

Vigilância pós-alta por telefone: validação e aplicação de instrumento para cirurgias vídeo-assistidas

Telephone call for post-discharge surveillance: validation and application of tool for video-assisted surgery
Vigilancia después del alta por teléfono: validación y aplicación de instrumento para la cirugía asistida por vídeo

Vanessa Aparecida Vilas-Boas¹, Paula Mingotte¹, Maria Isabel Pedreira de Freitas¹

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Campinas-SP, Brasil.

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem. Campinas-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Vilas-Boas VA, Mingotte P, Freitas MIP. Telephone call for post-discharge surveillance: validation and application of tool for video-assisted surgery. Rev Bras Enferm. 2015;68(5):617-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680519i>

Submissão: 24-01-2015 Aprovação: 13-07-2015

RESUMO

Objetivo: validar instrumento para vigilância pós-alta por contato telefônico de cirurgias vídeo-assistidas. **Método:** estudo multimétodos com elaboração, validação e aplicação de instrumento. A validação foi realizada por peritos considerando pertinência, clareza e abrangência do conteúdo, sob cálculo do índice de validade de conteúdo, sendo válidas as questões com 80% de concordância. Para aplicação do instrumento, a amostra foi composta por 68 mulheres submetidas à cirurgia vídeo-assistidas sendo realizada análise descritiva. **Resultados:** houve discordância entre peritos na primeira avaliação e o instrumento foi reformulado obtendo-se concordância na segunda avaliação. A taxa de resposta ao contato telefônico foi de 88,2% (60/68). Queixas de dor abdominal, sangramento e edema incisional foram mais frequentes. Nenhuma apresentou infecção. **Conclusão:** o instrumento foi validado, aplicado e encontra-se disponível para utilização.

Descritores: Laparoscopia; Vigilância Epidemiológica; Estudos de Validação.

ABSTRACT

Objective: to validate an instrument for post-discharge surveillance by telephone for video assisted surgeries. **Method:** a multi-method study with development, validation and application of the instrument. The validation was performed by experts considering the relevance, clarity and completeness of the contents in the calculation of the content validity index and valid questions that demonstrated 80% agreement. For the application of the instrument, the sample consisted of 68 women undergoing video-assisted surgery, and we conducted a descriptive analysis. **Results:** there was disagreement among experts in the first evaluation, and the instrument was redesigned obtaining agreement in the second evaluation. The response rate to the telephone contact was 88.2% (60/68). Complaints of abdominal pain, bleeding and incisional edema were more frequent. No patients presented with infection. **Conclusion:** the questionnaire was validated and applied and is available for use.

Key words: Laparoscopy; Epidemiological Surveillance; Validation Studies.

RESUMEN

Objetivo: validar un instrumento para la vigilancia después del alta por teléfono para la cirugía asistida por vídeo. **Método:** estudio multimétodo de desarrollo, validación y aplicación de la instrumento. La validación fue realizada por expertos que consideran la pertinencia, claridad e integridad de los contenidos, en el cálculo del índice de validez de contenido y preguntas válidas que encontró 80% de concordancia. Para la aplicación del instrumento, la muestra consistió en 68 mujeres sometidas a cirugía asistida-video y llevó a cabo un análisis descriptivo. **Resultados:** no hubo acuerdo entre los expertos en la primera evaluación y el instrumento fue rediseñado obtener un acuerdo en la segunda evaluación. La tasa de respuesta al contacto telefónico fue del 88,2% (60/68). Las quejas de dolor abdominal, hemorragia y edema incisional fueron más frecuentes. Ninguno presentó infección. **Conclusión:** el cuestionario fue validado, aplica y está disponible para su uso.

Palabras clave: Laparoscopia; Vigilancia Epidemiológica; Estudios de Validación.

AUTOR CORRESPONDENTE

Vanessa Aparecida Vilas-Boas

E-mail: vavb@unicamp.br

INTRODUÇÃO

A infecção de sítio cirúrgico (ISC) representa uma importante questão de saúde pública dentre as infecções relacionadas à assistência à saúde, por sua elevada incidência e repercussões associadas⁽¹⁻²⁾. Foi considerada como sendo a infecção mais comum e de maior custo, responsável por 70% das mortes em pacientes acometidos⁽³⁻⁴⁾. As ISC são aquelas que acometem tecidos, órgãos ou cavidades manipulados durante a cirurgia⁽²⁾ e cerca de 60% delas são preveníveis⁽³⁾. Cirurgias minimamente invasivas requerem curto tempo de hospitalização e a opção por cirurgias ambulatoriais têm aumentado. Segundo o *Centers of Diseases Control and Prevention* (CDC)⁽⁵⁾, a ocorrência de ISC deve ser monitorada não apenas durante a internação, mas também após a alta hospitalar por um período de 30 dias ou até um ano em caso de implantes. Nova definição de critérios de ISC, adotada pelo CDC⁽⁶⁾ e pelo Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) do Estado de São Paulo, Brasil⁽⁷⁾, indicam a vigilância pós alta de 30 a 90 dias para ISC incisional profunda ou de órgão ou espaço para alguns procedimentos, dentre eles, procedimentos laparoscópicos⁽⁷⁾.

Para cirurgias vídeo-assistidas, têm sido descrito riscos mais baixos de infecção do que a cirurgia aberta correspondente⁽⁸⁻⁹⁾. Entretanto, a vigilância pós-alta ainda enfrenta obstáculos de implantação em muitas instituições⁽¹⁰⁾ o que pode resultar na subnotificação dos casos de ISC⁽³⁾. Se as complicações são mínimas, a paciente pode não procurar o serviço de saúde ou não conseguir atendimento médico que investigue e notifique a infecção à instituição na qual o procedimento foi realizado. A notificação de ISC é fundamental nos serviços de saúde, pois traduz um importante indicador de qualidade da assistência ao paciente, requerida para acreditação hospitalar e fiscalização pelos serviços de vigilância epidemiológica regional, estadual e federal⁽¹¹⁾. Além disso, ao identificar a epidemiologia e os fatores de risco associados, a vigilância oferece subsídios para atividades de controle de infecção e *feedback* às equipes de saúde envolvidas⁽¹⁰⁾. Isto pode resultar na redução das taxas de infecção do sítio cirúrgico em 33 a 88% dos pacientes⁽¹²⁾.

Existem diferentes métodos de vigilância⁽¹⁰⁾, sendo mais comuns questionários enviados aos pacientes e cirurgiões, entrevistas telefônicas e seguimento ou retorno ambulatorial⁽¹¹⁾. Não se pode afirmar que um método seja mais eficiente que outro, pois todos possuem vantagens e desvantagens. Por isso, há indicação de uso de duas ou mais estratégias de abordagem para melhor acurácia da taxa de infecção⁽¹³⁾. Para garantir a qualidade e confiabilidade dos dados, os métodos de vigilância devem ser padronizados e ter critérios bem definidos. A validação é o único modo de determinar a precisão das respostas e dos dados de vigilância⁽¹⁴⁾. Na literatura foram encontrados modelos não validados de questionário para entrevista telefônica a pacientes submetidas à cesariana^(13,15).

O objetivo deste estudo foi construir, validar e aplicar um instrumento para investigação, por contato telefônico, de sinais e sintomas sugestivos de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias vídeo-assistidas.

MÉTODO

O estudo foi conduzido em um hospital público de ensino, localizado no interior do Estado de São Paulo, Brasil, referência regional em saúde da mulher. Teve aprovação do comitê de ética em pesquisa local (parecer nº 1201/2011; CAAE: 1102.0.146.000-11). As participantes foram orientadas e receberam o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), elaborado em duas vias, respeitando os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, vigente à época da pesquisa.

Trata-se de estudo multi-método sequencial⁽¹⁶⁾ desenvolvido em duas etapas. A primeira, de desenvolvimento metodológico para a validação do instrumento, baseou-se no modelo de Pasquali⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ seguindo três eixos de procedimentos: teóricos, empíricos e analíticos. Na segunda etapa, estudo transversal⁽¹⁹⁻²⁰⁾ com abordagem quantitativa, o instrumento validado foi aplicado em uma amostra definida.

Primeira etapa - elaboração e validação do instrumento

Elaboração do instrumento

O instrumento foi elaborado após levantamento bibliográfico sobre o tema, considerando-se também a experiência dos pesquisadores. A primeira versão, elaborada em 2011, foi composta por 35 questões distribuídas em duas seções: 1) caracterização do sujeito com 10 questões contendo número de ordem, identificação, idade, data de nascimento, número do registro hospitalar, endereço, diagnóstico clínico, nome da cirurgia, data do procedimento, telefones para contato, contato telefônico (data da primeira, segunda e terceira tentativas) e melhor horário para a ligação; 2) contato telefônico com 25 questões referentes à data do contato, tempo decorrido após o ato operatório, abordagem inicial e apresentação do profissional e questões relacionadas à ISC sobre o período pós-operatório mediato e tardio – existência ou não de hipertermia verificada com ou sem termômetro, ingestão de medicamento, aspecto sítio cirúrgico (rubor, aumento da temperatura, edema no local da intervenção, característica da secreção), cicatrização da incisão cirúrgica, sangramento vaginal após a cirurgia, odor e período de tempo desse sangramento, necessidade de atendimento médico depois da intervenção cirúrgica, recebimento de receita médica de medicamento após retorno ao médico quando necessário, necessidade de internação, questão aberta para colocações da paciente e observações do entrevistador.

Teste piloto

Com a finalidade de identificar possíveis lacunas e verificar os aspectos de abordagem ao paciente, foi realizado, a partir de 2012, um teste piloto com o instrumento preliminar aplicando-o a cinco pacientes submetidas a videocirurgia. Apenas uma paciente apresentou sinais flogísticos que não preencheram critério de definição de caso. O instrumento foi reformulado de acordo com as necessidades verificadas pelos pesquisadores, deixando-o mais prático para aplicação.

Validação de conteúdo

A validade pode ser definida como a capacidade de um instrumento medir com precisão aquilo que se pretende medir, ou

seja, o fenômeno estudado⁽²¹⁻²⁴⁾. Nesse estudo, foi realizada a validação de conteúdo que corresponde à análise metódica do conteúdo do instrumento inicialmente construído, com o objetivo de verificar se os itens propostos constituem uma amostra representativa do assunto que se deseja medir⁽²¹⁻²³⁾.

Trata-se de um método de julgamento para o qual foram escolhidos cinco⁽²⁵⁾ peritos, profissionais ligados ao ensino e à assistência à saúde, levando em consideração sua experiência e qualificação na área a ser estudada⁽²⁶⁾: enfermeira da comissão de controle de infecção hospitalar com experiência em vigilância, assistência e acompanhamento de pacientes cirúrgicos após alta hospitalar; enfermeira, doutora, com experiência em assistência, ensino e pesquisa com ênfase em saúde do idoso; enfermeira, pós-doutora, com experiência no ensino e pesquisa em infecção relacionada à assistência à saúde, saúde pública, segurança do paciente, epidemiologia, reprocessamento de produtos para a saúde e biossegurança; enfermeira, doutora, com experiência em assistência e ensino voltado ao controle e transmissão de patógenos, biossegurança, risco biológico e ocupacional; médica, doutora, com experiência em assistência e ensino na área de saúde coletiva, fisiologia, vigilância epidemiológica, e epidemiologia.

Foi redigida uma carta de apresentação para explicar aos peritos os objetivos da pesquisa e as instruções de como proceder na avaliação do instrumento. Foi elaborado um guia para esclarecer qual o conteúdo que se desejava obter em cada subitem de cada seção do instrumento. Ambos os documentos, juntamente com o instrumento a ser avaliado, foram entregues aos peritos pessoalmente ou por correspondência após contato prévio.

O instrumento reformulado foi enviado ao grupo de peritos para analisar se os itens propostos possuíam validade em relação à clareza, pertinência e abrangência. Foram utilizadas as seguintes definições: clareza - propriedade que avalia se a redação dos itens propostos está adequada, compreensível, e se expressam exatamente o que se espera medir, podendo ser avaliado pelos juízes como: não está claro, sem opinião, ou claro⁽²⁷⁻²⁸⁾; pertinência - propriedade que avalia se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e adequados para atingir os objetivos propostos pela pesquisa, podendo ser considerado pelos juízes: não pertinente, sem opinião ou pertinente⁽²⁷⁻²⁸⁾; abrangência - propriedade que avalia o instrumento como um todo, analisando se todas as seções contêm os itens adequados e se todas as dimensões foram incluídas, podendo ser avaliado pelos juízes como: não abrangente, sem opinião ou abrangente⁽²⁷⁻²⁸⁾.

Com o resultado das avaliações de todos os peritos, foi realizada análise dos dados e adequação do instrumento devolvendo-o para segunda avaliação. Após retorno, o instrumento validado foi aplicado a três pacientes submetidas à cirurgia vídeo-assistida para teste final, sendo considerado ajustado para aplicação.

Análise dos dados

Calculou-se o índice de validade de conteúdo (*Content Validity Index* - CVI) para cada item presente no instrumento no que se refere à pertinência e clareza e, para cada uma das duas seções do instrumento no que se refere à abrangência. O

grau de concordância dos peritos maior ou igual a 80%^(23,26) foi critério decisivo para pertinência e clareza.

Segunda etapa – aplicação do instrumento

A versão final do instrumento validado foi aplicado a pacientes submetidas à histeroscopia ou laparoscopia ginecológica eletivas, que aceitaram participar da pesquisa. O endereço telefônico foi registrado no período de internação para a intervenção cirúrgica. Foi adotado como critério de perda até três contatos telefônicos em dias diferentes para localização da paciente. Com isso, a amostra inicial foi constituída por 68 pacientes submetidas, abordadas por contato telefônico no período de março a junho de 2013.

Para a definição de caso de infecção de sítio cirúrgico incisional superficial, incisional profunda e órgão ou espaço foram considerados os critérios descritos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)⁽²⁹⁾.

RESULTADOS

Primeira etapa

O CVI ou porcentagem de concordância adotada neste estudo foi de 80%. Questões que obtiveram CVI menor que 80% quanto à pertinência ou clareza, ou ambas, foram reformuladas ou excluídas, conforme sugestões dos peritos, sendo o instrumento submetido novamente à avaliação. Um item (1.5.) obteve concordância menor que 80% em relação à pertinência, porém este item foi mantido devido à importância de conhecer o endereço, caso fosse necessária intervenção ou contato com a paciente. Dois itens (1.7. e 2.3.) obtiveram concordância menor que 80% quanto à clareza, um dos quais (1.7.) foi excluído do instrumento e o outro (2.3.) foi reformulado conforme as sugestões dos peritos (Quadro 1).

Quadro 1 - Versão proposta e versão pré-final resultante da primeira avaliação dos peritos aos itens 1.5, 1.7 e 2.3, Campinas, São Paulo, Brasil, 2012

Item	VERSÃO PROPOSTA	VERSÃO PRÉ-FINAL
1.5	Endereço	Mantida
1.7	Agendamento: Retorno Ambulatorial	Retirada
2.3	Observação: caso haja identificação de alterações físico-clínicas, confirmar o retorno ambulatorial agendado pelo médico e ou agendar novo contato telefônico para acompanhamento.	Observação: Em caso de se identificar alterações físico-clínicas, a responsável pelo contato telefônico, comunica a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Após a primeira avaliação dos peritos, o instrumento foi reformulado. Na primeira seção, houve necessidade de acrescentar um item (1.6.) referente ao diagnóstico clínico da paciente, pois foi considerado importante saber se havia relação entre esse

diagnóstico e a ocorrência ou não de infecção de sítio cirúrgico. Foram acrescentados ainda outros três itens, dois deles (1.7. e 1.8.) referentes ao nome da intervenção cirúrgica e a data do procedimento, respectivamente. Esses dados já eram coletados no momento do primeiro contato e da entrega do TCLE, porém não havia no instrumento um local reservado para sua anotação; e um terceiro tópico “qualquer horário”, no item (1.11.), para as participantes que não tinham preferência por horário específico para serem contatadas. Na segunda seção do instrumento foram acrescentados três itens (2.2.7., 2.2.8. e 2.2.9.), referentes à histeroscopia, porque foi constatada a necessidade de incluir questões direcionadas especificamente a esse tipo de procedimento cirúrgico, para uma investigação mais efetiva quanto à possibilidade de ocorrência de endometrites nas pacientes a ele submetidas. Foi ainda incluído um item (2.3.) referente às observações do entrevistador, caso houvesse necessidade de um local para anotá-las, para melhor organização.

Na segunda avaliação feita pelos peritos, as duas seções obtiveram 100% de concordância e foram mantidas, resultando na versão final do instrumento com 40 questões, 11 de caracterização do sujeito e 29 do contato telefônico.

Segunda etapa

Das 68 pacientes submetidas à histeroscopia e ou laparoscopia ginecológica, abordadas durante a internação para participação na pesquisa, foi aplicado o instrumento validado em 60 (88,2%) pacientes no período de março a junho de 2013. A ligação telefônica foi realizada no período de 30 a 35 dias em 71,6% dos casos, seguido por 25,0% no período de 36 a 40 dias e em 3,4% dos casos, mais de 40 dias.

Um terço das mulheres participantes, 33,3%, encontrava-se na faixa etária de 30 a 39 anos, seguidas pelas faixas de 40 a 49 anos e 50 a 59 anos, com 18,3% cada uma. Residem em sua grande maioria no município de Campinas, SP, Brasil, totalizando 48,3% das que participaram do estudo. O diagnóstico principal e motivo da cirurgia foi o de pólipos endometriais com 48,3%, seguido por esterilidade primária e endometriose, com 6,7%. As cirurgias realizadas foram histeroscopia e laparoscopia e totalizaram, respectivamente, 70,0% e 30,0% do tamanho amostral.

Dentre as 42 pacientes submetidas à histeroscopia, 33,4% (14/42) relataram sangramento vaginal após a cirurgia; quanto ao odor do sangramento, uma (7,1%) relatou ausência, uma (7,1%) odor característico de sangue e 85,7% (12/42) odor tipo menstrual. Quanto à duração desse sangramento, 7,1% (1/42) responderam ter permanecido por quinze dias, 21,4% (3/42) por sete dias, 7,1% (1/42) por seis dias, 14,3% (2/42) por cinco dias, 21,4% (3/42) por quatro dias, 7,1% (1/42) por três dias, 14,3% (2/42) por dois dias e 7,1% (1/42) por um mês. Duas pacientes, uma com sangramento por quatro dias e outra por cinco dias, tiveram coincidência quanto ao sangramento tipo menstruação. A paciente que teve sangramento durante um mês foi à consulta médica e lhe foi prescrito anticoncepcional, o que fez cessar o sangramento. A paciente que apresentou sangramento por quinze dias não apresentou outra queixa ou sinal sugestivo de infecção.

Das 18 pacientes que foram submetidas a laparoscopia, nenhuma relatou ter apresentado hiperemia ou calor nos sítios da incisão cirúrgica; 5,6% (1/18) referiram edema localizado

em todas as incisões, relacionando-o à retirada de pontos com duração de sete dias. Pelo fato de ter havido apenas esse sinal, o edema foi considerado evento adverso provocado por trauma local. Com relação à saída de secreção, 16,7% (3/18) informaram saída de secreção sanguinolenta, amarelada e clara, respectivamente, somente na incisão da cicatriz umbilical no dia da intervenção cirúrgica ou no primeiro dia pós-operatório com duração de um a três dias. A paciente que relatou saída de secreção “amarelada” no primeiro dia pós-operatório informou ter evoluído com deiscência na incisão da cicatriz umbilical, cicatrizando após quatro dias.

Do total de 60 pacientes entrevistadas, apenas uma (1,2%) relatou febre não conclusiva no pós-operatório, pois não mediu a temperatura com termômetro. Informou ter sentido muito frio e que não precisou tomar remédio para febre. Como a paciente não apresentou nenhum outro sinal indicativo de infecção, o diagnóstico de ISC foi descartado. Seis pacientes (10%) procuraram atendimento médico particular, em unidades básicas de saúde ou na instituição onde o procedimento foi realizado. Os motivos foram retorno médico agendado, dor em membro inferior, sangramento prolongado, hemorragia e dor abdominal devido ao pneumoperitônio. Para 8,3% (5/60) das pacientes foi receitado medicamento analgésico ou anti-inflamatório para uso domiciliar e uma (1,7%) precisou ser reinternada para tratamento da dor. No último item do questionário, quando as pacientes puderam expor seus comentários, 13,4% (8/60) apontaram queixas algícas e episódio de gripe, mas nenhuma relatou sinal ou sintoma indicativo de ISC diferente daqueles abordados nas questões do instrumento.

DISCUSSÃO

Cirurgias vídeo-assistidas vêm aumentando a cada ano em diversas especialidades cirúrgicas. Como o período de internação é menor, existe alta rotatividade de pacientes e procedimentos, o que demanda maior atenção e tempo dos profissionais de saúde para vigilância pós-alta. Isto, juntamente com a ampliação do tempo de vigilância pós-alta para 90 dias em determinados procedimentos cirúrgicos⁽⁶⁻⁷⁾, contribuiu para instigar a discussão sobre o impacto deste tipo de vigilância na taxa de infecção das instituições hospitalares⁽³⁰⁾, a aplicação e efetividade dos diferentes métodos^(13,31-32), e o próprio tempo estipulado para vigilância^(15,33).

Construir um instrumento de coleta de dados para investigação de sinais e sintomas de infecção de sítio cirúrgico por contato telefônico teve a intenção de direcionar a entrevista para a coleta de dados epidemiológicos, de vigilância e evitar a subnotificação de eventos adversos. O instrumento inicial foi elaborado como questionário, com questões abertas e fechadas, tendo havido discordância entre os peritos na primeira avaliação, seguido de aprovação da versão reformulada a partir de suas sugestões. O processo de validação foi necessário para determinar os elementos-chaves que deveriam ser pesquisados junto às pacientes para investigação do pós-operatório, utilizando informações precisas e confiáveis, visto que nenhum dos estudos consultados^(13,15,31-32) apresentou um instrumento de investigação validado. Além disso, constatou-se ausência de instrumentos apropriados para investigação

de ISC em cirurgias vídeo-assistidas. A aplicação de um instrumento validado para busca ativa dos casos de infecção pós histeroscopia e laparoscopia auxilia o planejamento de ações de segurança do paciente, tem menor custo de atendimento e acurácia na vigilância epidemiológica.

Para o diagnóstico de ISC foram utilizados os critérios descritos pela Anvisa⁽²⁹⁾ para infecção de sítio cirúrgico incisional superficial, incisional profunda e órgão ou espaço. Considerou-se que para situações em que o procedimento cirúrgico não corresponde à definição de cirurgia dada pela Anvisa, que consiste na presença de incisão e sutura, não devem ser isentos de notificação. Estas situações são, por exemplo, endometrite após parto normal, curetagem e, no caso deste estudo, histeroscopia.

Nenhum dos sinais e sintomas relatados pelas pacientes preencheu os critérios para definição de caso de ISC, sendo considerado evento adverso inerente ao procedimento ou como queixa isolada. Uma paciente respondeu ter apresentado secreção “amarelada, purulenta” (resposta número 2 do item 2.2.5.1) durante a internação, seguida de deiscência da sutura da cicatriz umbilical após a retirada de pontos. Para este caso, uma segunda ligação foi realizada após consulta médica agendada, quando a paciente referiu ter sido uma secreção amarela, clara, sem odor, não recebeu antibioticoterapia e não apresentou sinais flogísticos locais. Após discussão com profissionais especialistas em controle de infecção da instituição sede do estudo, considerou-se que a secreção apresentada não era purulenta e a hipótese de ISC para esta paciente foi descartada. Situações como esta estão previstas nas recomendações do CDC⁽⁵⁾ dentre aquelas que não se qualificam como critérios para definição de ISC: “*A stitch abscess alone (minimal inflammation and discharge confined to the points of suture penetration)*”. Um ponto importante neste fato é que apesar dos esforços dos pesquisadores em adequar todas as questões a uma linguagem adequada e de fácil entendimento para a população, este item pode ter gerado confusão e por isso sugere-se revisão futura. Contudo, ressalta-se que, independente da necessidade apontada de corrigir a redação, a maioria dos itens, incluindo este, obtiveram CVI maior ou igual a 80%, sendo considerados como tendo conteúdo válido⁽²³⁾.

O método de vigilância pós-alta por contato telefônico apresentou uma taxa de resposta próxima a 90,0%, assim como outro estudo nacional desenvolvido para seguimento de pacientes submetidas a parto cesárea⁽¹⁵⁾. Estudos internacionais reportaram 74,8%⁽¹³⁾ e 78,4%⁽³¹⁾ para entrevistas telefônicas. De certa forma, a interação do profissional responsável

por esta vigilância com o paciente durante sua internação favoreceu a realização de contato à distância para a busca ativa de sinais e sintomas sugestivos de ISC.

Este estudo não objetivou a análise econômica de custo-efetividade para uso do instrumento ou implantação deste método de vigilância. Autores⁽¹³⁾ declararam que realizar a vigilância pós alta a partir de múltiplos métodos poderia ser considerado custo-efetivo. A vigilância pode ser adaptada para atender os recursos disponíveis na instituição e há possibilidade de selecionar os tipos de procedimento cirúrgico de maior risco para infecção ao fazer a vigilância. As autoras⁽¹³⁾ realizaram entrevistas telefônicas com puérperas após cesarianas com duração média de três minutos a ligação, o que consideraram ser custo-efetivo devido à alta taxa de resposta. Outros estudos também recomendaram o método por ser aplicável⁽³²⁾ e efetivo⁽³¹⁾.

Limitações do estudo envolveram o tamanho amostral reduzido e a possibilidade de viés de memória das pacientes, considerando que as entrevistas não foram feitas dentro dos 30 dias da cirurgia, mas após este período. Instrumentos de pesquisa elaborados, ainda que validados, podem ser alvo de ajustes e adequações para a realidade onde serão aplicados. Este estudo utilizou a validação de conteúdo, porém, outros métodos de validação podem ser aplicados em pesquisas futuras a fim de garantir que o instrumento atinja o objetivo final para o qual foi construído.

CONCLUSÃO

Neste estudo, um instrumento elaborado para investigação de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias vídeo-assistidas ginecológicas foi validado, aplicado e encontra-se disponível para utilização.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos juizes pelo acolhimento e julgamento atribuídos a versão original do instrumento.

FINANCIAMENTO

A realização do estudo contou com bolsa de iniciação científica concedida pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), no período de 2012-2013.

REFERÊNCIAS

1. Lissovoy G, Fraeman K, Hutchins V, Murphy D, Song D, Vaughn BB. Surgical site infection: incidence and impact on hospital utilization and treatment costs. *Am J Infect Control* [Internet]. 2009 [cited 2015 Jan 20];37(5):387-97. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019665530900073X>
2. Oliveira AC, Ciosak SI, D' Lorenzo C. [Post-discharge surveillance and its impact on surgical site infection incidence]. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2007 [cited 2015 Jan 20];41(4):653-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/15.pdf> Portuguese.
3. Anderson DJ, Podgorny K, Berríos-Torres SI, Bratzler DW, Dellinger P, Greene L, et al. Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals: 2014 update. *Inf Cont Hosp Epidemiol* [Internet]. 2014 [cited 2015 Jan 20];35(6):605-27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih>

- gov/pmc/articles/PMC4267723/pdf/nihms-638942.pdf
4. Broex EC, van Asselt AD, Bruggeman CA, van Tiel FH. Surgical site infections: how high are the costs? *J Hosp Infect* [Internet]. 2009 [cited 2015 Jan 20];72(3):193–201. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019567010900142X>
 5. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML et al. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999;20(4):247-78.
 6. Centers of Diseases Control and Prevention. Surgical site infection (SSI) event [Internet]. 2015 [cited 2015 Jan 20];12-16. Available from: <http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/9pscSSICurrent.pdf?agree=yes&next=Accept>
 7. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Manual de orientações e critérios diagnósticos hospital geral: sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares do Estado de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças; Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac; Divisão de Infecção Hospitalar [Internet]. 2015 [cited 2015 Jan 20]. Available from: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/ih/pdf/manual15_hospgeral_crit_diag.pdf
 8. Kiran RP, El-Gazzaz GH, Vogel JD, Remzi FH. Laparoscopic approach significantly reduces surgical site infections after colorectal surgery: data from national surgical quality improvement program. *J Am Coll Surg* [Internet]. 2010 [cited 2015 Jan 20];211(2):232-8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1072751510002504>
 9. Aimaq R, Akopian G, Kaufman HS. Surgical site infection rates in laparoscopic versus open colorectal surgery. *Am Surg* [Internet]. 2011 [cited 2015 Jan 20];77(10):1290-4. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019567010900142X>
 10. Zarate R, Birnbaum D. Postdischarge surgical site infection surveillance practices in Washington Acute Care Hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jan 20];33(1):87-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22173529>
 11. Oliveira AC, Ciosak SI. Infecção de sítio cirúrgico no seguimento pós-alta: impacto na incidência e avaliação dos métodos utilizados. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(4):379-85.
 12. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. Tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán. 1ª ed. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009
 13. Noy D, Creedy D. Postdischarge surveillance of surgical site infections: a multi-method approach to data collection. *Am J Infect Control* [Internet]. 2002 [cited 2015 Jan 20];30(7):417-24. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655302000275>
 14. Manniën J, van der Zeeuw AE, Wille JC, van den Hof S. Validation of surgical site infection surveillance in the Netherlands. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2007;28(1):36-41.
 15. Del Monte MCC. Vigilância pós-alta em cesáreas: incidência e fatores associados à infecção do sítio cirúrgico [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2009.
 16. Driessnack M, Sousa VD, Mendes IAC. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 3: métodos mistos e múltiplos. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2007 Sep-Oct [cited 2015 Jan 20];15(5):[4 p.]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a24.pdf
 17. Pasquali L. *Psicometria: teoria e aplicações*. Brasília (DF): UnB; 1997.
 18. Pasquali, L. (org.). *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM/ IBAPP; 1999.
 19. Sousa VD, Driessnack M, Mendes IAC. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2007 [cited 2015 Jan 20];15(3):502-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a22.pdf
 20. Hochman B, Nahas FX, Oliveira Filho RS, Ferreira LM. Desenhos de pesquisa. *Acta Cir Bras* [Internet]. 2005 [cited 2015 Jan 20];20(Supl.2):02-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s2/v20s2a02.pdf>
 21. Lobiondo-Wood LG, Haber J. Confiabilidade e validade. In: Lobiondo-Wood G, Haber J. *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. pp. 186-199.
 22. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*, 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
 23. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nurs & Health* [Internet]. 2006 [cited 2015 Jan 20];29(1):489-97. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.20147/epdf>
 24. Williams RA. Women's health content validity of the family medicine in-training examination. *Fam Med* [Internet]. 2007 [cited 2015 Jan 20]; 39(8):572-77. Available from: <http://www.stfm.org/fmhub/fm2007/September/Rebecca572.pdf>
 25. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*. 1986;35:382-5
 26. Grant JS, Davis LL. Focus on Quantitative Methods. Selection and Use of Content Experts for Instrument Development. *Nursing & Health*. 1997;20:269-74.
 27. Alexandre NMC, Coluci MZO. [Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments]. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2011 [cited 2015 Jan 20];16(7):3061-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf> Portuguese
 28. Lima TC. *Elaboração, validação e aplicação de um instrumento para caracterização de uma população com 50 anos ou mais portadora do HIV/Aids* [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2009.
 29. Bispo Junior A, Levy CE, Lima CP, Sousa FC, Flosi FC, Trigueiro GM et al. Infecção do sítio cirúrgico. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde*. Cap. 1. 1ª ed. Brasília (DF): Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde; Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde; 2013. pp. 11-23.
 30. Ming DY, Chen LF, Miller BA, Sexton DJ, Anderson DJ. The impact of depth of infection and postdischarge surveillance

- on rate of surgical-site infections in a Network of Community Hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jan 20];33(3): 276-82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3629722/pdf/nihms455046.pdf>
31. Elbur AI, Yousif MA, ElSayed ASA, Abdel-Rahman ME. Post-discharge surveillance of wound infections by telephone calls method in a Sudanese Teaching Hospital. *J Infect Public Health* [Internet]. 2013 [cited 2015 Jan 20];6(5):339-46. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/23999331>
32. Guerra J, Guichon C, Isnard M, So S, Chan S, Couraud S et al. Active prospective surveillance study with post-discharge surveillance of surgical site infections in Cambodia. *J Infect Public Health* [Internet]. 2015 [cited 2015 Jan 20];8(3):298-301. Available from: [http://www.jiph.org/article/S1876-0341\(14\)00157-9/pdf](http://www.jiph.org/article/S1876-0341(14)00157-9/pdf)
33. Koek MB, Wille JC, Isken MR, Voss A, van Benthem BH. Post-discharge surveillance (PDS) for surgical site infections: a good method is more important than a long duration. *Euro Surveill* [Internet]. 2015 [cited 2015 Jan 20];20(8):pii = 21042. Available from: <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EEV/20N08/art21042.pdf>
-