O Teste de Fischer foi aplicado para os cruzamentos das avaliações da primeira e segunda rodada, entre participantes doutores e não doutores; expertise em segurança do paciente e em assistência em serviço de emergência; e campo da atuação profissional, docência ou assistência. Apenas na associação expertise dos participantes, na primeira rodada, o quesito ‘clareza’ do instrumento obteve diferença significativa ( $p=0,0457$ ); entretanto, na segunda rodada e análise não houve diferença significativa. Considerou-se, portanto, não haver diferença na avaliação entre os sub-grupos do comitê de especialistas.

## ■ DISCUSSÃO

O instrumento de verificação, composto por seis categorias e 18 itens de checagem, obteve IVC geral de 94% e  $\alpha$  de Cronbach de 0,91. Portanto, o “*Checklist* para a segurança do paciente em emergência” mostrou-se válido; e sua aplicação poderá contribuir para a segurança do paciente, já que é ferramenta que visa à melhoria da qualidade do cuidado, redução de eventos adversos e ao desenvolvimento da cultura de segurança<sup>(6)</sup>.

Ao formato inicial não foram acrescentados temas, categorias ou abordagens diversas dos inicialmente elencados, o que infere que os especialistas consideraram suficientes os itens de verificação relativos à segurança do paciente em atendimento de emergência. As alterações realizadas foram, essencialmente, na forma; e resultaram, em sua maioria, em aumento na concordância.

Ressalta-se a importância da metodologia empregada para o aprimoramento do *checklist* por meio da avaliação por especialistas. Nesta pesquisa, consideramos que a avaliação concomitante por dois sub-grupos de especialistas e sem divergência significativa nas respostas, representa a consistência atribuída ao *checklist*. Isso porque, o instrumento foi julgado como válido e confiável tanto por especialistas no tema segurança do paciente quanto por enfermeiros assistenciais de serviços de emergência.

Considerando sua aplicabilidade a serviços de emergência e os diferentes contextos assistenciais, este instrumento serve de diretriz. Apesar de não ter sido inicialmente aplicado na prática, as instituições podem fazê-lo; para isso devem utilizá-lo como modelo e adaptá-lo conforme suas necessidades reais. Alterações nos modelos propostos são, inclusive, recomendadas pela OMS<sup>(1)</sup> frente às diferentes demandas dos serviços de saúde.

Em relação ao seu conteúdo, destaca-se que a identificação do usuário em atendimento de emergência é fundamental, uma vez que esse, frequentemente, apresenta estado de confusão mental, pânico ou inconsciência. Nessa categoria, o *checklist* inclui perguntas que alcançaram alto índice de validade, reiterando a importância atribuída à identificação do usuário com vistas à segurança.

O uso de identificação de forma padronizada, como por exemplo, por meio de pulseira, com no mínimo dois identificadores, bem como sua conferência antes de procedimentos, pelas equipes que prestam assistência, é preconizado por organizações internacionais, assim como pelo programa de segurança brasileiro<sup>(1,5)</sup>, e é fundamental barreira à ocorrência de eventos adversos. A identificação da classificação de risco, que é realizada pelo enfermeiro, é outro item relevante uma vez que prioriza o atendimento pelo grau de gravidade dos usuários, com vistas a evitar o agravamento do quadro clínico, e promover assistência segura<sup>(15)</sup>.

Outro aspecto contemplado no *checklist* é a verificação da segurança na *Administração de Medicamentos* considerando-se que, em especial, o usuário em emergência exige atendimento rápido associado ao uso de fármacos. As questões cinco e seis, desta categoria, alertam para a necessidade de identificar e sinalizar se o usuário tem histórico de alergia. Essa investigação é importante, pois pre-

vine graves eventos, como demonstrado em pesquisa<sup>(16)</sup> que identificou a inevitabilidade de erro, por meio do alerta da condição alérgica no momento da administração do medicamento, quando a equipe de enfermagem questionava o paciente a respeito de seu histórico alérgico antes do procedimento.

Ainda sobre *Administração de Medicamentos*, a verificação da identificação de soluções contribui para prevenir a troca de drogas, efeitos colaterais por tempo incorreto de infusão, erro de dosagem, inadequada administração do medicamento com equívoco de usuário e/ou medicação, entre outros<sup>(1)</sup>. Além disso, a identificação é importante, uma vez que o registro dos dados na infusão pode auxiliar na rápida intervenção por outro membro da equipe de saúde, em caso de reações alérgicas.

As categorias *Risco de quedas* e *Risco de úlcera por pressão* contemplam perguntas adicionais à investigação quanto à quedas e lesão por pressão e estimulam a implementação de medidas preventivas frente à carência destas ações nos serviços de saúde<sup>(17)</sup>. As ações de prevenção também podem ser direcionadas de acordo como os indicadores relativos às escalas de risco.

De modo especial, usuários em atendimento de emergência, frequentemente acomodados em macas, podem ser vítimas de quedas com agravamento clínico, bem como apresentar maior risco para o desenvolvimento de lesões de pele por imobilidade e longa permanência em uma posição, e associada ao nível de consciência alterada. A inclusão das Escalas de Morse e de Braden, por sugestão dos especialistas, agregou valor educativo ao *checklist* e serve de apoio à mensuração do risco de quedas e de lesões por pressão, respectivamente, no momento da aplicação do instrumento.

O *checklist* também contempla ações básicas para a prevenção de infecções; a higienização das mãos, apesar de simples e ter sua eficácia comprovada, tem baixa adesão e apresenta falhas no processo<sup>(18-19)</sup>. Serviços de emergência demandam ações rápidas, e, possivelmente, poucos profissionais higienizarão as mãos se tiverem que se deslocar para procurar um lavatório ou um frasco com solução alcoólica.

A OMS reconhece as soluções alcoólicas como padrão ouro para a higiene das mãos frente à eficácia na redução de microrganismos e facilidade de uso; e sua disponibilização no ponto da assistência é recomendada como estratégia fundamental para a prevenção de infecções e incentivo<sup>(20)</sup>.

Finalmente, e não menos relevante, vários usuários atendidos em serviços de emergência, tem indicação de intervenção cirúrgica, exploradora ou reparadora, devido às condições clínicas ou trauma. Deste modo, a assistência deve

ser direcionada para garantir as melhores condições de segurança por ocasião do seu encaminhamento ao centro cirúrgico. Com este entendimento, as perguntas da categoria *Risco Cirúrgico*, foram embasadas nas diretrizes do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas<sup>(1)</sup>, buscando a verificação e garantia de elementos fundamentais, como jejum, tipagem sanguínea e demarcação do sítio a ser operado. Obtendo melhor índice de validação de conteúdo após a retirada de itens descritivos, que estavam presentes na primeira rodada, deixando este a categoria mais objetiva.

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo de construção e validação do instrumento proposto foi alcançado, e o produto da pesquisa, intitulado "*Checklist para a segurança do paciente em atendimento de emergência*", contemplou 18 itens de checagem, organizados nas categorias de segurança identificação do paciente, administração de medicamentos, risco de infecção, risco de quedas, risco de úlceras por pressão e risco cirúrgico.

Esta pesquisa traz contribuições para o ensino de enfermagem considerando que sua aplicação direciona a avaliação e execução de ações de segurança; também é instrumento de educação continuada ao contemplar as escalas de avaliação de riscos de queda e úlceras por pressão. Deste modo, o produto desta pesquisa é uma ferramenta para uso na prática assistencial e durante a formação profissional; promove, além da avaliação dos riscos, a reflexão acerca da temática segurança do paciente.

Este instrumento pode ser utilizado para pesquisar a adoção de elementos básicos da segurança do paciente em serviços de urgência e emergência, bem como servir de modelo para a construção de novas ferramentas assistenciais. Na prática assistencial da enfermagem, sua utilização também permite identificar precocemente riscos, se antecipar a eventos adversos e direcionar a adoção de medidas corretivas; além de documentar a assistência prestada ao usuário e direcionar ações voltadas à segurança do paciente.

Deste modo, este instrumento consiste em estratégia para a promoção da segurança do paciente e dos profissionais, contribuindo para detecção de *near-misses*, na redução dos eventos adversos e implicações ético-legais às instituições de saúde e profissionais.

Consideraram-se limitações desta pesquisa a não inclusão de todas as ações recomendadas nos protocolos do programa nacional, restringindo-se àquelas aplicáveis na assistência direta ao usuário (ponto da assistência) em situação de emergência e com vistas a viabilizar sua aplicabilidade.

Por fim, o instrumento tem o potencial de contribuir para a identificação de fragilidades e potencialidades do serviço e a produção de indicadores, colaborando para o planejamento de ações com vistas à promoção da qualidade da assistência em serviços de urgência e emergência.

## ■ REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Geneva: World Health Organization. 2009 [cited 2016 Mar 03]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552_eng.pdf).
2. Proqualis.net [Internet]. Rio de Janeiro: Ict/Fiocruz, c2010-2016 [citado 2016 jan 26]. Estrutura conceitual da Classificação Internacional de Segurança do Paciente; [aprox. 4 telas]. Disponível em: <http://proqualis.net/relatorio/estrutura-conceitual-da-classificacao-internacional-de-seguranca-do-paciente>.
3. de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boemeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2008;17(3):216-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2007.023622>.
4. Aranz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). *BMJ Qual Saf*. 2011;20(12):1043-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs.2011.051284>.
5. Portalsaude.saude.gov.br [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; c2017 [citado 2016 fev 17]. Programa Nacional de Segurança do Paciente: protocolos básicos de segurança do paciente; [aprox. 3 telas]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/dahu/seguranca-do-paciente>.
6. Fundação Oswaldo Cruz (BR). Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
7. Weigl M, Müller A, Holland S, Wedel S, Woloshynowych M. Work conditions, mental workload, and patient care quality: a multisource study in the emergency department. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(7):499-508. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003744>.
8. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Adverse events and safety in nursing care. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(1):136-146. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>.
9. Nunes FDO, Barros LAA, Azevedo RM, Paiva SS. Patient safety: how nursing is contributing to the issue? *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2014 [cited 2016 Apr 12];6(2):841-7. Available from: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado-fundamental/article/view/3007/pdf\\_1296](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado-fundamental/article/view/3007/pdf_1296).
10. Amaya MR. Instrumento para verificação de ações para a segurança do paciente em atendimento de emergência [dissertação]. Curitiba (PR): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná; 2015.
11. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
12. Rubio DM, Marla BW, Lee S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res*. 2003;27(2):94-111. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/swr/27.2.94>.
13. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Rev RENE*. 2012 [citado 2016 mai 07];13(1):242-51. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/36/31>.
14. George D, Mallery P. SPSS for Windows step by step: simple guide and reference. 18.0 update. 11th ed. Boston: Prentice Hall; 2010.
15. Duro CLM; Lima MADS; Levandovski PF; Bohn MLS; Abreu KP. Perception of nurses regarding risk classification in emergency care units. *Rev RENE*. 2014 [cited 2016 Apr 10];15(3):447-54. Disponível em: [http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1551/pdf\\_1](http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1551/pdf_1).
16. Paranaguá TTB; Bezerra ALQ; Silva AEBC. The occurrence of near misses and associated factors in the surgical clinic of a teaching hospital. *Cogitare Enferm*. 2015 [cited 2016 May 30];20(1):121-8. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/37446>.
17. Rocha LES, Ruas EFG, Santos JAD, Lima CA, Carneiro JA, Costa FM. Prevention of pressure ulcers: evaluation of nursing professionals knowledge. *Cogitare Enferm*. 2015;20(3):596-604. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41750/26271>.
18. Bathke J, Cunico PA, Maziero ECS, Cauduro FLF, Sarquis LMM, Cruz EDA. Infrastructure and adherence to hand hygiene: challenges to patient safety. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013 [cited 2016 Jun 20];34(2):78-85. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rge/v34n2/en\\_v34n2a10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rge/v34n2/en_v34n2a10.pdf).
19. Prado MF; Hartmann TPS, Teixeira Filho LA. Acessibilidade da estrutura física hospitalar para a prática da higienização das mãos. *Esc Anna Nery*. 2013 [citado 2016 abr 14];17(2):220-6. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200003).
20. Organização Mundial da Saúde (CH). Manual para observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos [Anexo 17]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2008 [citado 2016 mar 03]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/servicosade/control/higienizacao\\_oms/manual\\_para\\_observadores-miolo.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosade/control/higienizacao_oms/manual_para_observadores-miolo.pdf).

## ■ Autor correspondente:

Marly Ryoko Amaya

E-mail: mah\_amaya@hotmail.com

Recebido: 13.10.2016

Aprovado: 29.03.2017