

Adaptação e aplicação do *checklist* de cirurgia segura em procedimentos endoscópicos do sistema digestório

Adaptation and application of the surgical safety checklist in endoscopy procedures of the digestive system

Adaptación y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en procedimientos endoscópicos del sistema digestivo

Rachel de Carvalho¹ , Belania Ribeiro da Luz² 

RESUMO: **Objetivo:** Adaptar, validar e aplicar o *Checklist* de Cirurgia Segura, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para utilizar em procedimentos endoscópicos do sistema digestório. **Método:** Estudo metodológico, de campo, quantitativo, realizado em um centro de endoscopia do Vale do Paraíba, interior de São Paulo, em três fases: adaptação do *Checklist* de Cirurgia Segura da OMS para procedimentos endoscópicos, validação por um grupo de sete juízes especialistas e aplicação a 59 pacientes submetidos a procedimentos de endoscopia e colonoscopia. **Resultados:** O nível de concordância dos juízes foi acima de 80% em todos os itens analisados do *checklist* adaptado, numa escala do tipo Likert de 4 pontos, quanto a conteúdo, estrutura, apresentação e relevância. Aplicado em 59 procedimentos de endoscopia (via alta: endoscopia e via baixa: colonoscopia), revelou ótima aplicabilidade e adesão nos três momentos (*sign in* / antes, *timeout* / durante e *sign out* / depois do procedimento). **Conclusão:** O *checklist* adaptado foi construído, denominado *Checklist* de Segurança do Paciente em Procedimentos Endoscópicos, validado e aplicado especificamente em procedimentos endoscópicos, sendo de suma importância para a segurança dos pacientes e oferecendo benefícios à equipe multiprofissional e às instituições onde ocorrem essas intervenções. **Palavras-chave:** Lista de checagem. Segurança do paciente. Técnicas e procedimentos diagnósticos. Endoscopia. Colonoscopia.

ABSTRACT: **Objective:** To adapt, validate, and apply the Surgical Safety Checklist, proposed by the World Health Organization (WHO), for use in endoscopy procedures of the digestive system. **Method:** This is a methodological, field-based, quantitative study conducted at an endoscopy center in Vale do Paraíba, on the outskirts of São Paulo, in three phases: adaptation of the WHO's Surgical Safety Checklist for endoscopy procedures, validation by a group of seven expert judges, and application to 59 patients undergoing endoscopy and colonoscopy procedures. **Results:** The judges' level of agreement was above 80% on all analyzed items from the adapted checklist, on a 4-point Likert scale, regarding content, structure, presentation, and relevance. When applied in 59 endoscopy procedures (upper approach: endoscopy; and lower approach: colonoscopy), it demonstrated excellent applicability and adherence at the three moments (*sign in* / before, *timeout* / during, and *sign out* / after the procedure). **Conclusion:** The adapted checklist, titled Patient Safety Checklist for Endoscopy Procedures, was developed, validated, and specifically applied to endoscopy procedures. It is of paramount importance for patient safety and offers benefits to the multidisciplinary team and the institutions where these interventions take place. **Keywords:** Checklist. Patient Safety. Diagnostic Techniques and Procedures. Endoscopy. Colonoscopy.

RESUMEN: **Objetivo:** Adaptar, validar y aplicar la Lista de Verificación (*Checklist*) de Cirugía Segura, propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para su uso en procedimientos endoscópicos del sistema digestivo. **Método:** Estudio metodológico, de campo y cuantitativo, realizado en un centro de endoscopia de Vale do Paraíba, interior de São Paulo, en tres fases: adaptación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de la OMS para procedimientos endoscópicos; validación por un grupo de siete jueces expertos; y aplicación a 59 pacientes sometidos a procedimientos de endoscopia

¹Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein – São Paulo (SP), Brasil.

²Ecos Diagnósticos – São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: prof.rachelcarvalho@gmail.com

Recebido: 11/11/2025, Aceito: 08/01/2026

<https://doi.org/10.5327/Z1414-44251065>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos de licença Creative Commons Atribuição 4.0.

y colonoscopia. **Resultados:** El nivel de concordancia de los jueces fue superior al 80% en todos los ítems analizados de la lista adaptada, mediante una escala de tipo Likert de 4 puntos, en cuanto a contenido, estructura, presentación y relevancia. Su aplicación en 59 procedimientos de endoscopia (vía alta: endoscopia y vía baja: colonoscopia) reveló una excelente aplicabilidad y adherencia en los tres momentos (**sign in**/antes, **timeout**/durante y **sign out**/después del procedimiento). **Conclusión:** Se construyó la lista adaptada, denominada **Lista de Verificación de Seguridad del Paciente en Procedimientos Endoscópicos**, la cual fue validada y aplicada específicamente en el área. Esta herramienta resulta de suma importancia para la seguridad de los pacientes y ofrece beneficios tanto al equipo multiprofesional como a las instituciones donde se realizan estas intervenciones.

Palabras clave: Lista de Verificación. Seguridad del Paciente. Técnicas y Procedimientos Diagnósticos. Endoscopia. Colonoscopia.

INTRODUÇÃO

Muitos são os esforços para promover a segurança do paciente nas instituições de saúde, e a complexidade desse setor colabora para que eventos adversos aconteçam. Em 1999, foi divulgado, nos Estados Unidos da América (EUA), um relatório denominado “Errar é humano — construindo um sistema de saúde mais seguro”. Com base nos levantamentos dos dados coletados, estimou-se que, naquele ano, as falhas contribuíram para óbitos de 180 mil pacientes¹.

No sistema de saúde, a prestação de assistência que não ofereça danos aos pacientes deve promover processos seguros, que consigam identificar e estipular barreiras para evitar possíveis falhas¹.

A Acreditação Hospitalar no Brasil iniciou-se em 1999 e foi um divisor de águas na avaliação da qualidade nos serviços de saúde, estabelecendo padrões e exigências a serem desenvolvidos pelas instituições a fim de garantir, principalmente, segurança aos pacientes, além de estrutura e gestão eficientes².

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) projetou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, com o intuito de conscientizar e promover estratégias para melhorar a segurança do paciente. Com o objetivo de diminuir danos e definir padrões de segurança para pacientes cirúrgicos, em 2007 e 2008, foi implantada a cirurgia segura salva vidas, com a criação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, popularmente conhecida como *Checklist* de Cirurgia Segura³.

Na ocasião, um grupo de especialistas confeccionou tal *checklist*, composto por três momentos: *sign in*/identificação: antes da indução anestésica; *timeout*/confirmação: antes da incisão cirúrgica; e *sign out*/registro: ao final da cirurgia, antes de o paciente sair da sala operatória (SO)³.

No Brasil, depois da criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pelo portal da NOTIVISA, sistema informatizado da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as notificações de eventos adversos graves

(EAGs) tornaram-se obrigatórias em 2013. Posteriormente à notificação do evento, a ANVISA monitora as ocorrências e respectivos desfechos⁴.

As instituições de saúde devem garantir a segurança dos pacientes em todos os procedimentos, não apenas nas cirurgias ocorridas no bloco cirúrgico (BC), mas também em procedimentos ambulatoriais, a exemplo dos que se submetem a exames por endoscópios flexíveis ou rígidos^{5,6}.

Os procedimentos de endoscopia são considerados críticos e, mesmo assim, há falta de indicadores para aferir a qualidade da assistência prestada. Em 2004, no Reino Unido, foi desenvolvida a primeira escala para avaliar as unidades de endoscopia por meio de pontuações, reduzindo o tempo de espera e identificando as lacunas do serviço. Os pacientes ficaram mais satisfeitos e houve diminuição dos EAs, de modo que sua utilização foi adotada em outros países da Europa e no Canadá⁷.

Em 2009, foram publicadas em Portugal as Normas de Avaliação e Garantia da Qualidade da Endoscopia Digestiva, as quais recomendam a avaliação da qualidade dos procedimentos endoscópios em três tempos: antes do exame, durante sua execução e depois do exame. Foram descritos os indicadores importantes no momento que antecede o exame: indicação, consentimento informado, história clínica e estratificação de risco, profilaxia com antibiótico, prontidão do exame, estratégia de sedação e anticoagulação⁸.

Os indicadores de qualidade no momento da execução do exame incluem documento fotográfico, monitorização do paciente, medicação e fármacos utilizados para reverter a sedação. Os indicadores de qualidade pós-exame são alta da unidade de endoscopia, instrução ao paciente, seguimento do espécime para anatomopatológico, relatório do exame, relato e complicações, satisfação do paciente, comunicação do relatório do exame efetuado e necessidade de anticoagulação⁸.

No Brasil, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 6, de 10 de março de 2013, “Dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os serviços de endoscopia

com via de acesso ao organismo por orifícios exclusivamente naturais”. Nessa resolução, estão descritas as normas e as ações que um setor de endoscopia deve seguir para garantir a qualidade e a segurança nos serviços executados⁶.

Todo serviço de endoscopia deve ter o registro diário dos procedimentos realizados, contendo os dados dos pacientes e dos profissionais, bem como a identificação do equipamento. O prontuário do paciente é uma exigência que deve ser cumprida. Os registros de EA e as medidas de suporte ao paciente são de extrema importância, como também o registro de todas as medicações de controle especial e a rastreabilidade dos materiais e dos equipamentos utilizados nos exames⁶.

A RDC nº 6/2013 é de suma importância para os serviços de endoscopia, uma vez que traz recomendações específicas para a qualidade e a segurança no atendimento; manutenções preventivas dos equipamentos; controle de infecção dos procedimentos endoscópicos; processamento dos materiais e dos equipamentos endoscópicos; suporte para atendimento em caso de emergência; meios para transferência do paciente, em caso de intercorrências ou complicações; e capacitação dos profissionais que atuam na sala de endoscopia⁶.

Também descrito pela Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED), o consentimento informado é uma prática mandatória, devendo ser realizado e documentado antes da sedação ou analgesia, exceto em situações de emergência. Neste, devem estar descritas todas as complicações, desde as mais comuns até as mais graves, incluindo perfuração, sangramento e complicações relacionadas à sedação e/ou à anestesia⁷.

O exame deve ocorrer apenas com a presença de um acompanhante, e uma consulta de enfermagem é indicada antes do procedimento para avaliar as condições físicas e psicológicas do paciente, sua capacidade de entendimento, orientações sobre preparo e para promover acolhimento⁹.

As informações para preparar procedimentos de endoscopia digestiva alta (EDA/endoscopia) e endoscopia digestiva baixa (EDB/colonoscopia) devem ser claras, principalmente sobre o preparo intestinal. Um preparo intestinal inadequado é um grande impedimento para a EDB, causando ansiedade no paciente, remarcação do exame, reexposição a sedativos e a riscos inerentes ao procedimento⁷.

O acompanhamento pós-endoscopia deve ocorrer na sala de recuperação pós-anestésica, mantendo-se o controle dos sinais vitais, por meio de monitorização e, se necessárias, serem efetivadas ações conforme protocolos institucionais, anotar os procedimentos executados e liberar o paciente

apenas após avaliação criteriosa do nível de consciência e atividade motora e na presença de acompanhante¹⁰.

Porém, em muitos serviços de saúde, existe subnotificação de EA e, no setor de endoscopia, não é diferente. Tal fato dificulta o estudo e a análise dos eventos que podem resultar em erros e danos aos pacientes. Diante desse cenário, surgiu a necessidade de desenvolver, validar e aplicar um *checklist* de cirurgia segura específico para procedimentos endoscópicos em via alta ou via baixa.

OBJETIVOS

Adaptar o *Checklist* de Cirurgia Segura proposto pela OMS para ser utilizado em procedimentos de endoscopia do sistema digestório;

Validar o *Checklist* de Cirurgia Segura, por meio de um grupo de juízes especialistas em endoscopia;

Aplicar o *checklist* adaptado em centro de endoscopia situado no Vale do Paraíba, interior do estado de São Paulo, Brasil.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Para que o estudo ocorresse, o projeto foi aprovado pelo responsável legal da clínica e pelos gestores das áreas envolvidas. Após as devidas autorizações, foi submetido à apreciação e à aprovação do Sistema de Gestão de Projetos de Pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil (CAAE 1350.1219.6.0000.0071 e Parecer nº 3.352.290), de acordo com as normas e os preceitos éticos estabelecidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi aplicado aos juízes que validaram o *checklist* adaptado (fase 2 da pesquisa) e aos pacientes elegíveis para fazerem parte da amostra (fase 3 da pesquisa).

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo misto (metodológico e de campo), prospectivo, com análise quantitativa dos dados, realizado em três fases: adaptação do *Checklist* de Cirurgia Segura, validação do *checklist* por um grupo de juízes e aplicação do *checklist* adaptado em um centro de endoscopia.

Local do estudo

O presente estudo ocorreu em uma clínica de endoscopia situada na cidade de Taubaté, no Vale do Paraíba, interior do estado de São Paulo, Brasil. Na clínica de 900 m², realizam-se, em média, 3 mil atendimentos multidisciplinares por mês, em 14 especialidades, incluindo psicoterapia, nutrição e fisioterapia respiratória. A equipe compõe-se de 23 colaboradores diretos, três estagiários, dois temporários e 36 médicos.

O foco é a especialidade em moléstias do aparelho digestório; o paciente é atendido e encaminhado para cirurgias em hospitais parceiros; grande parte das cirurgias são bariátricas. Para auxiliar nos diagnósticos, são feitas, em média, 400 endoscopias digestivas altas (EDAs — endoscopias), endoscopia digestiva baixa (EDBs — colonoscopias), manometria esofágica, phmetria esofágica, bioimpedância, punção aspirativa por agulha fina (PAAF), teste de hidrogênio expirado e teste ergométrico.

A clínica possui certificação internacional da *Surgical Review Corporation* (SRC), da qual o *chief executive officer*, ou CEO, conquistou o selo Cirurgião de Excelência. Em outubro de 2017, recebeu certificação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) nível 1, sendo a primeira nesse segmento a conquistar tal certificação na região do Vale do Paraíba.

Instrumentos e operacionalização da coleta dos dados

Neste estudo, foram utilizados três instrumentos: um adaptado, um para validação e o terceiro validado e aplicado na prática. O instrumento de validação do *checklist* pelos juízes é composto por caracterização (número do juiz, idade, sexo, formação, tempo de formação e titulação) e avaliação dos tópicos do *checklist* quanto a conteúdo, estrutura e apresentação, relevância e sugestões.

O segundo instrumento foi utilizado na terceira fase da coleta de dados, com pacientes submetidos à endoscopia, depois da adaptação e da validação do *checklist* pelos juízes, e composto por duas partes: caracterização da amostra (sexo, idade, comorbidades, uso de medicamentos, procedimentos anteriores, tipo de anestesia, procedimento realizado e duração do procedimento) e *checklist* adaptado, que é constituído de *sign in*, *timeout* e *sign out*, segundo recomendação da OMS (Apêndice).

A coleta dos dados deu-se em três fases:

- Fase 1. Adaptação do *Checklist* de Cirurgia Segura, que incluiu a confecção do *checklist*, conforme modelo proposto pela OMS, além do levantamento bibliográfico

sobre o tema, levando em consideração a participação da pesquisadora, contribuindo com a experiência na assistência aos pacientes submetidos à EDA e à EDB. O *checklist* adaptado foi desenvolvido com as seguintes recomendações da própria OMS: clareza, fundamentação teórica das etapas e fácil compreensão.

- Fase 2. Validação do *checklist* por um grupo de juízes especialistas. Os juízes foram responsáveis por validar os itens conforme o grau de importância e relevância, ou seja, analisar o conteúdo do *checklist* e propor adequações dos itens que julgassem necessários. O grupo de juízes foi composto por sete especialistas: duas enfermeiras com experiência mínima de dois anos em endoscopia, dois médicos endoscopistas, dois médicos anestesio-logistas e uma enfermeira especialista em qualidade e segurança do paciente. A escolha de um número ímpar de profissionais especialistas visou permitir critério de desempate nas avaliações de cada categoria. O grau de concordância mínimo foi de 80% para cada um dos itens avaliados. Foi utilizada escala do tipo Likert de quatro pontos: 1 (inadequado), 2 (parcialmente adequado), 3 (adequado) e 4 (totalmente adequado). A abordagem aos juízes foi feita primeiramente via correio eletrônico (*e-mail*), contendo a descrição do projeto, sua finalidade e importância. Com o aceite em participar do estudo e a assinatura do TCLE, cada juiz devolveu uma cópia por *e-mail* em PDF e o formato original, via correios, por meio do Serviço de Encomenda Expressa Nacional (Sedex). Depois da avaliação dos juízes, foram incorporadas no *checklist* as sugestões propostas:
- Fase 3. Aplicação do *checklist* adaptado (Apêndice). Validado o *checklist* adaptado, denominado *Checklist* de Segurança do Paciente em Procedimentos Endoscópicos, o instrumento foi aplicado, pela pesquisadora, no centro de endoscopia descrito, aos pacientes submetidos à EDA e à EDB em caráter eletivo e que aceitaram participar da pesquisa, mediante leitura e assinatura do TCLE.

Amostra

A amostra, da terceira fase da pesquisa, constituiu de 59 pacientes submetidos à EDA e à EDB em dezembro de 2019, tendo como critérios de inclusão: pacientes adultos (≥ 18 anos) de ambos os sexos submetidos à EDA e à EDB, em caráter eletivo, e, como critério de exclusão, pacientes submetidos a exames em regime de urgência.

Procedimentos estatísticos

A análise estatística dos dados foi realizada por profissionais, sendo feitos os cálculos de validação do *checklist* por juízes especialistas, considerando-se o nível de concordância de 80% em cada um dos itens analisados.

Os dados de caracterização dos pacientes foram descritos por meio de frequências absolutas e porcentagens, no caso de variáveis categóricas, ou por médias e desvios-padrão ou medianas e quartis, além dos valores mínimos e máximos, no caso de variáveis numéricas. As distribuições das variáveis numéricas serão estudadas por meio de gráficos de histogramas e *boxplots*.

O perfil de adesão ao *checklist* foi descrito por tipo de procedimento (EDA ou EDB) em cada fase (*sign in*, *timeout* e *sign out*) e os dados analisados com auxílio do programa SPSS, cujos resultados foram apresentados na forma de tabelas e gráficos, em números absolutos e percentuais e expressos por média e desvio-padrão (máximo, mínimo), considerando-se o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Adaptação do *checklist* de cirurgia segura para procedimentos endoscópicos

O *checklist* foi adaptado conforme a realidade do centro de endoscopia no qual se deu a pesquisa, sendo necessárias as alterações que constam no Quadro 1.

Além das adequações nas três etapas do *checklist*, foram incluídos os seguintes itens:

- Paciente com acompanhante; se não estiver acompanhado, o exame será suspenso;
- Retirados adornos e próteses;
- Preparo realizado adequadamente (jejum e/ou preparo intestinal);
- Avaliação do cardiologista (>65 anos);
- Triagem para pacientes de risco, conforme protocolo (colonoscopia ≥ 65 anos);
- Avaliação da história no prontuário e com o paciente;

Quadro 1. Comparativo do *Checklist* de Cirurgia Segura proposto pela Organização Mundial da Saúde com o *checklist* adaptado para procedimentos endoscópicos.

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica <i>Checklist</i> de Cirurgia Segura (OMS)	<i>Checklist</i> de Segurança do Paciente em Procedimentos Endoscópicos adaptado (Belania Luz e Rachel Carvalho)
Antes da indução anestésica	Antes do procedimento
Identidade	Nome e data de nascimento do paciente (etiqueta de identificação)
Sítio cirúrgico	Retirado (não se aplica à EDA e à EDB)
Procedimento	Confirmado exame a ser realizado
Consentimento	Termo de consentimento esclarecido e assinado
Sítio demarcado / não se aplica	Retirado (não se aplica à EDA e à EDB)
Oxímetro de pulso no paciente e em funcionamento	Retirado desse momento Incluído como monitorização com oximetria de pulso no momento (durante o procedimento)
Via aérea difícil / risco de aspiração	Retirado (não se aplica à EDA e à EDB)
Risco de perda sanguínea	Retirado (não se aplica à EDA e à EDB)
Antes da incisão	Durante o procedimento endoscópico
Antes de o paciente sair da sala de operações	Pós-endoscopia
Nome do procedimento registrado	Anotação completa no prontuário
Contagens de instrumentais, compressas e agulhas estão corretas / não se aplica	Retirado (não se aplica à EDA e à EDB)
Amostra para anatomia patológica identificada (incluído o nome do paciente)	Frasco de biópsia retirado e armazenado
Algum problema com equipamento a ser resolvido	Retirado
Cirurgião, anesthesiologista e equipe de enfermagem revisam preocupações essenciais à recuperação e ao manejo do paciente	Retirado

OMS: Organização Mundial da Saúde; EDA: endoscopia digestiva alta; EDB: endoscopia digestiva baixa.

- Aspirado sedativo, conforme protocolo institucional, com identificação de alerta na seringa (medicação de alta vigilância);
- Instalação de acesso venoso, conforme exame.

Alguns sinais de alerta foram abordados, destacados da seguinte forma:

- Atenção:
 - Sala posicionada e reposição de material;
 - PA (PAS \geq 200 mmHg ou PAD \geq 100 mmHg);
 - Temperatura axilar (Tax \geq 37,8 °C);
 - Frequência respiratória (dispneia);
 - Todos os equipamentos testados.

Foram retirados todos os itens relacionados à segunda etapa *timeout*/antes da incisão, adaptados para:

- Monitorização com oximetria de pulso;
- Suplementação com cateter de oxigênio a 3 L/min;
- Identificação em frasco de biópsia;
- Checagem de insuflação e aspiração do aparelho endoscópico;
- Eventos críticos previstos:
 - Prejuízo no padrão de respiração (obesos);
 - Náuseas e vômitos (posicionamento do paciente);
 - Risco de queda ao retirar paciente da maca.

Na terceira etapa (*sign out*), incluíram-se os itens a seguir:

- Controle dos sinais vitais;
- Orientar quanto aos cuidados pós-procedimento, explicar e entregar por escrito, na presença do acompanhante;
- Orientação de alta.

Avaliação pelos juízes do *checklist* de segurança do paciente em procedimentos endoscópicos

O grupo de juízes foi composto por sete especialistas: duas enfermeiras, dois médicos endoscopistas, dois médicos anestesiológicos e uma enfermeira especialista em qualidade e segurança do paciente. Optou-se por profissionais com vínculos empregatícios em centros e clínicas e que conhecem a realidade encontrada no interior do estado, onde muitas vezes a segurança do paciente é intuitiva e empírica.

Os juízes foram de ambos os sexos, quatro masculinos e três femininos, na faixa etária de 37 a 70 anos, sendo dois mestres e um doutor atuantes na área de ensino; os demais tinham título de especialista. O menor tempo de experiência em endoscopia de um dos juízes era de quatro anos e o

tempo de formação, entre 10 e 40 anos. Cinco especialistas atuavam em pequenos centros de endoscopia na região do Vale de Paraíba, um trabalhava em cidade do interior do Rio de Janeiro e um na cidade de Fortaleza (CE).

Para avaliar o instrumento, foi utilizada uma escala do tipo Likert de quatro pontos, sendo: 1 (inadequado), 2 (parcialmente adequado), 3 (adequado) e 4 (totalmente adequado). O instrumento foi avaliado quanto a conteúdo, estrutura, apresentação e relevância. Na Tabela 1, são apresentados os resultados obtidos pela avaliação dos juízes em cada um dos itens. Todos os itens apresentaram concordância dos juízes, com adequação dos itens avaliados superior 80%.

Os sete juízes atribuíram pontos 3 e 4 (adequado e totalmente adequado) a todos os itens de cada um dos critérios que avaliaram. Não houve, por parte dos juízes, nenhuma pontuação 1 ou 2 (inadequado ou parcialmente adequado), desta forma, houve concordância superior a 80% em todos os itens avaliados.

Os juízes fizeram algumas sugestões em relação às descrições dos itens analisados, as quais foram prontamente acatadas, com o acréscimo de informações importantes para o *checklist*:

- Retirados adornos e próteses: sugestão para acrescentar o tipo de prótese:
 - Revisado: retirados adornos e próteses (dentárias).
- Avaliação do cardiologista (>65 anos): sugestão para inclusão de histórico de doenças e peso.
 - Revisado: avaliação do cardiologista (>65 anos) ou conforme necessidade (comorbidades, índice de massa corpórea (IMC) igual ou superior a 35 kg/m²).
- Triagem para pacientes de risco conforme protocolo (colonoscopia \geq 65 anos): sugestão para acrescentar conforme necessidade.
 - Revisado: triagem para pacientes de risco conforme protocolo (colonoscopia \geq 65 anos) ou conforme necessidade (comorbidades, IMC igual ou superior a 35 kg/m² e pacientes especiais).

A amostra foi composta por 59 pacientes submetidos a endoscopia e colonoscopia no centro sede da pesquisa, sendo a maioria (64,4%) mulheres. A idade dos pacientes variou de 25 a 68 anos, com média de 46 anos e desvio-padrão de 10 anos; a maioria (56,9%) não apresentava comorbidades e utilizava medicamentos (51,7%), enquanto a grande maioria (91,4%) já tinha realizado cirurgias anteriormente. Todos os pacientes foram submetidos à sedação e a maioria deles (66,1%), à endoscopia (Tabela 2).

Tabela 1. Avaliação pelos juízes do *checklist* adaptado para procedimentos endoscópicos.

Avaliação dos juízes	Número	Porcentagem (%)
Conteúdo		
As informações/conteúdo são ou estão coerentes com as necessidades do público-alvo.		
Inadequado	0	0,0
Parcialmente adequado	0	0,0
Adequado	6	85,7
Totalmente adequado	1	14,3
As informações/conteúdo são importantes para segurança em procedimentos endoscópicos do público-alvo.		
Inadequado	0	0,0
Parcialmente adequado	0	0,0
Adequado	0	0,0
Totalmente adequado	7	100,0
O <i>checklist</i> auxilia da realização de um procedimento mais seguro.		
Inadequado	0	0,0
Parcialmente adequado	0	0,0
Adequado	0	0,0
Totalmente adequado	7	100,0
O <i>checklist</i> está apto para colaborar no meio científico.		
Inadequado	0	0,0
Parcialmente adequado	0	0,0
Adequado	0	0,0
Totalmente adequado	7	100,0
O <i>checklist</i> atende aos objetivos de instituições que prestam assistência ao público-alvo.		
Inadequado	0	0,0
Parcialmente adequado	0	0,0
Adequado	0	0,0
Totalmente adequado	7	100,0
Estrutura e apresentação		
O <i>checklist</i> é apropriado para o público-alvo.		
Inadequado	0	0,0
Parcialmente adequado	0	0,0
Adequado	0	0,0
Totalmente adequado	7	100,0
Os itens estão apresentados de maneira clara e objetiva.		
Inadequado	0	0,0
Parcialmente adequado	0	0,0
Adequado	1	14,3
Totalmente adequado	6	85,7
As informações estão cientificamente corretas.		
Inadequado	0	0,0
Parcialmente adequado	0	0,0
Adequado	1	14,3
Totalmente adequado	6	85,7

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Avaliação dos juízes	Número	Porcentagem (%)
Há sequência lógica dos itens propostos.		
Inadequado	0	0,0
Parcialmente adequado	0	0,0
Adequado	1	14,3
Totalmente adequado	6	85,7
Os itens estão bem estruturados em concordância e ortografia.		
Inadequado	0	0,0
Parcialmente adequado	0	0,0
Adequado	1	14,3
Totalmente adequado	6	85,7
O estilo da redação está coerente com a proposta do <i>checklist</i> .		
Inadequado	0	0,0
Parcialmente adequado	0	0,0
Adequado	1	14,3
Totalmente adequado	6	85,7
As informações são coerentes.		
Inadequado	0	0,0
Parcialmente adequado	0	0,0
Adequado	0	0,0
Totalmente adequado	7	100,0
A apresentação geral está adequada.		
Inadequado	0	0,0
Parcialmente adequado	0	0,0
Adequado	1	14,3
Totalmente adequado	6	85,7
Relevância		
Prioriza as principais informações para aplicação do <i>checklist</i> .		
Inadequado	0	0,0
Parcialmente adequado	0	0,0
Adequado	1	14,3
Totalmente adequado	6	85,7
Permite que o <i>checklist</i> seja aplicado em outras realidades.		
Inadequado	0	0,0
Parcialmente adequado	1	14,3
Adequado	0	0,0
Totalmente adequado	6	85,7
O conteúdo do <i>checklist</i> é necessário para segurança do público-alvo.		
Inadequado	0	0,0
Parcialmente adequado	0	0,0
Adequado	1	14,3
Totalmente adequado	6	85,7
O <i>checklist</i> está adequado para ser aplicado por profissionais ao público-alvo.		
Inadequado	0	0,0
Parcialmente adequado	0	0,0
Adequado	1	14,3
Totalmente adequado	6	85,7

Tabela 2. Caracterização dos pacientes que compuseram a amostra.

Variável	n	%
Sexo (n=59)		
Feminino	38	64,4
Masculino	21	35,6
Comorbidades (n=58)		
Sim	25	43,1
Não	33	56,9
Uso de medicamentos (n=58)		
Sim	30	51,7
Não	28	48,3
Cirurgias anteriores (n=58)		
Sim	53	91,4
Não	5	8,6
Tipo de anestesia (n=59)		
Sedação	59	100,0
Procedimento realizado (n=59)		
Endoscopia	39	66,1
Colonoscopia	13	22,0
Endoscopia+colonoscopia	07	11,9
Idade — anos (n=59)		
Média e desvio-padrão	46	10
Mínimo e máximo	25	68
Mediana e intervalo interquartilico	46	16

Aplicação e avaliação do *checklist* de segurança do paciente em procedimentos endoscópicos

O *checklist* adaptado para procedimentos endoscópicos possui três momentos de aplicação: antes, durante e depois do exame, respectivamente, *sign in*, *timeout* e *sign out*.

Em relação aos itens aplicados antes do exame, houve adesão ao *checklist* na maioria dos itens analisados para os três tipos de procedimentos (Tabela 3).

Os itens aplicados durante o procedimento/*timeout* (segundo momento do *checklist*) também apresentaram boa adesão para os três tipos de procedimentos (Tabela 4).

Todos os itens aplicados depois do procedimento/*sign out* (terceiro momento do *checklist*) apresentaram altas taxas de adesão para todos os tipos de procedimentos (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Existem diversos estudos sobre adaptação e implementação do *Checklist* de Cirurgia Segura em hospitais, porém seu

desenvolvimento e aplicação visando nortear a segurança do paciente específico em procedimentos endoscópicos ainda são raros na literatura, principalmente quando se consideram pequenos centros e clínicas.

A falta de notificação é preocupante, porque não se sabe ao certo a dimensão dos “erros” relacionados aos procedimentos endoscópicos, pois a cultura da notificação ainda é um paradigma a ser quebrado, como também o fato de as instituições de saúde estarem preparadas para tratar dessas notificações, pois, muitas vezes, não levam a mudanças positivas¹¹.

Procedimentos endoscópicos são invasivos, que permitem visualizar órgãos e cavidades do corpo, por meio de um aparelho endoscópio, cuja finalidade é o diagnóstico e procedimentos terapêuticos⁹.

Embora procedimentos de endoscopia sob sedação sejam considerados simples e seguros, riscos existem¹². Pesquisa demonstra que o uso do *Checklist* de Cirurgia Segura proposto pela OMS é uma prática que pode contribuir para reduzir erros, pois diminui a dependência da memória e da intuição, além de ter custo baixo para os serviços de saúde¹³.

Em estudos no Canadá, nos EUA e na Ásia, os autores demonstraram queda nas taxas de complicações de 11 para 7 e mortalidade em cirurgias de grande porte no perioperatório de 1,5 para 0,8, desde o início da utilização do *checklist*¹⁴. Em pesquisa na Colômbia, os autores descreveram redução de eventos adversos de 7,26 para 3,29 em um hospital geral do país¹⁵.

Diante disso e mediante levantamento bibliográfico e particularidades do centro de endoscopia no qual foi implantado, decidiu-se por adaptar e aplicar o *Checklist* de Cirurgia Segura para uso em procedimentos de endoscopia do sistema digestório, considerando-o instrumento que auxilia os profissionais a verificarem pontos cruciais na linha do cuidar e colabora para minimizar riscos nesses procedimentos.

Vale ressaltar que a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS não tem a intenção de ser abrangente, assim, a OMS incentiva a adaptação conforme a necessidade e as particularidades da instituição de saúde^{5,16}.

Na segunda fase desta pesquisa, validou-se o conteúdo, pelos sete juízes, do *checklist* adaptado. Para que o instrumento fosse validado, os itens descritos teriam de ter 80 de concordância dos juízes, assim como considerado em estudo da Universidade Estadual de Campinas. Os autores indicam que, se num estudo constarem seis ou mais juízes, recomenda-se taxa de concordância superior a 78^{16,17}.

Tabela 3. Taxa de adesão ao *checklist* no primeiro momento (*sign in*/antes do procedimento).

Itens do <i>checklist</i>	Endoscopia		Colonoscopia		Endoscopia + colonoscopia	
	n	%	n	%	n	%
Paciente com acompanhante; se "não", o exame será suspenso (n=58).						
Sim	38	100,0	13	100,0	07	100,0
Não	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Não se aplica	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Retirados adornos e próteses dentárias.						
Sim	28	71,8	05	38,5	05	71,4
Não	02	5,1	03	23,1	00	0,0
Não se aplica	09	23,1	05	38,5	02	28,6
Nome e data de nascimento do paciente correspondem com os da etiqueta de identificação.						
Sim	39	100,0	13	100,0	07	100,0
Não	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Não se aplica	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Confirmado exame a ser realizado.						
Sim	39	100,0	13	100,0	07	100,0
Não	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Não se aplica	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Preparo realizado adequadamente (jejum e/ou preparo intestinal).						
Sim	39	100,0	13	100,0	07	100,0
Não	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Não se aplica	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Avaliação do cardiologista (>65 anos ou conforme necessidade (comorbidades, IMC igual ou superior a 35 kg/m ²))						
Sim	05	12,8	00	0,0	01	14,3
Não	01	2,6	00	0,0	00	0,0
Não se aplica	33	84,6	13	100,0	06	85,7
Triagem para pacientes de risco conforme protocolo (colonoscopia ≥65 anos) ou conforme necessidade (comorbidades, IMC igual ou superior a 35 kg/m ² e pacientes especiais).						
Sim	04	10,3	00	0,0	01	14,3
Não	00	0,0	00	0,0	01	14,3
Não se aplica	35	89,7	13	100,0	05	71,4
Avaliação da história no prontuário e com o paciente.						
Sim	38	97,4	13	100,0	07	100,0
Não	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Não se aplica	01	2,6	00	0,0	00	0,0
Risco de queda elevado (bengala, claudicação).						
Sim	05	12,8	00	0,0	01	14,3
Não	21	53,8	09	69,2	04	57,1
Não se aplica	13	33,3	04	30,8	02	28,6
Termo de consentimento esclarecido e assinado.						
Sim	38	100,0	13	100,0	07	100,0
Não	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Não se aplica	00	0,0	00	0,0	00	0,0

Continua...

Tabela 3. Continuação.

Itens do <i>checklist</i>	Endoscopia		Colonoscopia		Endoscopia + colonoscopia	
	n	%	n	%	n	%
Alergia conhecida.						
Sim	11	28,2	03	23,1	04	57,1
Não	28	71,8	09	69,2	03	42,9
Não se aplica	00	0,0	01	7,7	00	0,0
Aspirada medicação conforme protocolo institucional, com identificação de alerta na seringa (medicação de alta vigilância).						
Sim	39	100,0	13	100,0	07	100,0
Não	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Não se aplica	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Instalação de acesso venoso conforme exame.						
Sim	39	100,0	13	100,0	07	100,0
Não	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Não se aplica	00	0,0	00	0,0	00	0,0

Tabela 4. Taxa de adesão ao *checklist* no segundo momento (*timeout*/durante o procedimento).

Itens do <i>checklist</i>	Endoscopia		Colonoscopia		Endoscopia + colonoscopia	
	n	%	n	%	n	%
Monitorização com oximetria de pulso.						
Sim	39	100,0	13	100,0	07	100,0
Não	00	0,0	0	0,0	00	0,0
Não se aplica	00	0,0	0	0,0	00	0,0
Suplementação com cateter de oxigênio a 3 L/min.						
Sim	25	64,1	11	84,6	07	100,0
Não	14	35,9	02	15,4	00	0,0
Não se aplica	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Identificação em frasco de biópsia.						
Sim	39	100,0	13	100,0	07	100,0
Não	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Não se aplica	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Checagem de insuflação e aspiração do aparelho endoscópico.						
Sim	38	97,4	13	100,0	07	100,0
Não	01	2,6	00	0,0	00	0,0
Não se aplica	00	0,0	00	0,0	00	0,0

Na literatura, não encontramos recomendações de um número exato de juizes, que pode variar conforme o estudo, porém recomenda-se que sejam especialistas no assunto do tema abordado^{17,18} e em número ímpar, de modo a proporcionar desempate de opiniões, caso seja necessário.

Nesta pesquisa, optou-se pelo envio do material aos juizes por meio eletrônico, exceto para dois deles, que o preferiram por meio impresso.

Em relação à devolução do instrumento, o prazo foi de 15 dias, contando da data do recebimento do questionário. Todos os juizes retornaram no prazo estipulado pela pesquisadora. Determinar uma data para devolução auxilia no gerenciamento do projeto e é recomendado por pesquisadores.

O *checklist* adaptado, denominado *Checklist* de Segurança do Paciente em Procedimentos Endoscópicos, foi validado

Tabela 5. Taxa de adesão ao *checklist* no terceiro momento (*sign out*/depois do procedimento).

Item do checklist	Endoscopia		Colonoscopia		Endoscopia + colonoscopia	
	n	%	n	%	n	%
Anotação completa no prontuário.						
Sim	38	97,4	13	100,0	07	100,0
Não	01	2,6	00	0,0	00	0,0
Não se aplica	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Frasco de biópsia retirado e armazenado.						
Sim	39	100,0	13	100,0	07	100,0
Não	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Não se aplica	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Controle dos sinais vitais.						
Sim	39	100,0	13	100,0	07	100,0
Não	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Não se aplica	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Orientar quanto aos cuidados pós-procedimento, explicar e entregar por escrito, na presença do acompanhante.						
Sim	39	100,0	13	100,0	07	100,0
Não	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Não se aplica	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Orientação de alta.						
Sim	39	100,0	13	100,0	07	100,0
Não	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Não se aplica	00	0,0	00	0,0	00	0,0

na primeira rodada. No somatório dos valores adequado e totalmente adequado, a análise estatística comprovou que todos os itens atingiram percentuais acima de 80, demonstrando alto índice de aprovação e possibilitando manter os itens e seguir para a terceira etapa da pesquisa.

A implementação de um instrumento novo, como o *checklist*, envolve mudanças em todo o processo do cuidar e também no comportamento de toda a equipe envolvida^{19,20}, entretanto, a imposição das instituições para aplicação dos protocolos não é suficiente; é importante que os profissionais envolvidos entendam a magnitude do processo para que aceitem o novo e o introduzam em sua prática diária⁶.

A ferramenta foi aplicada pela própria pesquisadora em 59 procedimentos endoscópicos na clínica sede do estudo. Dentre os pacientes que compuseram a amostra, houve prevalência do sexo feminino, com idade média de 46 anos, em congruência com o estudo de uma pesquisadora brasileira no estado de Minas Gerais, que reportou que 56,7% dos sujeitos de sua pesquisa eram mulheres, podendo demonstrar maior procura pelos serviços de saúde por essa população^{21,22}.

Considerando-se o preenchimento completo do *Checklist* de Cirurgia Segura, destacou-se uma pesquisa no Canadá, onde houve grande adesão ao seu preenchimento, com valores próximos a 97^{21,22}.

Importa ressaltar que é indispensável avaliação periódica da adesão ao *checklist*, investimento em ações voltadas para segurança do paciente e disponibilidade de um sistema organizacional que possa prover uma estrutura capaz de dar continuidade a esses processos.

Salienta-se ainda a necessidade de utilizar os indicadores para que se observe a efetividade do *checklist* e, por meio desse processo, demonstrar a real importância da adesão ao *Checklist* de Segurança do Paciente em Procedimentos Endoscópicos, que se caracteriza pela redução dos erros nos procedimentos de EDA e EDB.

Limitação do estudo

Pode-se destacar como limitação do estudo a aplicação em um único centro de endoscopia, desta forma, novos estudos sobre aplicabilidade do *checklist* aqui construído e validado podem e devem ser realizados.

Contribuições para a área

Na literatura, pouco se encontra sobre cuidados, eventos e incidentes em procedimentos endoscópicos, porém o olhar para esse setor não pode ser diferente dos outros, quando se leva em consideração a segurança do paciente. Diante da complexidade das atividades desenvolvidas pela equipe responsável pelo atendimento dos pacientes que se submeterão à endoscopia e à colonoscopia, este estudo visou colaborar de forma contundente para que o setor de endoscopia ofereça mais segurança e qualidade ao público-alvo. Além disso, o *checklist* aqui adaptado, validado e implantado pode ser aplicado em quaisquer centros de endoscopia, sejam eles clínicas ou hospitais, onde são oferecidas tais intervenções.

CONCLUSÃO

A adaptação do *Checklist* de Cirurgia Segura proposto pela OMS embasou-se na literatura, mediante verificação da necessidade de aplicabilidade em procedimentos de endoscopia digestiva. Denominado *Checklist* de Segurança do Paciente em Procedimentos Endoscópicos, foi aplicado nos três momentos (*sign in*/antes, *timeout*/durante e *sign out*/depois do procedimento) e houve alterações de itens, com eliminação, acréscimo e complementação de informações específicas para os procedimentos.

O *checklist* adaptado foi validado por sete juízes especialistas (enfermeiros, médicos endoscopistas e médicos anestesiológicos), cujo grau de concordância foi superior a 80 em cada um dos itens avaliados, demonstrando adequação

do instrumento quanto a conteúdo, estrutura, apresentação e relevância.

O *checklist* adaptado foi aplicado a 59 pacientes submetidos à EDA e à EDB, demonstrando ótimo grau de adesão nos três momentos do *checklist* (antes, durante e depois do procedimento).

O *checklist* adaptado e validado é aplicado no centro de endoscopia onde ocorreu o estudo. Sugere-se que tal *checklist* seja objeto de novos estudos depois de sua inserção no serviço, podendo ser comparados os resultados anteriores e posteriores à sua aplicação. Tal processo poderá contribuir para uma análise fidedigna dos resultados, demonstrando melhorias na qualidade do serviço prestado e na segurança dos pacientes submetidos a endoscopias e colonoscopias.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Nenhuma.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

RC: Administração do projeto, Análise formal, Metodologia, Redação – revisão e edição, Supervisão, Validação, Visualização. BRL: Conceituação, Curadoria dos dados, Investigação, Metodologia, Redação – rascunho original, Validação.

REFERÊNCIAS

1. Kohn LY, Corrigan JM. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000.
2. Sousa AOB, Sousa BRB, Santos MWB, Negreiros RV, Fonseca ENR, Ferreira MA, et al. O processo de acreditação hospitalar como ferramenta para a gestão da qualidade: como ele acontece? Res Soc Dev. 2023;12(3):e2012340431. <https://doi.org/10.333448/rsd-v12i3.40431>
3. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Diretrizes de práticas em enfermagem perioperatória e processamento de produtos para saúde. 8ª ed. São Paulo: SOBECC; 2021.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 36, de 25 de Julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2013.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Pan-Americana da Saúde; 2009.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 6, de 10 de Março de 2013. Dispõe sobre os

requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de endoscopia com via de acesso ao organismo por orifícios exclusivamente naturais. Brasília: Diário Oficial da União; 2013.

7. ASGE Endoscopy Unit Quality Indicator Taskforce, Day LW, Cohen J, Greenwald D, Petersen BT, Schlossberg NS, et al. Quality indicators for gastrointestinal endoscopy units. *VideoGIE*. 2017;2(6):119-40. <https://doi.org/10.1016/j.vgie.2017.02.007>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de limpeza e desinfecção de aparelhos endoscópicos [Internet]. SOBEEG; c2005-2006 [acesso em 26 out. 2020]. Disponível em: https://controllab.com/pdf/sobeeg_manual.pdf
9. Selhorst ISB, Bub MBC, Girondi JBR. Protocolo de acolhimento e acolhimento e atenção para usuários submetidos a endoscopia digestiva alta e seus acompanhantes. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(4):575-80. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670412>
10. Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva. Normas de avaliação e garantia da qualidade da endoscopia digestiva em Portugal [Internet]. Lisboa: SPED; 2009 [acesso em 26 out. 2020]. Disponível em: https://www.sped.pt/images/Publicacoes_SPED/SPED_20110525152342_Normas_de_Qualidade_em_Endoscopia_Digestiva.pdf
11. Santos EFP, Medeiros RLSFM, Silva ML, Caldas NS, Oliveira GS. Impactos da não adesão dos protocolos de cirurgia segura. *Rev ft Ciências da Saúde*. 2024;28(133). <https://doi.org/10.5281/zenodo.10917567>
12. Fanning RM. Monitoring during sedation given by non-anaesthetic doctors. *Anaesthesia*. 2008;63(4):370-4. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2007.05378.x>
13. Alpendre FT, Cruz EDA, Dyniewicz AM, Montovani MF, Silva AEBC, Santos GS. Cirurgia segura: validação de checklist pré e pós-operatório. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2907. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1854.2907>
14. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360(5):491-9. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0810119>
15. Collazos C, Bermudez L, Quintero LE, Quintero A, Díaz MM. Checklist verification for surgery safety from the patient's perspective. *Rev Colomb Anestesiol*. 2013;41(2):109-13. <https://doi.org/10.1016/j.rca.2013.01.001>
16. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3061-8. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
17. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*. 1986;35(6):382-5. PMID: 3640358.
18. Rabêlo PPC, Prazeres PN, Bezerra TC, Santos DJLC, Moura NAV, D'Eça Júnior A. Enfermagem e a aplicação da lista de cirurgia segura: uma revisão integrativa. *Rev SOBECC* 2022;29:E2227856. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202227856>
19. Pacheco AF, Felix MMS, Pires PS, Barichello E, De Mattia AL, Barbosa MH. Validação de um checklist de segurança do paciente para procedimentos radiológicos em hemodinâmica. *Rev Bras Enferm* 2022;75(6):e20210011. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0011>
20. Falcão AS, Rabelo PPC, Santos DJLC, D'Eça Júnior A, Rolim ILTP, Moura NAV. Adesão ao preenchimento do checklist de cirurgias seguras oftalmológicas. *Rev SOBECC*. 2024;29:E2429985. <https://doi.org/10.5327/Z1414-442520242998520>
21. Manrique BT, Soler LM, Bonmati AN, Montesinos MJL, Rohe FP. Segurança do paciente no centro cirúrgico e qualidade documental relacionadas à infecção cirúrgica e à hospitalização. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(4):355-60. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500060>
22. Almeida RE, Rodrigues MCS. Execução da lista de verificação de segurança cirúrgica em operações pediátricas: avaliação da conformidade. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(esp):e20180270. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180270>

Apêndice. Checklist de Segurança do Paciente em Procedimentos Endoscópicos (Belania Luz e Rachel Carvalho)

Antes do exame endoscópico	Sim	Não	Não se aplica	Observação
Paciente com acompanhante (se “não”, o exame será suspenso)				
Retirados adornos e próteses (dentária)				
Nome e data de nascimento do paciente, correspondem com a etiqueta de identificação				
Confirmado exame a ser realizado				
Preparo realizado adequadamente (jejum e/ou preparo intestinal)				
Avaliação do cardiologista (maiores de 65 anos), ou conforme necessidade (comorbidades, IMC igual ou superior a 35 Kg/m ²)				
Triagem para pacientes de risco conforme protocolo (colonoscopia ≥ 65 anos), ou conforme necessidade (comorbidades, IMC igual ou superior a 35 Kg/m ² e pacientes especiais)				
Avaliação da história no prontuário e com paciente				
Risco de queda elevado (bengala, claudicação)				
Termo de consentimento esclarecido e assinado				
Alergia conhecida				
Aspirado sedativo conforme protocolo institucional com identificação de alerta na seringa (medicação de alta vigilância)				
Instalação de acesso venoso conforme exame				
Atenção:				
<ul style="list-style-type: none"> • Sala posicionada e reposição de material • PA (PAS ≥ 200 mmHg ou PAD ≥ 100 mmHg) • Temperatura axilar (Tax ≥ 37,8°C) • Frequência respiratória (dispneia) • Todos equipamentos testados 				
Durante o exame endoscópico	Sim	Não	Não se aplica	Observação
Monitorização com oximetria de pulso				
Suplementação com cateter de oxigênio a 3L/min				
Identificação em frasco de biópsia				
Checgagem de insuflação e aspiração do aparelho endoscópico				
Eventos críticos previstos:				
<ul style="list-style-type: none"> • Prejuízo no padrão de respiração (obesos) • Náuseas, vômitos (posicionamento do paciente) • Risco de queda ao retirar paciente da maca 				
Pós exame endoscópico	Sim	Não	Não se aplica	Observação
Anotação completa no prontuário				
Frasco de biópsia retirado e armazenado				
Controle dos sinais vitais				
Orientado quanto aos cuidados pós procedimentos, explicar e entregar por escrito (na presença do acompanhante)				
Orientação de alta				
Legenda: PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; Tax: temperatura axilar				