

Elaboração e validação de *checklists* de admissão e alta em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

Elaboration and validity of admission and discharge checklists in Neonatal Intensive Care Units

Elaboración y validación de listas de verificación de ingreso y alta en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales

Catharine Galvão Diniz^a 

Giulia Ribeiro Schettino Regne^a 

Daniela Cristina Zica Silva^{a,b} 

Allana dos Reis Corrêa^c 

Luciana Regina Ferreira da Mata^{c,b} 

Bruna Figueiredo Manzo^d 

Como citar este artigo:

Galvão Diniz C, Regne GRS, Silva DCZ, Corrêa AR, Mata LRF, Manzo BF. Elaboração e validação de *checklists* de admissão e alta em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Gaúcha Enferm. 2024;45(esp1):e20240132. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20240132.pt>

RESUMO

Objetivo: Elaborar e validar o conteúdo de *checklists* para a admissão e alta seguras em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Métodos: Estudo metodológico, realizado entre 2018 e 2020, em quatro etapas: 1) revisão de literatura; 2) construção dos *checklists*; 3) validação de conteúdo por 32 enfermeiros especialistas em neonatologia de diferentes estados brasileiros, predominantemente da região Sudeste; 4) elaboração da versão final dos instrumentos. A validação se deu por meio de escala tipo Likert. Foram aceitos itens com Índice de Validade de Conteúdo igual ou superior a 0,90. Para análise dos dados, utilizou-se estatística descritiva.

Resultados: Foram construídos e validados os conteúdos de dois *checklists*: um para admissão, com 18 itens, e outro para alta, com sete itens. Para o de admissão, 41,03% dos itens foram validados na primeira rodada, 33,33%, na segunda, e 23,08%, na terceira. Um item foi excluído por não atingir Índice de Validade de Conteúdo mínimo ($>0,90$). Para o *checklist* de alta, todos os itens obtiveram $ICV \geq 0,90$, sendo 64,7% validados na primeira rodada e 35,3%, na segunda rodada. Nenhum item foi excluído.

Conclusão: O conteúdo dos *checklists* de segurança do paciente para a admissão e alta em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal foi considerado válido.

Descritores: Segurança do Paciente. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Lista de Checagem. Admissão do Paciente. Alta do Paciente.

ABSTRACT

Objective: To develop and validate the content of checklists for safe admission and discharge in Neonatal Intensive Care Units.

Methods: A methodological study conducted between 2018 and 2020 in four stages: 1) literature review; 2) checklist construction; 3) content validity by 32 neonatal nursing specialists from different Brazilian states, predominantly from the southeastern region; 4) development of the final version of the instruments. Validity was performed using a Likert-type scale. Items with a Content Validity Index of 0.90 or higher were accepted. Descriptive statistics were used for data analysis.

Results: The contents of two checklists were constructed and validated: one for admission, with 18 items, and another for discharge, with seven items. For the admission checklist, 41.03% of items were validated in the first round, 33.33%, in the second, and 23.08%, in the third. One item was excluded for not achieving the minimum Content Validity Index (>0.90). For the discharge checklist, all items achieved a CVI ≥ 0.90 , with 64.7% validated in the first round and 35.3% in the second round. No items were excluded.

Conclusion: The content of patient safety checklists for admission and discharge in Neonatal Intensive Care Units was considered valid.

Descriptors: Patient Safety. Neonatal Intensive Care Units. Checklist. Patient Admission. Patient Discharge.

RESUMEN

Objetivo: Elaborar y validar el contenido de listas de verificación para la admisión y el alta seguras en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.

Métodos: Estudio metodológico realizado entre 2018 y 2020 en cuatro etapas: 1) revisión de la literatura; 2) construcción de

^a Universidade Federal de Minas Gerais Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

^b Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

^c Universidade Federal de Minas Gerais Escola de Enfermagem Departamento de Enfermagem Básica, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

^d Universidade Federal de Minas Gerais Escola de Enfermagem Departamento de Enfermagem Materno Infantil, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

las listas de verificación; 3) validación de contenido por 32 enfermeros especialistas en neonatología de diferentes estados brasileños, predominantemente de la región Sudeste; 4) elaboración de la versión final de los instrumentos. La validación se realizó mediante una escala Likert. Se aceptaron ítems con un Índice de Validez de Contenido igual o superior a 0,90. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los datos.

Resultados: Se construyeron y validaron los contenidos de dos listas de verificación: una para la admisión, con 18 ítems, y otra para el alta, con siete ítems. Para la lista de verificación de admisión, el 41,03% de los ítems fueron validados en la primera ronda, el 33,33%, en la segunda, y el 23,08%, en la tercera. Un ítem fue excluido por no alcanzar el Índice de Validez de Contenido mínimo ($>0,90$). Para la lista de verificación de alta, todos los ítems obtuvieron un IVC $\geq 0,90$, con un 64,7% validados en la primera ronda y un 35,3% en la segunda ronda. Ningún ítem fue excluido.

Conclusión: Se consideró válido el contenido de las listas de verificación de seguridad del paciente para la admisión y el alta en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.

Descriptores: Seguridad del Paciente. Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal. Lista de Verificación. Admisión del Paciente. Alta del Paciente.

INTRODUÇÃO

O cuidado no cenário das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs) pode ser ameaçado pela ocorrência de eventos adversos (EAs), que se apresentam como obstáculos para a segurança do paciente (SP), impactando negativamente o desfecho clínico do recém-nascido (RN) internado^(1,2).

A discussão sobre os EAs é de abrangência internacional: na Alemanha, pesquisadores identificaram uma taxa de ocorrência de 1,1 EA por neonato internado em UTIN⁽³⁾. No Brasil, foram observados 30 EAs em 22 pacientes pediátricos e neonatais internados⁽⁴⁾. Nos Estados Unidos, 14,1% dos neonatos sofreram um EA pós-alta, e quase metade desses eram evitáveis⁽⁵⁾. Dessa forma, fica evidente a necessidade da criação de estratégias que possam ser utilizadas para evitar a ocorrência de EA, favorecendo a promoção da SP.

A assistência neonatal exige medidas para garantir a segurança desde o momento da admissão até a alta na UTIN⁽⁶⁾. Durante a admissão, são necessários cuidados complexos para garantir a sobrevivência do RN⁽⁷⁾. A alta, por sua vez, não é menos desafiadora, já que os pais precisam lidar com sentimentos de estresse, medo, incerteza e falta de confiança no seu exercício enquanto pais, além de necessitarem desenvolver habilidades adequadas para dar continuidade aos cuidados com o RN em casa⁽⁶⁻⁹⁾.

A transição de cuidados da sala de parto para UTIN ou da UTIN para casa é caracterizada como momento crítico na assistência, pois consiste em mudanças significativas no plano de cuidados do RN, nos quais há uma transferência formal de informações do paciente e de responsabilidades relacionadas ao cuidado do neonato^(10,11). Esses momentos de transição de cuidados apresentam risco adicional para ocorrência de erros⁽¹²⁾, como falhas na comunicação, omissão de informações importantes ou transferência de informações inadequadas⁽¹³⁾. Portanto, com o intuito de evitar a ocorrência de EAs inerentes à transição de cuidados, é fundamental obedecer a quatro pilares: comunicação; trabalho em equipe; integração com a família; e padronização⁽¹¹⁾.

Como estratégia para mitigar a variabilidade e melhorar o processo de transição de cuidados nos momentos de

admissão e alta, a implementação de *checklists* pode ser uma ferramenta eficiente, ao sistematizar ações, proporcionar lembrete aos profissionais, promover comunicação entre a equipe profissional, aumentar o engajamento da família, além de fornecer dados para análise e melhora da *performance* da assistência, prevenindo a ausência de determinada tarefa ou sua execução de forma equivocada^(14,15).

No âmbito dos serviços de saúde, os profissionais reconhecem essa ferramenta como importante para a qualidade da assistência⁽¹⁶⁾, e sua utilização tem trazido impactos importantes, por exemplo, para cirurgia segura, como proposto pela Organização Mundial da Saúde⁽¹⁴⁾. Nas UTINs, os *checklists* são utilizados na sistematização de punção de acessos venosos centrais, sedo-analgesia e intubação orotraqueal⁽¹⁴⁾. Porém, há um alerta para uma lacuna de conhecimento em relação ao uso de *checklists* na área de cuidados seguros na admissão e alta na neonatologia⁽¹⁶⁾, sendo este o foco deste trabalho.

Assim, o processo de elaboração e validação de *checklists* que abordem cuidados de enfermagem pautados na SP nos momentos da admissão e alta dos neonatos se apresenta como uma estratégia para estabelecer barreiras de segurança e efetivar melhorias na assistência neonatal. O presente estudo teve como objetivo elaborar e validar o conteúdo de *checklists* para admissão e alta seguras em UTINs.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa metodológica, com o intuito de elaborar e validar o conteúdo de dois *checklists* de cuidados de enfermagem acerca da temática de SP nas UTINs durante a admissão e alta do RN. O estudo foi conduzido em quatro fases: revisão de literatura; construção da primeira versão do *checklist*; validação de conteúdo por especialistas; e elaboração final do instrumento. Essas etapas foram definidas com base nos princípios da psicometria, que orientam o desenvolvimento de instrumentos de medida em saúde⁽¹⁷⁾.

A primeira etapa consistiu no desenvolvimento de revisão integrativa conduzida a partir da pergunta de pesquisa: quais elementos devem compor *checklists* de cuidados de enfermagem com vistas à SP internado em UTINs? Foram

considerados estudos entre os anos de 2010 e 2019 que descreviam recomendações de cuidados de enfermagem com vistas à segurança do RN durante a admissão e alta em UTINs.

A busca na literatura ocorreu em sete bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via PubMed; Banco de Dados em Enfermagem (BDENF); *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); *US National Library of Medicine* (PubMed); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Cochrane Library*; e Scopus. Para a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram considerados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e *Medical Subject Headings* (MeSH) "Segurança", "Medidas de Segurança", "Gestão da Segurança", "Segurança do Paciente", "Erros de Medicação", "Pele", "Sistemas de Identificação de Pacientes", "Cuidados de Enfermagem", "Unidades de Terapia Intensiva Neonatal", "Cuidados Críticos", "Comunicação", "Recém-Nascido" e "Controle de Infecções e Acidentes por Quedas". Para a MEDLINE, BDENF, CINAHL, PubMed, LILACS, *Cochrane Library* e Scopus, foram utilizados os descritores "Safety", "Safety Measures", "Safety Management", "Patient Identification System", "Patient Safety", "Medication Errors", "Intensive Care, Neonatal", "Critical Care", "Infant Newborn", "Communication", "Skin", "Neonate", "Infection", "Accidental Falls".

Foram selecionados 27 artigos que apresentavam recomendações de cuidados de enfermagem ao RN com base no Programa Nacional de Segurança do Paciente⁽¹⁸⁾ e nas Metas Internacionais de Segurança do Paciente⁽¹⁹⁾.

Na segunda etapa, foi elaborada a primeira versão dos dois *checklists* com base nos resultados encontrados na revisão de literatura. Os instrumentos foram estruturados em uma página frente e verso, sendo que, na frente, constava o título, o cabeçalho e as ações para melhoria da SP. As ações foram organizadas em duas colunas: a primeira possuía o item a ser conferido; e a segunda coluna apresentava uma caixa para marcação da resposta "sim" ou "não". O verso do *checklist* era composto pelas instruções de preenchimento referente a cada item.

A terceira fase consistiu no encaminhamento dos *checklists* para especialistas em neonatologia, para fins de validação. Para a seleção dos especialistas, foram incluídos enfermeiros com pelo menos dois anos de atuação em unidades neonatais, especialização/residência em neonatologia ou mestrado/doutorado/pós-doutorado com dissertação/tese em saúde da criança.

Os profissionais foram selecionados por conveniência e pela Plataforma *Lattes*, por meio da busca direcionada pelas palavras-chave "Neonatologia", "Saúde da Criança", "Segurança do Paciente" e "Terapia Intensiva Neonatal". Para identificação

de profissionais que não estão na área de pesquisa e docência e, portanto, não possuem currículo cadastrado na Plataforma *Lattes*, empregou-se a técnica "bola de neve"⁽²⁰⁾. Assim, os participantes iniciais indicavam nomes e *e-mails* de potenciais respondentes que atendiam aos critérios de inclusão. No primeiro contato, realizado via Plataforma *Lattes* ou via *e-mail*, foi enviada uma carta explicativa sobre a relevância dos conceitos envolvidos e dos instrumentos, o objetivo do estudo, a descrição dos *checklists*, a forma de preenchimento e o motivo pelo qual ele foi convidado a participar da pesquisa. Foram convidados 263 profissionais, sendo que 220 não retornaram o contato em um período de até dez dias e foram excluídos do estudo. Assim, participaram 43 profissionais que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi considerado um prazo de até 15 dias para preenchimento e devolução dos instrumentos. Os participantes responderam a questões de caracterização (idade, gênero, tempo de formação, tempo de atuação em neonatologia e formação adicional) e questões de avaliação dos itens dos *checklists*.

Os questionários utilizados na etapa de validação foram construídos na plataforma *Survey Monkey*, com envio eletrônico a todos os participantes. Os profissionais opinaram sobre pertinência, objetividade, clareza e relevância de cada um dos itens descritos⁽²¹⁾. Para tanto, utilizou-se a escala do tipo Likert, sendo: 1 = discordo; 2 = não concordo nem discordo; e 3 = concordo. Ao assinalar as respostas 1 ou 2, o participante deveria justificar sua resposta e fazer sugestões ou comentários para modificações dos itens.

Após cada rodada de resposta, os dados foram analisados com base no Índice de Validade de Conteúdo (IVC)⁽²⁰⁾. Esse score foi calculado a partir da soma dos itens marcados com "concordo" (3) e dividido pelo número total de respostas. O conteúdo que não atingiu um IVC de 0,90 foi reformulado e encaminhado para uma nova rodada de validação⁽²⁰⁾.

Por fim, a quarta etapa referiu-se à proposição da versão final dos dois *checklists* após o processo de validação pelos especialistas.

Este estudo foi conduzido seguindo os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e recebeu aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob Parecer nº 2.172.832 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 69001317.0.0000.5149.

■ RESULTADOS

A revisão de literatura apontou para seis dimensões principais da SP, nas quais a primeira versão dos *checklists* foi embasada: identificação do paciente; comunicação efetiva

com inclusão da família; administração segura de medicamentos; prevenção de infecções relacionadas ao cuidado em saúde; prevenção de quedas; e prevenção de lesões de pele. Considerando as boas práticas de comunicação da ciência aberta, os dados referentes aos 27 estudos considerados na revisão se encontram no repositório SciELO Data sob DOI disponível em: <https://doi.org/10.48331/scielodata.OGNKQV>.

Na segunda etapa, portanto, foi construída a primeira versão dos dois *checklists* com base nas ações extraídas dos estudos de revisão. Os *checklists* foram inicialmente denominados “*Checklist* de segurança do paciente neonatal – admissão” e “*Checklist* de segurança do paciente neonatal – programação para a alta”. O *checklist* de admissão foi estruturado com 18 itens, e o de alta, com sete itens. Todos os itens apresentaram instruções iniciadas por um verbo que indicava como executar a atividade de melhoria de SP.

A terceira etapa foi composta por três rodadas, sendo que, dos 263 profissionais convidados, 220 não retornaram o contato inicial. Portanto, 43 profissionais completaram a primeira rodada de validação. Na segunda rodada, os mesmos 43 profissionais foram novamente convidados a responder ao questionário, obtendo-se resposta de 33. Na terceira rodada, 32 dos 33 profissionais acessados responderam a todos os itens. Houve a descontinuidade de dez profissionais, entre a primeira e segunda rodada de validação, e de um profissional, entre a segunda e a terceira rodada, devido à ausência de resposta após quatro tentativas de contato.

O perfil dos especialistas que participaram em todas as etapas de validação de conteúdo ($n=32$) foi predominantemente feminino (96,87%), com idade média de $40,34 \pm 8,12$ anos. Nesta pesquisa, prezou-se por incluir pelo menos

um especialista de cada uma das cinco regiões do Brasil, obtendo-se a maioria da região Sudeste (75%). Em relação à formação profissional, 30 enfermeiros (93,75%) possuíam formação adicional, sendo cinco doutores (15,82%), seis mestres (18,75%) e 19 especialistas em neonatologia (59,93%), com tempo de atuação na neonatologia de $13,22 \pm 8,16$ anos.

Os especialistas julgaram tanto o item a ser avaliado quanto sua instrução para preenchimento, bem como o título, a orientação e o cabeçalho, em três rodadas de validação. Para facilitar a apresentação dos itens, estes foram numerados e identificados como AD (admissão do paciente), nos itens pertencentes ao *checklist* de admissão, e AL (alta do paciente), no caso do *checklist* para a alta.

Os Quadros 1 e 2 apresentam, respectivamente, a versão final dos *checklists* de admissão e alta, com o IVC final e a rodada na qual o item foi validado.

No Quadro 1, dos 39 tópicos avaliados referentes ao *checklist* de admissão do paciente, 48,72% ($n=19$) foram validados na primeira rodada. Os demais itens foram alterados conforme as sugestões dos especialistas, sendo 30,77% ($n=12$) validados na segunda rodada e 17,95% ($n=7$), na terceira. Apenas um item, que se referia à segurança medicamentosa (item AD7), foi avaliado com IVC de 0,88 ao final das três rodadas, sendo, então, excluído da versão final do *checklist*.

O Quadro 2 apresenta o IVC do *checklist* do período de preparo para alta do paciente. A avaliação dos peritos resultou em 100% dos 17 itens avaliados com IVC maior ou igual a 0,90 até a segunda rodada de validação, sendo 64,70% ($n=11$) na primeira rodada, e os demais itens, após os ajustes sugeridos, foram validados na rodada seguinte.

Quadro 1 – Índice de Validade de Conteúdo final dos itens do *checklist* de admissão. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2024

Item	Descrição final	IVC* final (n especialistas†)	Rodada de validação
Título	<i>Checklist</i> de segurança do paciente no cuidado de enfermagem para a admissão em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.	0,94 ($n=30$)	3ª
Orientação	Deverá ser preenchido pelo enfermeiro responsável pela admissão do recém-nascido à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, imediatamente após sua estabilização respiratória e hemodinâmica. Mantê-lo próximo ao leito, em local visível, de fácil acesso aos profissionais e familiares do paciente. Seguem abaixo na sequência do <i>checklist</i> as instruções para cada item.	0,94 ($n=31$)	2ª
Cabeçalho	Nome da mãe – Nome do recém-nascido – Número do leito – Prontuário – Sexo (Feminino, Masculino ou Indefinido) – Data de nascimento – Dias de vida – Horário de nascimento – Idade gestacional ao nascimento – Idade corrigida – APGAR (1º min/ 5º min) – Peso de nascimento – Peso de admissão.	0,91 ($n=29$)	3ª

Quadro 1 – Cont.

Item	Descrição final	IVC* final (n especialista†)	Rodada de validação
AD1‡	Pulseira afixada em um dos membros inferiores, preferencialmente contendo o nome da mãe, sem abreviaturas, e data de nascimento do recém-nascido legíveis.	0,91 (n=30)	2ª
Instrução AD1	Checar se a pulseira de identificação está presente e afixada, preferencialmente, em um dos tornozelos, contendo o nome da mãe, sem abreviaturas, e data de nascimento do recém-nascido legíveis.	0,94 (n=30)	3ª
AD2	Dados da pulseira do recém-nascido conferidos com os dados maternos por meio de dupla checagem com o pai, um acompanhante ou outro profissional de saúde (na ausência dos primeiros).	0,81 (n=30)	2ª
Instrução AD2	Checar com um membro da família ou acompanhante autorizado pela mãe, na sua ausência, se os dados da pulseira de identificação conferem com os dados maternos. Caso não estejam presentes, outro profissional de saúde poderá realizar a conferência.	0,98 (n=42)	1ª
AD3	Checar a existência de placa de identificação do recém-nascido afixada no berço ou incubadora contendo o nome da mãe, sem abreviaturas, nome do recém-nascido, sexo, número do registro hospitalar, data de nascimento e data de admissão.	0,91 (n=29)	3ª
Instrução AD3	Checar a existência de placa de identificação no leito contendo o nome da mãe, nome do recém-nascido, sexo, número do registro hospitalar, data, hora e peso de nascimento.	1,0 (n=32)	3ª
AD4	Acompanhante orientado com linguagem acessível quanto à rotina do setor e indicação da internação, o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorra falha no entendimento.	0,90 (n=38)	1ª
Instrução AD4	Checar se o acompanhante foi orientado e compreendeu as informações recebidas (por meio da repetição das orientações) quanto às rotinas do setor, como higiene das mãos, redução de ruídos, proibição do uso do aparelho celular, livre acesso dos pais para acompanhamento do recém-nascido (permanecendo apenas na área do leito do paciente) e regras para liberação de visitas.	0,94 (n=31)	2ª
AD5	Acompanhante encorajado a estar ao lado do recém-nascido.	0,91 (n=39)	1ª
Instrução AD5	Checar se o acompanhante, preferencialmente mãe ou pai, foi encorajado a estar ao lado do recém-nascido durante o período de permanência deste na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, uma vez que o Estatuto da Criança e do Adolescente garante a permanência do acompanhante em período integral, além da participação efetiva dos familiares contribuir no processo de segurança do paciente.	0,91 (n=39)	1ª

Quadro 1 – Cont.

Item	Descrição final	IVC* final (n especialista†)	Rodada de validação
AD6	Acompanhante orientado quanto aos procedimentos a serem realizados e quanto aos cuidados oferecidos ao recém-nascido na admissão, o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorra falha no entendimento.	0,98 (n=42)	1ª
Instrução AD6	Checar se o acompanhante está ciente e se compreendeu as informações recebidas (através da repetição das orientações) quanto à necessidade e importância dos procedimentos e dos cuidados a serem realizados com o recém-nascido durante o processo de admissão na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	0,91 (n=39)	1ª
AD7	Profissional de enfermagem orientado quanto ao processo seguro da administração de medicamentos, o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorra falha no entendimento.	0,88 (n=28)	Retirada
Instrução AD7	Checar se o profissional de enfermagem tem ciência, se compreendeu as informações recebidas (por meio da repetição das orientações) quanto ao processo seguro de administração de medicamentos, considerando os nove certos padronizados e se os utiliza em sua prática diária: paciente certo – com conferência da pulseira de identificação a cada administração, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa.	0,91 (n=30)	Retirada
AD8	Linhas de acesso vascular identificadas com a solução correspondente à infusão e conectores ajustados.	0,94 (n=31)	2ª
Instrução AD8	Checar se as linhas de acesso vascular estão identificadas com a solução correspondente à infusão, de acordo com a prescrição médica e se os conectores estão ajustados, livres de vazamentos.	0,94 (n=31)	2ª
AD9	Bombas de infusão e rótulos das soluções conferidos.	0,93 (n=39)	1ª
Instrução AD9	Checar se as bombas de infusão estão identificadas com a solução correspondente, o volume total e a vazão adequados, conforme a prescrição médica. Checar se os rótulos contêm, no mínimo, nome completo do paciente, leito, registro ou número de prontuário, nome da solução/medicação a infundir, descrição qualitativa e quantitativa dos componentes adicionados na solução, volume e velocidade de infusão, via de administração, data e horário do preparo e identificação do profissional que preparou. Tais rótulos deverão ser preferencialmente impressos pela farmácia e entregues ao profissional de enfermagem junto à medicação e componentes para o preparo da solução.	0,91 (n=30)	2ª
AD10	Profissional de enfermagem certifica se existem riscos relacionados à infecção.	0,94 (n=30)	3ª

Quadro 1 – Cont.

Item	Descrição final	IVC* final (n especialista†)	Rodada de validação
Instrução AD10	Checar se o profissional de enfermagem certifica a existência de ações e dispositivos que venham prevenir os riscos relacionados à infecção, tais como as normas de precaução, os momentos de higienização das mãos, a desinfecção dos conectores dos cateteres vasculares com álcool a 70% ou clorexidina alcoólica, a necessidade de permanência dos cateteres, sondas e tubo, além da desinfecção concorrente das bancadas, dos materiais e dos equipamentos do leito.	0,91 (n=29)	3ª
AD11	Dispensador com álcool gel próximo ao paciente.	0,91 (n=39)	1ª
Instrução AD11	Checar se há dispensador com álcool gel próximo ao paciente, para higienização das mãos.	0,93 (n=40)	1ª
AD12	Temperatura e umidificação da incubadora ou temperatura do berço adequadas para a idade gestacional e para a necessidade do recém-nascido.	0,95 (n=41)	1ª
Instrução AD12	Checar se a temperatura e umidificação da incubadora ou a temperatura do berço estão adequadas para a idade gestacional e a necessidade do paciente. Sugere-se que os valores de referência estejam próximos ao leito, para facilitar a conferência pela equipe de enfermagem.	1,00 (n=33)	2ª
AD13	Rodas do berço ou incubadoras travadas.	1,00 (n=43)	1ª
Instrução AD13	Checar se as rodas do berço ou incubadora estão travadas, devido ao risco de deslocamento do equipamento e consequente queda, uma vez que o protocolo de prevenção de quedas do MS orienta adequação das acomodações e do mobiliário à idade dos pacientes.	1,00 (n=43)	1ª
AD14	Laterais do berço aquecido ou portinholas travadas.	0,98 (n=42)	1ª
Instrução AD14	Checar se as laterais do berço aquecido ou as portinholas estão adequadamente travadas, devido ao risco de queda do paciente.	0,98 (n=42)	1ª
AD15	Bandeja da incubadora e elevação do berço aquecido ou incubadora funcionante.	1,00 (n=43)	1ª
Instrução AD15	Checar se a bandeja da incubadora e elevação da cabeceira do berço ou incubadora estão movimentando e travando adequadamente, devido ao risco de queda do paciente.	0,98 (n=42)	1ª
AD16	Sonda gástrica e dispositivos vasculares, ventilatórios e de monitorização posicionados e fixados de maneira a prevenir lesões.	0,95 (n=41)	1ª

Quadro 1 – Cont.

Item	Descrição final	IVC* final (n especialistas†)	Rodada de validação
Instrução AD16	Chegar se a sonda gástrica e os dispositivos vasculares, ventilatórios e de monitorização encontram-se posicionados e fixados de maneira a prevenir lesões e demais complicações decorrentes de posicionamento inadequado, como extubação acidental, perda de acessos vasculares e de sonda gástrica, o que proporciona novos procedimentos que poderiam ter sido evitados.	0,91 (n=39)	1ª
AD17	Profissional de enfermagem certifica o posicionamento do recém-nascido, incluindo aperiodicidade da mudança de decúbito e alívio de pressão conforme sua condição clínica.	0,97 (n=32)	2ª
Instrução AD17	Checar se o profissional de enfermagem certifica o posicionamento do recém-nascido conforme a condição clínica, incluindo a mudança de decúbito/alívio de pressão e rodízio de sensor de oximetria. Observar sempre a necessidade do ninho de contenção com a altura proporcional ao paciente.	0,94 (n=30)	3ª
AD18	Retirada da clorexidina residual da pele do recém-nascido.	0,91 (n=30)	2ª
Instrução AD18	Checar se a clorexidina foi totalmente retirada da pele do recém-nascido após o término dos procedimentos em que sua utilização foi necessária, a fim de evitar queimaduras.	0,91 (n=39)	1ª

* IVC = Índice de Validade de Conteúdo; †n= número de especialistas que avaliaram o item com nota 3 = concordo; ‡AD = admissão.

Quadro 2 – Índice de Validade de Conteúdo final dos itens dos *checklist* de preparo para alta. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2024

Item	Descrição final	IVC* final (n especialistas†)	Rodada de validação
Título	<i>Checklist</i> para a segurança do paciente no preparo para a alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	1,00 (n=33)	2ª
Orientação para preenchimento	Deverá ser preenchido pelo enfermeiro responsável pela criança, tão logo se inicie a programação para a alta do recém-nascido da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (seja transferência para o Alojamento Conjunto, para outra instituição hospitalar ou alta para o domicílio) e termine antes de sua saída. As orientações deverão ser realizadas verbalmente pelo mesmo à mãe, pai ou responsável, o qual(uais) esteja(estejam) preferencialmente acompanhando a criança durante a internação e permanecerá(ão) cuidando dela após sua alta. Este(s) deverá(ão) explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorram falhas no entendimento e, conseqüentemente, erros que possam prejudicar o recém-nascido. Ficará próximo ao leito em local visível para acesso a todos os profissionais e familiares do paciente. Seguem abaixo na sequência do instrumento as instruções para cada item.	0,95 (n=41)	1ª

Quadro 2 – Cont.

Item	Descrição final	IVC* final (n especialistas†)	Rodada de validação
Cabeçalho	Nome da mãe – Nome do recém-nascido – Número do leito – Prontuário – Sexo (Feminino, Masculino ou Indefinido) – Dias de vida – Dias de internação – Data de nascimento – Idade gestacional na data do nascimento – Idade corrigida – Peso de nascimento – Peso de alta – Desenvolveu alguma alergia? Se sim, a: – Aleitamento materno exclusivo – Motivo da internação.	0,94 (n=31)	2ª
AL1‡	Caderneta da criança preenchida com os dados de identificação do recém-nascido, informações completas sobre o pré-natal, parto, pós-parto, nascimento e sobre a internação hospitalar.	0,91 (n=39)	1ª
Instrução AL1	Checar se a caderneta da criança está preenchida corretamente com os dados completos de identificação do recém-nascido, informações completas sobre o pré-natal, parto, nascimento e o sumário de alta com as informações relevantes da internação hospitalar, incluindo vacinas e exames de triagem neonatal, de acordo com a idade, peso e condição clínica do recém-nascido.	0,97 (n=32)	2ª
AL2	Acompanhante orientado sobre a necessidade de seguimento no acompanhamento das condições de saúde do recém-nascido.	0,95 (n=41)	1ª
Instrução AL2	Checar se o acompanhante foi orientado quanto à importância de manter o seguimento de consultas do recém-nascido no Centro de Saúde da área de abrangência de seu domicílio e se houve o agendamento da primeira consulta, seja na Atenção Básica e/ou no ambulatório do serviço de referência da instituição.	1,00 (n=33)	2ª
AL3	Acompanhante orientado quanto à prescrição e armazenamento das medicações de uso domiciliar.	0,91 (n=39)	1ª
Instrução AL3	Checar se o acompanhante foi orientado quanto à prescrição e armazenamento das medicações de uso domiciliar.	0,94 (n=31)	2ª
AL4	Acompanhante treinado para a administração das medicações de uso domiciliar.	0,91 (n=39)	1ª
Instrução AL4	Checar se o acompanhante foi treinado para a administração das medicações de uso domiciliar.	0,94 (n=31)	1ª
AL5	Acompanhante orientado quanto aos riscos de infecção no ambiente extra-hospitalar.	0,95 (n=41)	1ª
Instrução AL5	Checar se o acompanhante foi orientado quanto aos riscos de infecção no ambiente extra-hospitalar, como higienizar as mãos antes de tocar o recém-nascido ou manipular os objetos que ele possivelmente possa levar à boca, evitar exposição a condições atmosféricas extremas, à fumaça de cigarro e aos ácaros do pó da casa.	0,93 (n=40)	1ª
AL6	Acompanhante orientado quanto aos riscos de queda e à forma adequada de transporte do recém-nascido.	0,98 (n=42)	1ª

Quadro 2 – Cont.

Item	Descrição final	IVC* final (n especialistas†)	Rodada de validação
Instrução AL6	Checar se o acompanhante foi orientado quanto aos riscos de queda e à forma adequada para transporte do recém-nascido.	0,95 (n=41)	1ª
AL7	Acompanhante orientado quanto aos cuidados com a pele e higienização corporal.	0,98 (n=42)	1ª
Instrução AL7	Checar se o acompanhante foi orientado quanto aos cuidados com a pele e a higienização corporal, como a temperatura adequada para o banho de imersão e a prevenção do acúmulo de secreções na área de fraldas.	0,95 (n=41)	1ª

* IVC = Índice de Validade de Conteúdo; †n = número de especialistas que avaliaram o item com nota 3 = concordo; ‡AL = alta.

As versões finais dos *checklists* disponíveis em <https://doi.org/10.48331/scielodata.ONGNKQV> abordam as dimensões “identificação do paciente”, “comunicação efetiva”, “segurança medicamentosa”, “prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde”, “prevenção de quedas” e “prevenção de lesão de pele”. A estrutura em uma página (frente e verso) foi mantida.

A versão final do *checklist* de admissão englobou três itens em cada uma das dimensões: “identificação do paciente”, “comunicação efetiva”, “prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde”, “prevenção de quedas” e “prevenção de lesão de pele”. Já no quesito “segurança medicamentosa”, o *checklist* foi finalizado com dois itens.

A versão final do *checklist* de preparação para alta contemplou um item em cada uma das dimensões “identificação do paciente”, “comunicação efetiva”, “prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde”, “prevenção de quedas” e “prevenção de lesão de pele” e dois itens na dimensão “segurança medicamentosa”.

DISCUSSÃO

Devido à crescente complexidade da assistência em saúde, o número de EAs e incidentes relacionados a essa assistência tem aumentado substancialmente, o que coloca a SP como foco central das atividades desenvolvidas por profissionais⁽¹⁴⁾. Dessa forma, são necessárias barreiras máximas de proteção e prevenção, por meio de diversas estratégias. No presente estudo, foram propostos dois *checklists*: um para a admissão e outro para a alta de RNs na UTIN, o que tem sido incentivado como estratégia para promoção da SP, podendo, também, ser adaptados a contextos individuais de assistência, minimizando a ocorrência de EAs⁽¹⁶⁾.

Entre as principais características de um *checklist*, pode-se citar o seu caráter não normativo e rígido, além da sua simplicidade, objetividade e uma base teórica sólida^(14,22). Por sistematizar o cuidado e diminuir a variabilidade entre profissionais, esses instrumentos potencializam o trabalho em equipe e a comunicação efetiva, além de possibilitar a realização de uma tarefa com passos em ordem específica e minimizar o esquecimento de alguma etapa por desatenção ou excesso de confiança^(14,22).

Adicionalmente, os *checklists* precisam ter aplicabilidade em diferentes cenários e possibilidade de medição⁽¹⁴⁾. Para que essas características possam ser alcançadas, é fundamental a criteriosidade do seu processo de elaboração e validação, além do envolvimento de profissionais experientes. A participação de enfermeiras especialistas na assistência à beira leito com *expertise* em ensino/pesquisa contribui significativamente na avaliação teórica do conteúdo de um instrumento e sua aplicabilidade na prática clínica⁽¹⁶⁾. Corroborando a evidência encontrada, é notável a colaboração dos especialistas no desenvolvimento dos itens de ambos os *checklists* propostos no presente estudo, resultando em índices de concordância que evoluíram de 0,30 para 0,91. Digno de nota, foi possível obter IVC > 0,9 em quase todos os itens avaliados.

Quanto à temática dos *checklists*, uma revisão da literatura apontou que, no campo da pediatria, essas ferramentas são voltadas majoritariamente para cirurgia segura, uso seguro de medicamentos, comunicação efetiva, terapia intensiva, intubação traqueal, transfusão de hemocomponentes e realização de radiografias⁽²³⁾. Conteúdos semelhantes foram abordados no *checklist* resultado do presente estudo, que também foi embasado em revisão de literatura, mas com foco no público neonatal. Isso demonstra que as preocupações

para a neonatologia e pediatria são semelhantes, apesar das especificidades de cada faixa etária. Entretanto, para os momentos de alta e admissão, não foram encontrados *checklists* na literatura, o que faz deste estudo o pioneiro nesse cenário.

Os momentos de admissão e alta são considerados críticos no cenário neonatal. A admissão em unidades neonatais é fundamental para garantir a sobrevivência do neonato crítico, especialmente do prematuro. Trata-se de período de adaptação do padrão fetal para o ambiente extrauterino, no qual fica evidenciada a imaturidade fisiológica. As ações adotadas nesse momento, portanto, impactam significativamente o seu prognóstico e desenvolvimento⁽⁹⁾.

O crescente avanço na assistência em saúde tem permitido a sobrevivência de muitos neonatos críticos. Entretanto, vários desses pacientes apresentam problemas em saúde complexos e crônicos permanentes após a alta hospitalar⁽²⁴⁾. Portanto, o momento da alta também é considerado crítico, já que se devem garantir a transição e a coordenação segura dos cuidados, por vezes bastante específicos, dos profissionais de saúde para a família ou cuidadores⁽⁹⁾.

Uma transição de cuidados ideal deve ser segura, oportuna, eficiente, eficaz, equitativa, centrada no paciente e na família, bem como ser socialmente responsável⁽¹¹⁾. Para alcançar esses critérios, a padronização e a eficiência da comunicação e do cuidado foram definidas como fatores que devem ser considerados. Por sua vez, esses podem ser atingidos eficientemente por meio do uso de instrumentos como os *checklists*⁽¹¹⁾. Um ponto limitante e desafiador no preparo para a alta hospitalar é a falta de sistematização, padronização e registro de ações, o que pode influenciar o estresse dos pais, perda de tempo e aumento da insegurança^(9,11). Portanto, é evidente a necessidade de sistematizar e garantir qualidade e segurança a esses dois momentos da internação neonatal. Notavelmente, os *checklists* propostos no presente trabalho avançam nesses pontos, podendo ser fatores preponderantes na sistematização e padronização da admissão e da alta⁽²⁵⁾.

Entre as metas internacionais de SP, destaca-se a identificação correta do paciente, sendo que as falhas nesse processo predispoem à ocorrência de EAs, especialmente em momentos cruciais como os de admissão e alta. Revisão de escopo, que teve como foco o mapeamento das estratégias utilizadas para a identificação de neonatos, evidenciou o uso da pulseira de identificação em dez dos 11 artigos incluídos na busca⁽²⁶⁾. No entanto, outro estudo conduzido durante a admissão de neonatos em uma UTIN mostrou que, apesar de 80% dos neonatos possuírem pulseira de identificação, nenhuma dessas pulseiras continha suas informações validadas⁽²⁷⁾. Essa falha na conferência pode ser um indicativo da

desimportância conferida pela equipe em relação às medidas de segurança voltadas para a identificação do paciente^(26,28). Dessa forma, o uso do *checklist*, mais uma vez, mostra-se um lembrete aos profissionais e, principalmente, uma importante ferramenta de sistematização nesses processos.

Com relação à variável da comunicação efetiva, constituinte do presente *checklist*, trata-se de um processo cujas falhas também originam EAs, motivo pelo qual ela foi estabelecida como a segunda meta internacional de SP, e é alvo de significativo número de produções científicas. Dessa forma, recomenda-se que o preparo para a alta deve iniciar logo após a admissão, em conjunto com a família⁽²⁴⁾. Esse preparo em tempo oportuno permite à família o desenvolvimento de competências e habilidades para o cuidado domiciliar, reduzindo o estresse, a ansiedade e as taxas de reinternações^(25,29). Cabe ao enfermeiro fornecer orientações e supervisionar essa transição de cuidados, sendo fundamental a comunicação efetiva como estratégia para garantia da alta segura. Algumas tecnologias educativas podem contribuir para esse momento, como cartilhas, folders e o próprio uso de *checklists*⁽²⁹⁾.

No que tange ao domínio de segurança medicamentosa, revisão integrativa da literatura apontou que a utilização do *checklist* voltado a essa temática contribuiu para o aumento da qualidade da prescrição médica, redução dos erros de administração e identificação precoce desses erros, para intervenções em tempo oportuno⁽²³⁾. Com relação ao cenário domiciliar, ressalta-se que os erros medicamentosos são os principais EAs após a alta⁽²⁴⁾ e, portanto, trata-se de assunto de fundamental discussão, tanto na admissão quanto na alta do paciente neonatal.

As infecções associadas à saúde estão entre as maiores preocupações das UTINs, pois, durante o período neonatal, a imaturidade do sistema imunológico contribui para que as infecções sejam a causa importante de morbimortalidade de RNs internados. Portanto, a prevenção de infecções deve acontecer desde o nascimento até a alta hospitalar do RN. Estudo de coorte que acompanhou RNs pré-termo durante 24 meses mostrou que 47% precisaram ser reinternados após a alta hospitalar, sendo 70% desses por infecções do trato respiratório, e 15%, por outras doenças infecciosas⁽³⁰⁾. Alinhada a essas informações, a higiene das mãos configura-se uma estratégia simples a ser seguida pelos profissionais de saúde e pela família, devendo ser continuada no domicílio. Em estudo nigeriano, no qual foram observadas 459 oportunidades de higienização das mãos em ambiente domiciliar durante o cuidado com o neonato, somente 1% foram consideradas adequadas⁽³¹⁾. Esse mesmo estudo mostra que as recomendações no momento da alta são infrequentes e

não padronizadas, resultando no esquecimento pela mãe uma semana após a alta⁽³¹⁾.

Destacam-se também os cuidados com a pele do RN abordados nos *checklists* aqui propostos. A pele configura a principal barreira do corpo humano contra patógenos, além de favorecer a termorregulação e o equilíbrio eletrolítico⁽³²⁾. Devido à imaturidade da pele do neonato – especialmente do estrato córneo – e sua consequente vulnerabilidade ao meio externo, é fundamental acompanhar a pele e a temperatura do RN desde a admissão⁽³²⁾. Além de orientar os cuidadores quanto ao processo de higienização corporal e aos cuidados com a pele, é necessário que os cuidadores realizem os cuidados na prática sob supervisão ainda durante a internação, o que reduz o estresse e a insegurança⁽²⁵⁾.

No que se refere ao risco de queda, os *checklists* propostos indicam a avaliação sistemática de travas de rodas de berços e incubadoras, fechamento das portinholas e fornecimento de informações ao acompanhante sobre a temática. Estudo que avaliou a adesão dos profissionais de saúde às ações de SP neonatal durante a admissão apontou rodas destravadas em 55,5% das observações⁽²⁷⁾. Ademais, um segundo estudo mostrou baixa conformidade no fornecimento de informações referentes ao risco de queda do neonato no momento da alta⁽²⁴⁾.

De forma geral, a literatura aponta que a família apresenta carga emocional significativa no momento da alta, o que pode influenciar o aprendizado de informações. Portanto, não basta apenas que o enfermeiro oriente, mas é necessário verificar se os cuidadores compreenderam e assimilaram as orientações^(9,25). Em particular, esses pontos podem ser verificados no momento do preenchimento do presente *checklist*.

Apesar de o *checklist* ser utilizado de forma bem estruturada em determinados ambientes, como centros cirúrgicos, promovendo desfechos positivos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), seu uso ainda é incipiente, especialmente em neonatologia⁽¹⁶⁾. A translação do conhecimento é um processo dinâmico e iterativo que inclui síntese, disseminação, troca e aplicação ética do conhecimento, para obter resultados benéficos para a sociedade, porém, na prática, esse processo ainda encontra diversas barreiras em níveis individuais e institucionais⁽³³⁾.

Entre as dificuldades encontradas para a implementação dos *checklists* na prática, tem-se a dificuldade de monitoramento do uso do instrumento, o fato de alguns profissionais não acreditarem que essas ferramentas sejam capazes de prevenir erros assistenciais ou, ainda, que eles são experientes o suficiente para não precisarem de lembretes do seu processo de trabalho^(15,22). Portanto, uma das estratégias é incluí-los

na formulação desses instrumentos e/ou envolvê-los nas etapas de implementação, revisão e avaliação. Para que o *checklist* possa se provar efetivo, entretanto, são necessárias, após elaboração e validação, capacitação, implementação, revisão e avaliação contínuas⁽¹⁴⁾, etapas ainda necessárias ao presente instrumento.

Apresenta-se como limitação o fato de o instrumento ainda não ter sido testado na prática clínica. É recomendável realizar estudos piloto em ambientes de prática e considerar testes de validação com usuários finais, para alcançar outros critérios e atributos, como sensibilidade, confiabilidade e praticabilidade no cotidiano profissional.

CONCLUSÃO

O conteúdo de dois *checklists* voltados para a admissão e alta seguras em UTIs foi elaborado e validado. Tratam-se de instrumentos com potencial transformador da prática, pois foram propostos com base em evidências científicas e práticas recomendadas, além de serem passíveis de adaptação a contextos individuais de assistência.

O envolvimento de profissionais experientes assegurou ao *checklist* relevância, em razão dos altos índices de concordância. A implementação desses *checklists* representa um avanço na promoção da segurança, na qualidade do cuidado e no registro de informações, contemplando um indicador importante de qualidade da assistência.

São necessários estudos que apliquem os *checklists* na prática, a fim de avaliar sua usabilidade e os possíveis impactos na SP neonatal. Destaca-se ainda a necessidade de revisões e avaliações contínuas, a fim de garantir a efetividade assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Miller LE, DeRienzo C, Smith PB, Bose C, Clark RH, Cotten CM, et al. Association between neonatal intensive care unit medication safety practices, adverse events, and death. *J Perinatol*. 2021;41(7):1739–44. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-00857-y>
2. Nickel N, Amin D, Shakeel F, Germain A, Machry J. Handoff standardization in the neonatal intensive care unit with an EMR-based handoff tool. *J Perinatol*. 2021;41(3):634–40. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-0740-z>
3. Brado L, Tippmann S, Schreiner D, Scherer J, Plaschka D, Mildenberger E, et al. Patterns of safety incidents in a neonatal intensive care unit. *Front Pediatr*. 2021;9:664524. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.664524>
4. Maziero ECS, Cruz EDA, Batista J, Alpendre FT, Brandão MB, Krainski ET. Association between professional qualification and adverse events in neonatal and pediatric intensive treatment units. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42:e20210025. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20210025>

5. Tsilimingras D, Natarajan G, Bajaj M, Agarwal P, Lua J, Deriemacker A, et al. Postdischarge adverse events among neonates admitted to the neonatal intensive care Unit. *J Patient Saf.* 2022;18(5). <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000960>
6. Shillington J, McNeil D. Transition from the neonatal intensive care unit to home: a concept analysis. *Adv Neonatal Care.* 2021;21(5):399–406. <https://doi.org/10.1097/anc.0000000000000835>
7. Ncube RK, Barlow H, Mayers PM. A life uncertain — My baby's vulnerability: mothers' lived experience of connection with their preterm infants in a Botswana neonatal intensive care unit. *Curationis.* 2016;39(1):e1–9. <https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1575>
8. Green J, Fowler C, Petty J, Whiting L. The transition home of extremely premature babies: an integrative review. *J Neonatal Nurs.* 2021;27(1):26–32. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2020.09.011>
9. Adama EA, Adua E, Bayes S, Mörelus E. Support needs of parents in neonatal intensive care unit: an integrative review. *J Clin Nurs.* 2022;31(5–6):532–47. <https://doi.org/10.1111/jocn.15972>
10. Abraham J, Meng A, Tripathy S, Avidan MS, Kannampallil T. Systematic review and meta-analysis of interventions for operating room to intensive care unit handoffs. *BMJ Qual Saf.* 2021;30(6):513–24. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-012474>
11. Kaplan HC, Edwards EM, Soll RF, Morrow KA, Meyers J, Timpson W, et al. Variability in the systems of care supporting critical neonatal intensive care unit transitions. *J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc.* 2020;40(10):1546–53. <https://doi.org/10.1038%2Fs41372-020-0720-3>
12. Gallois JB, Zagory JA, Barkemeyer B, Knecht M, Richard L, Vincent K, et al. Handoff tool improves transitions from the operating room to the neonatal intensive care unit. *Pediatr Qual Saf.* 2023;8(5):e695. <https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000695>
13. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, West DC, Rosenbluth G, Allen AD, et al. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *N Engl J Med.* 2014;371(19):1803–12. <https://doi.org/10.1056/nejmsa1405556>
14. Concha-Torre A, Díaz Alonso Y, Álvarez Blanco S, Vivanco Allende A, Mayordomo-Colunga J, Fernández Barrio B. Las listas de verificación: ¿una ayuda o una molestia? *An Pediatr.* 2020;93(2):135.e1–135.e10. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.006>
15. Carr LH, Padula M, Chuo J, Cunningham M, Flibotte J, O'Connor T, et al. Improving compliance with a rounding checklist through low-and high-technology interventions: a quality improvement initiative. *Pediatr Qual Saf.* 2021;6(4). <https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000437>
16. Manzo BF, Silva DCZ, Fonseca MP, Tavares IVR, Marcatto JO, Mata LRF, et al. Content validity of a Safe Nursing Care Checklist for a neonatal unit. *Nurs Crit Care.* 2023;28(2):307–21. <https://doi.org/10.1111/nicc.12831>
17. Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.
18. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília, DF; 2013[cited 2023 Nov 9]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
19. World Health Organization (WHO). International Patient Safety Goals (IPSG) [Internet]. Geneva:WHO; 2017[cited 2023 Nov 9]. Available from: <https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>
20. Polit DF, Beck CT. Study guide for essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice. 10ª edição. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2022.
21. Kirshner B, Guyatt G. A methodological framework for assessing health indices. *J Chronic Dis.* 1985;38(1):27–36. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(85\)90005-0](https://doi.org/10.1016/0021-9681(85)90005-0)
22. Santos Alves DF, Silva SO, Ullman A, Maia FOM. Effectiveness of checklists in multidisciplinary rounds for improving patient safety in the pediatric intensive care unit: a systematic review protocol. *JBI Evid Synth.* 2022;20(7):1835–41. <https://doi.org/10.11124/jbies-21-00180>
23. Melo AVOG, Noronha RDB, Nascimento MAL. Use of checklist for safe care of hospitalized children. *Rev Enferm UERJ.* 2022;30:e62005. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.62005>
24. Pucca BG, Ribeiro MRR, Acosta AM, Costa DG, Milioni KC, Oliveira JLC. Safety elements and understanding of guidelines at discharge from Neonatal Intensive Care Units. *Rev Gaúcha Enferm.* 2022;43:e20210262. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210262.en>
25. Vargas RSF, Oliveira GT, Bertolossi MC, Campos AM, Santos BE. Preparation of parents of preterm newborn for hospital discharge: proposal for a protocol. *Rev Pesqui Cuid Fundam.* 2021;12:386–92. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.8264>
26. Rissi GP, Shibukawa BMC, Ferreira AMD, Uema RTB, Merino MFGL, Higarashi IH. Newborn patient identification: scoping review. *Rev Eletrôn Enferm.* 2022;24:67546. <https://doi.org/10.5216/ree.v23.67546>
27. Mendes LA, Costa ACL, Silva DCZ, Simões DAS, Côrrea AR, Manzo BF. Adherence of the nursing team to patient safety actions in neonatal units. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(2):e20200765. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0765>
28. Pierot EV, Silva DAFV, Santos FMC, Martins MP, Moura AI. Sistema de identificação do paciente: estudo observacional da qualidade da assistência à saúde. *Rev Enferm Atual Derme.* 2021;95:e-021130. <https://doi.org/10.31011/raid-2021-v.95-n.35-art.1180>
29. Araujo CMMO, Silva CTS, Macedo FLC, Silva JC, Palombo CNT, Martins RDE. Critérios relacionados à alta hospitalar segura do recém-nascido: uma revisão integrativa. *Enferm: Cuid Human.* 2023;12(2):e3198. <https://doi.org/10.22235/ech.v12i2.3198>
30. Do CHT, Børresen ML, Pedersen FK, Geskus RB, Kruse AY. Rates of rehospitalisation in the first 2 years among preterm infants discharged from the NICU of a tertiary children hospital in Vietnam: a follow-up study. *BMJ Open.* 2020;10(10):e036484. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036484>
31. Nalule Y, Buxton H, Flynn E, Oluyinka O, Sara S, Cumming O, et al. Hygiene along the continuum of care in the early post-natal period: an observational study in Nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):589. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03282-3>
32. Wilborn D, Amin R, Kottner J, Blume-Peytavi U. Skin care in neonates and infants: a scoping review. *Skin Pharmacol Physiol.* 2023;36(2):51–66. <https://doi.org/10.1159/000529550>
33. Murunga VI, Oranje RN, Bates I, Tagoe N, Pulford J. Review of published evidence on knowledge translation capacity, practice and support among researchers and research institutions in low- and middle-income countries. *Health Res Policy Syst.* 2020;18(1):16. <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0524-0>

■ **DISPONIBILIDADE DE DADOS E MATERIAL**

<https://doi.org/10.48331/scielodata.OGNKQV>

■ **CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA**

Conceitualização: Daniela Cristina Zica Silva, Bruna Figueiredo Manzo.

Curadoria de dados: Daniela Cristina Zica Silva, Luciana Regina Ferreira da Mata, Bruna Figueiredo Manzo.

Análise formal: Daniela Cristina Zica Silva, Luciana Regina Ferreira da Mata, Bruna Figueiredo Manzo.

Pesquisa: Daniela Cristina Zica Silva, Luciana Regina Ferreira da Mata, Bruna Figueiredo Manzo.

Metodologia: Daniela Cristina Zica Silva, Luciana Regina Ferreira da Mata, Bruna Figueiredo Manzo.

Administração de projeto: Bruna Figueiredo Manzo.

Supervisão: Bruna Figueiredo Manzo.

Redação do manuscrito original: Catharine Galvão Diniz, Giulia Ribeiro Schettino Regne.

Redação – revisão e edição: Catharine Galvão Diniz, Giulia Ribeiro Schettino Regne, Allana dos Reis Corrêa, Luciana Regina Ferreira da Mata, Bruna Figueiredo Manzo.

Não há conflitos de interesse.

■ **AUTORA CORRESPONDENTE**

Catharine Galvão Diniz

E-mail:cathagd@hotmail.com

Recebido: 13.05.2024

Aprovado: 25.09.2024

Editor associado:

Helena Becker Issi

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira