



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

MYCHELANGELA DE ASSIS BRITO

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM *CHECKLIST* SOBRE
COMUNICAÇÃO SEGURA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA
UNIDADE NEONATAL**

TERESINA, PI

2021

MYCHELANGELA DE ASSIS BRITO

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM *CHECKLIST* SOBRE
COMUNICAÇÃO SEGURA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA
UNIDADE NEONATAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGEnf da Universidade Federal do Piauí – UFPI, na área de concentração Enfermagem no Contexto Social Brasileiro e linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, como requisito para obtenção do Título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha

TERESINA, PI

2021

Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do CCS
Serviço de Processamento Técnico

B862e Brito, Mychelangela de Assis.
Elaboração e validação de um *checklist* sobre comunicação segura dos cuidados de enfermagem na unidade neonatal / Mychelangela de Assis Brito. -- Teresina, 2021.
126 f. : il.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2022.

Orientação: Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha.
Bibliografia

1. Recém-nascido. 2. Segurança do paciente. 3. Comunicação. 4. Lista de checagem. 5. Estudo de validação. I. Rocha, Silvana Santiago da. II. Título.

CDD 610.73

Elaborada por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014

MYCHELANGELA DE ASSIS BRITO

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM *CHECKLIST* SOBRE
COMUNICAÇÃO SEGURA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA
UNIDADE NEONATAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGEnf da Universidade Federal do Piauí – UFPI, na área de concentração Enfermagem no Contexto Social Brasileiro e linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, como requisito para obtenção do Título de Doutora em Enfermagem.

Data da aprovação:

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha (Presidente/Orientadora)
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profa. Dra. Marialda Moreira Christoffel (Examinadora externa)
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Profa. Dra. Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho (Examinadora externa)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. José Wicto Pereira Borges (Examinador interno)
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profa. Dra. Francisca Tereza de Galiza (Examinadora interna)
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profa. Dra. Marcia Teles de Oliveira Gouveia (Examinadora Suplente)
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profa. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino (Examinadora Suplente)
Universidade Federal do Piauí – UFPI

AGRADECIMENTOS

À Deus por compor tão agradáveis conquistas em minha vida, enxergando-me como digna de merecer todas as condições necessárias para esta realização e pela sua graça divina, além de ter colocado pessoas tão especiais ao meu lado, sem as quais certamente não teria dado conta! Também por ter me guiado nas estradas da vida, fazendo com que minhas muitas idas e vindas a Teresina tivessem sempre um final tranquilo, apesar do sono e do cansaço!

À minha mãe e todos meus familiares que vibram sempre comigo em todas minhas conquistas e sempre fazem “propaganda” positiva a meu respeito. Obrigada pela força!

À amiga Priscila Rocha e tia Paula Rocha, pessoas iluminadas que Deus colocou no meu caminho nos momentos em que mais precisei de ajuda e apoio. Abriram a porta do seu lar, abdicando de sua privacidade, para conceder-me um teto durante todo período em que precisei estar em Teresina para cumprir minhas obrigações. Serei profundamente grata a vocês por esse gesto de solidariedade e amizade!

Às amigas Lulus (Eldina Delmondes, Jéssica Nunes, Mirela Nadler e Priscila Rocha), as minhas queridas amigas Cristianne Teixeira, Maria Augusta e Ruth Cardoso e ao meu querido companheiro Luiz Felipe Montijano Wanderley, por só quererem o meu bem e me valorizarem tanto como pessoa. Vocês sabiam as palavras certas nas horas incertas. Escutavam calados e atentos às minhas angústias, lamentações e frustrações. Davam-me forças para superar todas as barreiras, as inúmeras vontades de desistir e todas as dificuldades e procrastinação ao longo desse doutorado. Vocês sabem todo meu sofrimento que foi chegar até aqui! Serei eternamente grata a vocês!

Aos meus queridos alunos e professores e coordenação de curso da Graduação em Enfermagem do *Campus* Amílcar Ferreira Sobral (CAFS/UFPI) por terem compreendido meus momentos de ausências. Em especial à Universidade Federal do Piauí, por me conceder realizar esse doutorado em processo de afastamento, o que contribuiu para uma jornada menos cansativa e de dedicação ao curso.

À minha querida e admirável orientadora Dra. Silvana Santiago da Rocha, pela especial devoção, companheirismo, amizade, bom humor, paciência e perseverança direcionados para a concretização deste estudo. Agradeço-a, especialmente, pela confiança e estímulo. Perto dela tudo parecia mais fácil! Um orgulho tê-la como orientadora. Obrigada pela colaboração para meu aprendizado e por ter me mostrado que a saúde da criança é bela e compartilhado comigo seus saberes, além da árdua tarefa de me “aguentar” nesta tese. Mais do que nunca

tenho a certeza de que escolhi a melhor professora para caminhar comigo, mais uma vez, nesta jornada importante da minha vida profissional!

À banca examinadora composta pelas doutoras Marialda Christoffel, Rhanna de Carvalho, Tereza de Galiza, Marcia Teles e Fernanda Valéria por aceitarem o convite em participar dessa construção desde a qualificação do projeto e que muito contribuíram com o trabalho, apontando considerações e sugestões muito válidas para melhoria do relatório final.

Em especial, ao querido Dr. José Wicto Pereira Borges, por sempre estar disponível a sanar minhas dúvidas, me acalmar em meio às angústias, me nortear neste trabalho e principalmente mostrar o caminho que eu precisava seguir sempre que eu o procurava com as minhas lamentações. Quanto foram os áudios e explicações! Serei eternamente grata por tudo que fez por mim!

Aos meus colegas de doutorado que contribuíram com meu crescimento e dividiram comigo as angústias e alegrias, ouvindo minhas bobagens e lamúrias (que não foram poucas). Foi bom poder contar com vocês! Em especial, à colega Vanessa Caminha Aguiar Lopes, que nos trâmites finais me ajudou com a análise de conteúdo dos juízes especialistas, momento este que jamais vou esquecer! Gratidão!

Ao Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI, na figura dos Mestres e Doutores pela disponibilidade, simpatia e atenção. Que o Senhor abençoe cada um de vocês, dando-lhes coragem, saúde e graça para continuarem nessa linda missão que é ensinar. Aos servidores, meu muito obrigada pelas inúmeras vezes que precisei ficar mais tempo na sala de estudos, por todas as vezes que precisei de ajuda em algum aspecto e por serem tão cordiais com todos os discentes!

Ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde do Hospital Regional Tibério Nunes em Floriano-PI, por ter autorizado a realização desta pesquisa e em especial à Enfermeira Ana Marcia Lima Miranda por ter permitido minha entrada nas dependências da Unidade Neonatal, além de todos os Enfermeiros que participaram ativamente da fase inicial de construção do *checklist* contribuindo imensamente com esse trabalho, propondo melhorias e mudanças para que esse instrumento ficasse o mais próximo da realidade.

Aos juízes especialistas que contribuíram para a validação de conteúdo do *checklist* proposto nessa tese. Sem vocês, esta etapa não teria se concretizado. Obrigada a todos pela disponibilidade para participar!

A todos que não foram citados, mas que ajudaram e contribuíram direta ou indiretamente para esta pesquisa, deixo aqui a minha enorme e sincera gratidão.

RESUMO

O uso de *checklist* sobre os cuidados de enfermagem na unidade neonatal promove a melhoria da comunicação e diminui a ocorrência de erros, o que o torna um instrumento importante no alcance da qualidade da assistência e da segurança do recém-nascido. Objetivou-se desenvolver um *checklist* sobre comunicação segura dos cuidados de enfermagem na Unidade Neonatal. Utilizou-se o Modelo de validade de conteúdo de Pasquali como referencial teórico-metodológico. Trata-se de uma pesquisa metodológica, desenvolvida em duas etapas: construção do *checklist* e validação de conteúdo. A etapa 1 foi constituída de três fases: (1) dimensão teórica, norteadas por uma revisão integrativa; (2) dimensão operacional norteadas a partir de elementos identificados na revisão integrativa, as especificidades da Unidade Neonatal, além do estabelecido pelas Metas Internacionais da Segurança do Paciente e as recomendações do Programa Nacional de Segurança do Paciente. A primeira versão foi construída em três categorias (Anotações; Checagem e Procedimentos) e 41 itens; (3) dimensão empírica, utilizando o ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*) com a participação de 15 enfermeiros atuantes na Unidade Neonatal de um Hospital Regional do interior do Piauí. Foram realizadas cinco reuniões para avaliação dos itens, a aplicação do *checklist* na prática assistencial para verificar a compreensão e a execução de melhorias na versão 1 a partir da experiência profissional. Na segunda versão manteve-se as três categorias e aumentou para 59 itens. Na etapa 2 foi utilizada a validação de conteúdo por 19 juizes especialistas, selecionados por meio de amostragem bola de neve, através da Plataforma *Lattes*, com atuação em neonatologia, tecnologias em saúde e/ou enfermagem, segurança do paciente e estudos de validação. A coleta de dados foi realizada de forma *online*, com o preenchimento do instrumento de caracterização e formulário de avaliação dos atributos: objetividade, clareza, simplicidade e relevância propostos por Pasquali. Predominaram mulheres (78,9%), com média de idade de 37,7 anos, provenientes de quatro das cinco regiões brasileiras (norte, nordeste, sul e sudeste). Todos os dados foram digitados no *Microsoft Excel* versão 2110. A análise estatística de concordância foi feita através da Razão de Validade de Conteúdo proposto por *Lawshe* e considerados válidos os itens que obtiverem proporção de concordância mínimo de 0,737. Após duas rodadas de avaliação pelos juizes especialistas, a versão final do *checklist* obteve índice de validade de conteúdo de 0,948, possuindo 64 itens distribuídos em 31 na categoria “Procedimentos”, 23 em “Checagem” e 30 itens em “Anotação de Enfermagem”. Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP com o Parecer nº 4.633.941. Portanto, o *checklist* construído e validado pode ser utilizado por todos os profissionais de enfermagem das instituições de saúde que prestam serviço na Unidade Neonatal, visto que poderá repercutir diretamente na segurança do paciente e na qualidade da assistência, além de promover uma comunicação segura dos cuidados de enfermagem. Sugere-se que outras pesquisas sejam realizadas em outros serviços de saúde, afim de inserir e validar novos itens diante de outras realidades.

PALAVRAS-CHAVE: Recém-nascido. Segurança do paciente. Comunicação. Lista de checagem. Estudo de validação.

ABSTRACT

The use of a checklist on nursing care in the neonatal unit promotes the improvement of communication and reduces the occurrence of errors, which makes it an important instrument in achieving the quality of care and the safety of the newborn. The objective was to develop a checklist on safe communication of nursing care in the Neonatal Unit. Pasquali's Content Validity Model was used as a theoretical-methodological framework. This is a methodological research, developed in two stages: construction of the checklist and content validation. Stage 1 consisted of three phases: (1) theoretical dimension, guided by an integrative review; (2) operational dimension guided from elements identified in the integrative review, the specificities of the Neonatal Unit, in addition to what was established by the International Goals for Patient Safety and the recommendations of the National Program for Patient Safety. The first version was constructed in three categories (Annotations; Checks and Procedures) and 41 items; (3) empirical dimension, using the PDCA cycle (Plan, Do, Check, Act) with the participation of 15 nurses working in the Neonatal Unit of a Regional Hospital in the interior of Piauí. Five meetings were held to assess the items, the application of the checklist in care practice to verify understanding and the implementation of improvements in version 1 based on professional experience. In the second version, the three categories were maintained and increased to 59 items. In step 2, content validation was used by 19 expert judges, selected through snowball sampling, through the Lattes Platform, with expertise in neonatology, health and/or nursing technologies, patient safety and validation studies. Data collection was performed online, with the completion of the characterization instrument and evaluation form of the attributes: objectivity, clarity, simplicity and relevance proposed by Pasquali. There was a predominance of women (78.9%), with a mean age of 37.7 years, coming from four of the five Brazilian regions (north, northeast, south and southeast). All data were entered into Microsoft Excel version 2110. Statistical analysis of agreement was performed using the Content Validity Ratio proposed by Lawshe, and items that obtained a minimum agreement proportion of 0.737 were considered valid. After two rounds of evaluation by expert judges, the final version of the checklist obtained a content validity index of 0.948, with 64 items distributed in 31 in the "Procedures" category, 23 in "Checks" and 30 items in "Nursing Notes". This research was approved by the CEP with Opinion No. 4,633,941. Therefore, the built and validated checklist can be used by all nursing professionals from health institutions that provide services in the Neonatal Unit, as it can directly affect patient safety and the quality of care, in addition to promoting safe communication of care. of nursing. It is suggested that further research be carried out in other health services, in order to insert and validate new items in the face of other realities.

KEY WORDS: Infant, Newborn. Patient Safety. Communication. Checklist. Validation Study.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	– Etapas do ciclo PDCA. Teresina, PI, Brasil, 2021	43
Quadro 2	– Critérios para seleção dos juízes <i>expertises</i> na área. Teresina-PI, Brasil, 2021	47
Quadro 3	– Sugestões dos juízes especialistas em relação ao título, finalidades e orientações de preenchimento, divisão em categorias e <i>layout</i> do <i>checklist</i> . Teresina, PI, Brasil, 2021	65
Quadro 4	– Sugestões feitas pelos juízes especialistas que não foram acatadas. Teresina-PI, Brasil, 2021	73
Quadro 5	– Sugestões feitas pelos juízes especialistas que foram acatadas. Teresina-PI, Brasil, 2021	76

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	– Ponto de corte para concordância dos itens segundo quantidade de juízes especialistas, Teresina-PI, 2021	49
Figura 2	– Primeira versão do <i>Checklist</i> sobre comunicação efetiva entre os profissionais de saúde para segurança do paciente na Unidade Neonatal	55
Figura 3	– Segunda versão do <i>Checklist</i> sobre comunicação efetiva entre os profissionais de saúde para segurança do paciente na Unidade Neonatal	60
Figura 4	– Versão final do <i>Checklist</i> para comunicação efetiva entre os profissionais de enfermagem para segurança do paciente na Unidade Neonatal	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Caracterização dos enfermeiros participantes da etapa de construção do <i>checklist</i> , através do ciclo PDCA, Floriano-PI, 2021	58
Tabela 2	– Características socioeducacionais dos especialistas da etapa de análise de conteúdo (n=19). Teresina, PI, Brasil, 2021	63
Tabela 3	– Perfil acadêmico e profissional dos juízes especialistas da etapa de análise de conteúdo (n=19). Teresina, PI, Brasil, 2021	64
Tabela 4	– Razão de Validade de Conteúdo da seção “Procedimentos” do <i>checklist</i> por atributos e geral conforme avaliação dos especialistas (n=19). Teresina, PI, Brasil, 2021	69
Tabela 5	– Razão de Validade de Conteúdo da seção “Checagem” do <i>checklist</i> por atributos e geral conforme avaliação dos especialistas (n=19). Teresina, PI, Brasil, 2021	71
Tabela 6	– Razão de Validade de Conteúdo da seção “Anotações” do <i>checklist</i> por atributos e geral conforme avaliação dos especialistas (n=19). Teresina, PI, Brasil, 2021	72
Tabela 7	– Segunda rodada da Razão de Validade de Conteúdo da seção “Procedimentos” do <i>checklist</i> por atributos e geral conforme avaliação dos especialistas (n=19). Teresina, PI, Brasil, 2021	81
Tabela 8	– Segunda rodada da Razão de Validade de Conteúdo da seção “Checagem” do <i>checklist</i> por atributos e geral conforme avaliação dos especialistas (n=19). Teresina, PI, Brasil, 2021	81
Tabela 9	– Segunda rodada da Razão de Validade de Conteúdo da seção “Anotações” do <i>checklist</i> por atributos e geral conforme avaliação dos especialistas (n=19). Teresina, PI, Brasil, 2021	82

LISTA DE SIGLAS

AMBEAS	Atenção Ambulatorial nos Países da América Latina
AVP	Acesso Venoso Periférico
BCG	Vacina do Bacilo de Calmette-Guérin
BDenf	Banco de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CE	Ceará
CEP/UFPI/CAFS	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí do <i>Campus</i> Amílcar Ferreira Sobral
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CIPNSP	Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CMV	Citomegalovírus
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPAP	Pressão Positiva Contínua de Vias Aéreas
CSP	Conferência Pan-Americana da Saúde
CVR	<i>Content Validity Ratio/Razão de Validade de Conteúdo</i>
CVR-I	CVR de cada item
CVR-S	CVR do instrumento
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DP	Desvio Padrão
EA	Evento Adverso/Eventos Adversos
ECO	Ecocardiograma
EIA	Área Irradiada Efetiva
EUA	Estados Unidos da América
FRAT	Ferramentas de avaliação de risco de queda pediátrica
GM	Gabinete Ministerial
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HRTN	Hospital Regional Tibério Nunes
IACS	Infecção Associada aos Cuidados em Saúde
IBEAS	Ibero-Americano de Eventos Adversos
IBECS	Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
IEC	<i>International Electrotechnical Commission</i>
IOM	Instituto de Medicina
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
JCI	<i>Joint Commission International</i>
LED	Lâmpadas Diodo Emissor de Luz
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde
M	Média
MA	Maranhão
Medline	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MISP	Metas Internacionais de Segurança do Paciente

MS	Ministério da Saúde
N/A	Não se aplica
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
NV	Nascidos Vivos
ODM 4	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 4
ODS	Objetivo do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCA	Persistência do Canal Arterial
PDCA	<i>Plan, Do, Check, Act</i>
PE	Pernambuco
PI	Piauí
PICC	Cateter Central de Inserção Periférica
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PPGenf	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PR	Paraná
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PUBMED	<i>US National Library of Medicine</i>
PURE	<i>Purposeful, Unambiguous, Respectful, Effective</i>
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RN	Recém-nascido/Recém-nascidos
ROP	Retinopatia da Prematuridade
RR	Roraima
SARS-COV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SBAR	<i>Situation, Background, Assessment and Recommendation</i>
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatrias
SECNS	Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde
SCOPUS	Banco de dados de resumos e citações organizados por especialistas
SP	São Paulo
SSVV	Sinais Vitais
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMNP	Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce
UCN	Unidade de Cuidados Neonatais
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UFPI	Universidade Federal do Piauí
USG	Ultrassonografia
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VHB	Vírus da Hepatite B
VHC	Vírus da Hepatite C
VM	Ventilação Mecânica Invasiva
VNI	Ventilação Não Invasiva
WHA	<i>World Health Assembly</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	24
2.1	Objetivo geral	24
2.2	Objetivos específicos	24
3	REVISÃO DE LITERATURA	25
3.1	Segurança do paciente em seu contexto histórico	25
3.1.1	Segurança do cuidado ao recém-nascido na Unidade Neonatal	29
3.2	Comunicação efetiva entre os profissionais de saúde na Unidade Neonatal	33
4	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	37
4.1	Modelo de validade de conteúdo de Pasquali	37
5	MÉTODO	40
5.1	Tipo de pesquisa	40
5.2	Etapa 1: construção do <i>checklist</i>	40
5.2.1	Fase 1: dimensão teórica ou de mapeamento da realidade	40
5.2.2	Fase 2: dimensão operacional (construção propriamente dita)	41
5.2.3	Fase 3: dimensão empírica – Ciclo PDCA	42
5.2.3.1	Cenário do estudo	43
5.2.3.2	Critérios de inclusão e exclusão	44
5.2.3.3	Coleta de dados do Ciclo PDCA	45
5.3	Etapa 2 – validação do <i>checklist</i>	45
5.3.1	Coleta de dados	47
5.3.2	Análise dos Dados	48
5.4	Aspectos éticos	50
6	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
6.1	Etapa 1 – fase 1: revisão integrativa	53
6.2	Etapa 1 – fase 2: construção dos itens do <i>checklist</i>	53
6.3	Etapa 1 – fase 3: ciclo PDCA	57
6.4	Etapa 2 – análise de conteúdo do <i>checklist</i> (validação)	62
6.5	Limitações do estudo	87
7	CONCLUSÃO	88
	REFERÊNCIAS	90
	APÊNDICES	107
	ANEXOS	119

1 INTRODUÇÃO

O termo recém-nascido (RN) de risco se refere

[...] àquele exposto a situações em que há maior risco de evolução desfavorável, que devem ser prontamente reconhecidas pela equipe de saúde, pois demandam atenção especial e prioritária (BRASIL, 2012, p. 21).

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil recomenda os seguintes critérios para identificar o RN de alto risco: RN com asfixia grave ao nascer (Apgar <7 no 5º min); RN pré-termo com peso ao nascer <2.000g; RN <35 semanas de idade gestacional; RN com outras doenças graves. Esses critérios que determinam risco ao nascer corroboram para a elevação das taxas de mortalidade infantil, em especial mortalidade neonatal precoce, definida pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) como mortes infantis ocorridas na primeira semana de vida (entre 0 a 6 dias de vida) (BRASIL, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), todos os anos nascem no mundo 20 milhões de RN de baixo peso, principalmente em decorrência de partos prematuros. Isso coopera de maneira substancial para a elevada taxa de mortalidade neonatal ainda existente em várias regiões, principalmente nos países em desenvolvimento (OMS, 2004), configurando um importante problema de saúde pública (BRASIL, 2002).

Em 2015, a meta global do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 4 (ODM 4) evidenciou que, entre os 5.942 milhões de crianças que não viveram até os 5 anos de idade, 2.681 milhões (45,1%) morreram no período neonatal (LIU *et al.*, 2016).

Mundialmente, 2,4 milhões de crianças morreram no primeiro mês de vida em 2019. Ocorreram aproximadamente 7.000 mortes de recém-nascidos todos os dias, o que representa 47% de todas as mortes de crianças com menos de 5 anos, contra 40% em 1990. A África teve a maior taxa de mortalidade neonatal em 2019 com 27 mortes por 1.000 nascidos vivos (NV), seguida pela Ásia Central e Meridional com 24 mortes por 1.000 NV. Na Europa e na América do Norte, 54% de todas as mortes de menores de cinco anos ocorrem durante o período neonatal (WHO, 2020).

No Brasil, até 2030, é Objetivo do Desenvolvimento Sustentável (ODS) acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países reduzindo a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2022).

O cuidado com a saúde do recém-nascido tem importância fundamental para a redução da mortalidade infantil, ainda elevada no Brasil, assim como para a promoção de melhor qualidade de vida e diminuição das desigualdades em saúde (BRASIL, 2012).

O número de óbitos para menores de 5 anos no Brasil apresentou uma importante redução entre os anos de 1990 e 2015: de 191.505, em 1990, para 51.226, em 2015, segundo distribuição por idade. Evidencia-se que houve mudança na proporção de óbitos por idade entre os períodos: em 1990, a faixa etária com o maior número de óbitos era de 28-364 dias – óbitos pós-neonatais, que representava aproximadamente 44% dos óbitos, seguido das faixas etárias de 0-6 dias – óbitos neonatais precoces, 1-4 anos e 7-27 dias – óbitos neonatais tardios. Em 2015, a mortalidade neonatal precoce despontou como o principal componente na ocorrência dos óbitos na infância, correspondendo a 41% dos casos, seguido das faixas de 28-364 dias, 7-27 dias e 1-4 anos (FRANÇA *et al.*, 2017).

A taxa de mortalidade nos anos de 1990 e 2015 estimadas para menores de 5 anos no Brasil foi de 52,5/1.000 NV, em 1990, e 17/1.000 NV, em 2015, o que representa uma diminuição de 67,6%. Em 1990, entre os 11 estados com maiores taxas de mortalidade em menores de 5 anos, nove encontravam-se no Nordeste, todos apresentando taxas acima de 60/1.000 NV. O ritmo de declínio médio das taxas de mortalidade entre 1990 e 2015 foi de 4,41% ao ano. A redução total nos níveis da mortalidade na infância foi em geral acima de 60%, muito maior na região Nordeste do que nas demais regiões do país (FRANÇA *et al.*, 2017).

Em 2016, também no Brasil, ocorreram 20.176 óbitos no período neonatal precoce, constituindo-se em 53,2% dos óbitos infantis, com Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (TMNP) de 6,7 óbitos por 1000 NV; já no Piauí, no referido ano, a taxa de mortalidade infantil ultrapassou a média nacional de 5%. O Estado teve uma média de 19,6% óbitos infantis, representando um aumento de 14,6% (BRASIL, 2016).

Um estudo de coorte realizado em Pelotas entre os anos de 1982, 1993, 2004 e 2015 evidenciou que, a mortalidade por 1.000 NV para neonatos com peso <1.500g diminuiu de 688 em 1982 para 259 em 2015, mas ainda representou 61% das mortes neonatais no último ano (VICTORA *et al.*, 2020).

Apesar das reduções, a mortalidade neonatal precoce ainda é um problema significativo em todo o mundo, tendo como principais causas de mortes as complicações prematuras do nascimento, pneumonia e eventos relacionados ao parto. Entre os neonatos, as principais causas são as complicações prematuras do nascimento, eventos relacionados ao

parto e sepse ou meningite. Entre as crianças que morreram no período de 1 a 59 meses, as principais causas foram pneumonia, diarreia e lesões (LIU *et al.*, 2016).

Já para a permanência dos altos índices de mortalidade nesse período, destacam-se como causas o baixo peso, as afecções originadas no período perinatal, sobressaindo-se os transtornos respiratórios e cardiovasculares e a asfixia ao nascer, mais comuns em RN pré-termo e de baixo peso (GAIVA; FUJIMORI; SATO, 2015; BRASIL, 2013). Ademais, indução do parto, Apgar no 5º min de vida menor que sete, presença de malformação congênita e necessidade de uso de surfactante, fatores esses relacionados à qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL *et al.*, 2018), bem como sexo masculino, anomalia congênita visível ao nascimento e prematuros extremos (< 32 semanas) configuram-se importantes condições de risco para o óbito de neonatos (MIGOTO *et al.*, 2018).

O cuidado adequado ao recém-nascido tem se tornado um dos principais desafios para redução das taxas de mortalidade infantil em nosso país, que é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida. Implica, portanto, no acompanhamento feito pelos profissionais de saúde em todo ciclo de gestação, a atenção adequada no momento do nascimento e os cuidados destinados aos RN, em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2011).

Dados epidemiológicos de um estudo realizado em Fortaleza-CE em 2011, mostram que 50% dos RN internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) possuem muito baixo peso ao nascer (entre 1000 e 1500g), e 30,8% têm extremo baixo peso (< 1000g). Destaca-se que o baixo peso é um fator que influencia na morbimortalidade e complicações clínicas durante o internamento do RN na UTIN (MAGALHÃES *et al.*, 2011).

No contexto do estado do Piauí, um estudo realizado em uma UTIN de Teresina-PI no ano de 2015 revelou que 39,54% dos RN que foram ao óbito nasceram com o peso entre 1000g e 2500g, seguido por 37,54% com peso abaixo de 1000g. Em relação às causas dos óbitos, o diagnóstico de maior prevalência foi a prematuridade (32,22%); seguido de anomalias (25,25%); infecções perinatais (13,62%), entre outras causas (MUNIZ *et al.*, 2017).

Em se tratando da complexidade, a Portaria nº 930 de 10 de maio de 2012, define as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidades Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e conceitua Unidade Neonatal como:

[...] serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos (BRASIL, 2012).

A unidade de cuidados neonatais (UCN) oferece intervenções médicas e cirúrgicas especializadas para recém-nascidos prematuros, com baixo peso ao nascer ou que tiveram complicações médicas ao nascer (CARTON; CORDWELL; STEINHARDT, 2020), e corresponde a todos os ambientes de cuidado ao recém-nascido, do local de nascimento aos locais onde ele permanece após o nascimento (BRASIL, 2019).

Está dividida de acordo com as necessidades do cuidado, nos seguintes termos: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) (BRASIL, 2012).

A UCIN é a unidade que atende o grupo de recém-nascidos que não requerem cuidados intensivos desde o momento de sua internação ou que já superou o período crítico, mas ainda não tem condições de alta hospitalar e sua divisão em UCINCo e UCINCa está presente desde a implantação da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru. O Método Canguru incorpora tecnologias simples e práticas humanizadas na unidade de terapia intensiva neonatal com finalidade de garantir a sobrevivência de bebês pré-termo ou gravemente enfermos (MAGALHÃES *et al.*, 2018).

Estudo de Miranda *et al.* (2021) sobre a situação dos leitos neonatais realizado em 606 maternidades da Rede Cegonha de todas as regiões do Brasil evidenciou que apenas 24,42% possuem uma linha de cuidados progressiva com leitos de cuidado intensivo e intermediário (convencional e canguru). Os leitos de cuidado intermediário Canguru são a minoria dos leitos implantados (11,27%).

Esses baixos índices refletem que o cuidado ofertado ao recém-nascido não está de acordo com sua condição clínica específica, o que prejudica o uso racional dos leitos, com internações em leitos intensivos desnecessárias e prolongadas em detrimento de um cuidado continuado e progressivo (MIRANDA *et al.*, 2021). É importante destacar que o cuidado progressivo é um elemento estratégico para a organização do cuidado ao RN grave ou potencialmente grave, com uma perspectiva de integralidade e humanização no cuidado neonatal (BRASIL, 2017).

O cuidado intermediário propicia uma atenção mais humanizada e um processo de adaptação mais adequado para o bebê e sua família. A manutenção do RN na UTIN por falta de unidade intermediária pode ocasionar maiores intervenções, maiores custos e riscos iatrogênicos ou infecções, e é nesse contexto que o cuidado intermediário promove uma atenção mais adequada (AUGUSTO, 2017).

A UTIN é um ambiente para tratar o RN prematuro e aqueles que de alguma forma correm um risco de morte, ou ainda, que apresentam algum tipo de problema ao nascer (BUSKO; MURATA, 2008). É o setor especializado no atendimento de pacientes de alto risco, que apresentam condições clínicas limítrofes de anormalidade e normalidade, onde qualquer evento demanda atenção especial e prioritária da equipe de saúde (LIMA; LEVENTHAL; FERNANDES, 2008).

Essa unidade admite pacientes de zero a 28 dias, os quais possuem seu sistema imunológico ainda em processo de formação, cujo desenvolvimento é menos acentuado quanto menor for a idade, tornando maior o risco de aquisição de doenças transmissíveis, aumentando as chances de desenvolver infecção hospitalar (ANVISA, 2005).

Para Costa e Padilha (2011) a UTIN constitui-se em um ambiente apropriado para a produção do saber no cuidado ao recém-nascido e que requer aparatos tecnológicos mais complexos, possibilidades de intervenções cirúrgicas, qualificação ou composição da equipe específica e organização da assistência, reforçando a importância do saber especializado para o cuidar mais competente, individualizado e seguro do recém-nascido de alto risco.

Cabe destacar também que, os RN podem estar expostos a maiores riscos devido a fatores particulares, como a extrema fragilidade fisiológica e sistemas orgânicos em desenvolvimento, os quais prejudicam sua segurança por demandarem cuidados específicos (TÁVORA *et al.*, 2008).

Tratando-se da segurança do RN, devido à sua complexidade, as UTIN acabam apresentando uma maior probabilidade de Evento Adverso (EA), pela diversidade de aparelhos necessários à monitorização contínua do paciente, a variedade de procedimentos que são realizados para manutenção da vida e da saúde de seus pacientes e as particularidades dos RN (SOUSA *et al.*, 2016; TOMAZONI *et al.*, 2015).

O termo Segurança do Paciente foi conceituado como sendo a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2013). Já o EA é definido como dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de internação do paciente ou resultou em uma incapacidade presente no

momento da alta. Importante destacar que o EA é um incidente com dano que pode ser evitado (BRASIL, 2014).

O tema Segurança do Paciente durante o processo de hospitalização ganhou notoriedade após a publicação do relatório americano “*To Err Is Human: Building A Safer Health Care System*” (Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro), no ano 2000, que apontou que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano vítimas de Eventos Adversos (EA) nos Estados Unidos da América (EUA). Essa alta incidência resultou em uma taxa de mortalidade maior do que as atribuídas aos pacientes com vírus da imunodeficiência humana (HIV) positivo, câncer de mama ou atropelamentos (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Demonstrando preocupação com esta situação, a OMS em 2004 lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) com objetivo de organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os EA (SOUSA *et al.*, 2016). Dentre esses conceitos encontra-se o de incidente, que é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente (ANVISA, 2017). Em parceria com a *Joint Commission International* (JCI) a OMS vem incentivando a adoção das Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP), como uma estratégia para orientar as boas práticas para a redução de riscos e EA em serviços de saúde (MOURA; MAGALHÃES, 2017).

Apesar dessa iniciativa, o estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos (IBEAS) realizado entre 2007 e 2009, em cinco países da América Latina mostrou que 10,5% dos pacientes hospitalizados ainda sofriam algum tipo de EA, e destes, 58,9% poderiam ter sido evitados e que a alta taxa de EA prevalente encontrada sugere que a segurança do paciente pode representar um importante problema de saúde pública nos hospitais participantes (ARANAZ-ANDRÉS *et al.*, 2011).

Nesse contexto, no Brasil, foi criado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, com a finalidade de instituir ações para promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Essa resolução orienta a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e a execução das ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, neste devem conter estratégias e ações de gestão de risco para atividades desenvolvidas nos serviços de saúde, incluindo aqueles referentes à prevenção e controle de EA e à promoção do ambiente seguro (BRASIL, 2013).

Os riscos à segurança do RN podem impactar em riscos à integridade física, caracterizando-os em incidentes com danos ou EA e são responsáveis pela morbidade-mortalidade que poderiam ser evitadas, representando ônus na questão econômica das instituições, além do ônus social e sofrimento causado ao RN, família e ao próprio profissional que cometeu o erro (LANZILLOTTI *et al.*, 2015).

Nesse sentido, o RN pode necessitar de intervenções terapêuticas, utilização de dispositivos invasivos e medicações que nem sempre são formuladas especificamente para eles, predispondo ao erro. Ademais, a segurança do paciente pode ser afetada, em algumas ocasiões, por questões relacionadas ao ambiente das UTIN, quando há uma infraestrutura inadequada, superlotação, quantidade inadequada de profissionais, sobrecarga de trabalho, recursos limitados ou má qualidade de equipamentos e materiais (DAL-BÓ; SILVA; SAKAE, 2012). Logo, de acordo com Rocha, Dantas e Lino (2015) é fundamental que os profissionais de saúde estejam revisitando suas práticas e reorganizando seu processo de trabalho sempre que, ao refletir sobre ele, perceberem que poderiam fazer melhor.

Uma revisão sistemática sobre EA em UTIN, demonstrou maior ocorrência relacionada à dosagem incorreta de medicação (38%), perda acidental do cateter intravascular (25%), lesão cutânea (21%) e infecção relacionada à assistência em saúde (20%) (LANZILLOTTI *et al.*, 2015); outro estudo aponta que a incidência de infecção hospitalar foi de 45,8% e a taxa de mortalidade por infecção relacionada à assistência em saúde foi de 33,8% (DAL-BÓ; SILVA; SAKAE, 2012).

Já uma revisão sistemática da literatura realizada com estudos do período compreendido entre 2001 a 2011 sobre incidentes, particularmente dos EA em UTIN, evidenciou que os incidentes mais frequentes estão vinculados a problemas no uso medicamentoso, principalmente no que concerne a dosagem incorreta ou inadequada, seguido da omissão (ato de não administrar o medicamento prescrito ou ausência de prescrição de medicamentos necessários), falha na técnica de administração e via de administração errada. Outros incidentes foram: infecção associada aos cuidados em saúde (IACS), lesão cutânea, problemas na ventilação mecânica (falha na extubação e extubação acidental) e perda de cateter vascular (LANZILLOTTI *et al.*, 2015).

Outro estudo que teve como objetivo analisar os principais fatores que interferem na segurança do paciente em unidade neonatal, na perspectiva dos pais, evidenciou que a falta de controle de visitas, insuficiência de informações, problemas quanto às rotinas da unidade e da dinâmica da equipe, falhas na realização de cuidados, e risco de infecção, foram consideradas como possíveis riscos à segurança dos RN (RODRIGUES *et al.*, 2018).

Os participantes do estudo sobre “Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em UTIN” referiram como principais fatores de risco que interferem na segurança do RN àqueles relacionadas à infra-estrutura inadequada, materiais de má qualidade, equipamentos antigos e sem manutenção periódica e à sobrecarga de trabalho por diminuição no quadro de funcionários. Esses fatores afetam substancialmente o cuidado seguro (TOMAZONI *et al.*, 2017).

Já o estudo de Gaíva, Rondon e Jesus (2017) sobre segurança do paciente em UTIN: percepção da equipe de enfermagem, apontam que as principais medidas de cuidado seguro estão relacionadas a: prevenção e controle de infecção, redução do manuseio desnecessário dos recém-nascidos e prevenção de erros de medicação.

Estratégias apontadas nos estudos para promover o cuidado seguro na UTIN restringiram-se principalmente, a higienização das mãos, prevenção de erros de medicações e manuseio mínimo do recém-nascido (GAÍVA; RONDON; JESUS, 2017), além de questões relacionadas ao controle de acesso à unidade, serviço de excelência, cuidado com empatia, precauções para evitar infecção, avaliação do risco de queda, adequada identificação do paciente, medidas para a correta prescrição/administração de medicamentos e comunicação efetiva.

A comunicação é fator determinante de qualidade e segurança. Para isso, é necessário que os profissionais estejam preparados e capacitados para garantir a efetividade na assistência sem gerar danos ao paciente (PENA; MELLEIRO, 2018). Ela é bidirecional e considerada eficaz quando o significado pretendido pelo “falante/ emissor” e o significado que o “ouvinte/receptor” percebe são o mesmo, ou seja, há entendimento da mensagem transmitida (REBRAENSP, 2013).

A comunicação efetiva é uma das principais metas internacionais para a prevenção de danos evitáveis ao paciente, podendo-se dar de forma verbal e não-verbal, sendo uma ferramenta terapêutica indispensável para o cuidado (BIASIBETTI *et al.*, 2019).

A comunicação ineficaz é considerada uma das principais causas de eventos adversos na atenção à saúde, repercutindo em cuidado inseguro, resultando em desfechos desfavoráveis, refletindo na qualidade da assistência e na segurança do paciente (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Falhas na comunicação entre os profissionais de saúde precisam ser discutidas, pois estão se tornando cada vez mais colaboradoras para um cuidado descontinuado e um tratamento inadequado, tornando-se uma preocupação atual no que tange à segurança do paciente (BUENO *et al.*, 2015).

É comprovado que os EA decorrentes de falhas na comunicação no âmbito hospitalar estão relacionados a vários fatores, entre eles estão as prescrições e ordens verbais, informações relativas a resultados de exames, bem como a comunicação ineficaz nas transferências intra e extra hospitalares. Somado a isso, o alto fluxo de informações, o número elevado de equipes assistenciais, bem como a rotatividade de atividades inerentes à prática diária, implica na necessidade de transmitir informações fidedignas a fim de contribuir para uma assistência integral, livre de danos a pacientes e familiares (ANVISA, 2017).

Muitos problemas de comunicação entre os profissionais de saúde ocorrem nas transições do cuidado, nas passagens de plantão ou trocas de turno. Tal comprovação sugere intervenções imediatas, no sentido de minimizar essas falhas e diminuir os EA (PENA; MELLEIRO, 2018).

A comunicação dos erros pode não ser realizada devido à falta de esclarecimento da importância da segurança do paciente ou devido à subnotificação relacionada a uma cultura de culpabilização do profissional que cometeu o erro, e como consequência, acaba prejudicando a análise em busca de soluções. Faz-se necessário que a comunicação deva ser aberta e não punitiva sobre os EA e falhas de segurança (ANVISA, 2017).

Entre os principais desafios encontrados para uma comunicação efetiva tem-se: a disparidade de profissões no mesmo setor, já que a forma de ensinar sobre comunicação pode diferir de uma categoria profissional para outra; o fato de uns profissionais se comunicarem mais que os outros; o poder da hierarquia, pois muitos profissionais sentem-se inibidos quando o gestor é de uma categoria superior (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Estudos apontam que a ausência de padronização ou roteiro sistematizado de comunicação no momento da transição de cuidados entre os membros da equipe multidisciplinar pode levar ao esquecimento de informações, ocasionando erros (ILAN *et al.*, 2012; ONG; COIERA, 2011; GOLÇALVES *et al.*, 2016).

Além disso, fica evidente que a adoção de medidas de intervenção como o uso de *checklists*, promove a melhoria da comunicação e diminui a ocorrência de erros, o que o torna um importante instrumento no alcance da qualidade e da segurança do atendimento (WHO, 2009). Ajuda a melhorar a eficácia do trabalho em equipe, promover a comunicação, diminuir a variabilidade, padronizar o atendimento e melhorar a segurança do paciente (CONCHA-TORRE *et al.*, 2020).

Isso posto, a elaboração e validação de um *checklist* sobre comunicação efetiva é importante para padronizar ações que promovam a segurança do RN hospitalizado e a prevenção de EA (TOMAZONI *et al.*, 2017).

Ao realizar uma revisão integrativa sobre tecnologias para a promoção da segurança do recém-nascido hospitalizado (BRITO; ROCHA, 2019), percebeu-se a necessidade de um instrumento que fosse utilizado como recurso assistencial e de comunicação para dar suporte ao profissional enfermeiro e demais membros da equipe multidisciplinar no que diz respeito a prevenção de EA. Para tanto, o *checklist* torna-se uma tecnologia que incorpora conhecimento científico e prática assistencial, proporcionando cuidado mais qualificado e eficiente.

Este artigo supracitado justifica a escolha pela temática desta tese, já que não foi encontrado nenhum *checklist* para a promoção da segurança do RN hospitalizado no âmbito da comunicação efetiva.

O *checklist* é uma lista de itens de ação, tarefas ou comportamentos organizados de maneira consistente, permitindo que o avaliador registre a presença ou ausência dos itens individuais listados. É considerado uma ferramenta importante para condensar grandes quantidades de conhecimento de maneira concisa, reduzir a frequência de erros de omissão, criar avaliações confiáveis e reproduzíveis e melhorar os padrões de qualidade e o uso das melhores práticas, podendo ser utilizado como ferramenta de segurança, ainda serve como documento, registro (HALES *et al.*, 2008).

O *checklist* é uma ferramenta que ajuda a não esquecer nenhuma etapa durante a execução de um procedimento, a realizar tarefas com uma ordem estabelecida, a controlar o cumprimento de uma série de requisitos ou a recolher dados de forma sistemática para a sua posterior análise. Ademais é um método simples e eficaz para reduzir o risco de erro devido a distrações ou excesso de confiança em tarefas padronizadas (CONCHA-TORRE *et al.*, 2020).

Revisão integrativa sobre “Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica”, que objetivou descrever evidências na literatura internacional para o cuidado seguro da criança hospitalizada após a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e elencar contribuições do referencial teórico geral da segurança do paciente para a enfermagem pediátrica, evidenciou apenas um estudo que trouxe o *checklist* como um instrumento adequado para ser utilizado no cuidado em pediatria, porém, está voltado apenas para cirurgia segura (WEGNER *et al.*, 2017).

A revisão integrativa sobre “Ferramentas de avaliação de risco de queda pediátrica – FRAT” mostrou, nos seus resultados que, existem várias FRAT pediátricos publicados na literatura, porém, nenhuma foi considerada confiável e válida entre instituições e populações diversas (DIGEROLAMO; DAVIS, 2017).

O *checklist* para administração de medicamentos, elaborado e validado por Cardoso *et al.* (2019) em um Centro de Pesquisa Clínica referência de um hospital universitário do Sul do

Brasil mostrou-se eficaz e está sendo utilizado na prática, apresentando boa receptividade pela equipe de enfermagem, a qual passou a ter maior atenção em relação aos cuidados referentes a administração de medicamentos.

No estudo de Moraes-Filho *et al.* (2017) sobre o desenvolvimento de um *checklist* dos principais diagnósticos de Enfermagem mediante intercorrências e susceptibilidade do recém-nascido mostrou-se eficiente ao desmistificar e romper as barreiras da dificuldade que os profissionais da enfermagem encontram na implementação do Processo de Enfermagem ao RN, melhorando, assim, a qualidade da assistência de enfermagem.

Ademais, a construção de um *checklist* para identificação de crianças de risco para alteração de linguagem oral desenvolvido por Panes, Corrêa e Maximino (2018) foi considerado um instrumento pertinente, abrangente, claro e relevante. Os *checklists* têm se mostrado uma ferramenta útil para a detecção de incidentes, principalmente em UTIN, com avaliação positiva dos profissionais de saúde da unidade, mas não são suficientemente desenvolvidos nas Unidades Neonatais (REDONDO *et al.*, 2017).

O *checklist* para Partos Seguros da OMS evidenciou que seu uso melhorou as práticas dos profissionais e das unidades de saúde e a qualidade dos cuidados para as mães e os recém-nascidos criando avanços e conhecimentos em todo o sistema acerca da segurança dos pacientes (OMS, 2017).

Deste modo, diante da relevância do tema, pretende-se, com esta pesquisa, a partir da criação de um *checklist*, contribuir com a melhoria da comunicação entre os profissionais de enfermagem e demais membros da equipe multidisciplinar que atuam na Unidade Neonatal, afim de evitar possíveis EA.

A aproximação com o tema segurança do paciente ocorreu durante a participação no Grupo de Pesquisa “Cuidando de crianças e adolescentes” cadastrado no diretório do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), cujas discussões realizadas durante as reuniões trouxe à tona essa problemática, ainda pouco difundida na literatura, que é a questão da falha de comunicação entre os profissionais de saúde para garantir a segurança do RN hospitalizado.

Falhas em diferentes processos de comunicação no ambiente hospitalar podem levar a erros e danos ao paciente. A construção de um *checklist* sobre comunicação efetiva torna-se relevante, já que esta é uma intervenção que visa reduzir falha de comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar, principalmente durante a transferência de responsabilidades no atendimento ao paciente entre os membros da equipe de cuidados de

saúde na mudança de turno, e está associada a melhorias substanciais na segurança do paciente (KHAN *et al.*, 2018).

Já o interesse pela temática da comunicação efetiva surgiu após visita à Unidade Neonatal do Hospital Tibério Nunes, onde foi constatada a ausência e a necessidade de um instrumento que auxiliasse os profissionais de saúde na melhoria da comunicação entre a equipe multidisciplinar, na tentativa de minimizar os EA.

Redondo *et al.* (2017) destacaram em seu estudo a satisfação dos profissionais de saúde com a introdução de um *checklist* na unidade de terapia intensiva neonatal, principalmente daqueles com menos anos de experiência, o que pode ser um reflexo da segurança que proporciona e uma mudança de cultura entre os profissionais mais jovens. No entanto, os autores destacam a necessidade de refletir o seu uso a partir de adaptação do *checklist* às outras unidades e às necessidades dos pacientes.

Portanto, como o processo de comunicação pode interferir na segurança do paciente hospitalizado, o *checklist* construído e validado visa a transição de cuidados, isto é, pretende que a equipe, ao final do turno de trabalho, faça a checagem de todos os procedimentos e anotações, para assim certificar-se que tudo foi realizado corretamente e que as pendências foram descritas no livro de registro, para que a próxima equipe possa dar continuidade à assistência aos RN.

Para tanto, faz-se necessário elencar as seguintes questões norteadoras: quais elementos são necessários e importantes para compor um *checklist* sobre comunicação efetiva para segurança do RN hospitalizado? O *checklist*, após processo de validação, revela-se adequado para ser utilizado pelo público-alvo?

Este estudo visa sustentar o seguinte pressuposto: a construção de um *checklist* sobre comunicação segura dos cuidados de enfermagem na unidade neonatal que resguarde seus principais elementos constitutivos, teóricos e empíricos, possui evidências de validade de conteúdo e é adequado para padronizar informações para a promoção da segurança do RN hospitalizado. Sugere-se que esse instrumento irá subsidiar uma melhor comunicação entre os profissionais que compõe a equipe multidisciplinar, garantindo maior segurança e qualidade na assistência, bem como, diminuindo os principais EA aos RN hospitalizados, através da checagem dos seus itens ao final do turno de trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Desenvolver um *checklist* para comunicação segura dos cuidados de enfermagem na Unidade Neonatal.

2.2 Objetivos específicos

- Construir um conjunto de indicadores acerca dos cuidados de enfermagem para promoção da segurança do recém-nascido hospitalizado para composição do *checklist*;
- Realizar a validação de conteúdo do *checklist* com profissionais e especialistas em unidade neonatal.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Na sequência, será apresentado o arcabouço teórico que sustenta a temática desta pesquisa e está dividido em três partes: (1) segurança do paciente em seu contexto histórico (2) segurança do cuidado ao RN na Unidade Neonatal e (3) comunicação efetiva entre os profissionais de saúde na Unidade Neonatal.

3.1 Segurança do paciente em seu contexto histórico

Este item visa mostrar a trajetória histórica e o trabalho desenvolvido pela OPAS/OMS (2011), para oferecer a toda a população da América Latina e Caribe uma assistência voltada às práticas baseadas em evidência e para a segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Serão utilizados como referências principais as regulamentações publicadas pela OPAS, *World Health Organization* (WHO), OMS e MS.

Em 1999 foi publicado um documento pelo Instituto de Medicina (IOM), dos EUA intitulado “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (*To err is Human: building a safer health system*), trazendo a preocupação por uma das dimensões da qualidade: a segurança do paciente (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Em maio de 2002, a 55ª Assembleia Mundial da Saúde acatou a resolução *World Health Assembly* (WHA) 55.18, “Qualidade da atenção: segurança do paciente”, que solicitava urgência aos Estados Membros em dispor maior atenção ao problema da segurança do paciente. Já em 2004, a 57ª Assembleia Mundial da Saúde apoiou a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente para liderar no âmbito internacional os programas de segurança do paciente. Em novembro do mesmo ano, a OMS criou a *World Alliance for Patient Safety*, que logo passou a se chamar *Patient Safety Program* (Programa Segurança do Paciente) com o objetivo de coordenar, disseminar e acelerar as melhorias relativas à segurança do paciente (WHO, 2008).

A *World Alliance for Patient Safety* apresenta programas estruturados em 13 grandes áreas de trabalho que discutem metas e desafios para a assistência segura (BRASIL, 2011), são elas: Área 1 - Desafios Globais para a Segurança do Paciente (*Global Patient Safety Challenges*), que envolve ações que promovem o comprometimento global, para melhorar a segurança da assistência em saúde em todos os países membros da OMS, tendo como primeira ação o *Clean Care is Safe Care* (Cuidado Limpo é Cuidado Seguro), que objetiva garantir a melhoria da higienização das mãos pelos profissionais de saúde; a segunda foi *Safe*

Surgery Save Lives (Cirurgias Seguras Salvam Vidas), que anseia melhorar em nível mundial a segurança dos tratamentos cirúrgicos em todos os contextos de atenção à saúde; e a terceira é *Adressing Antimicrobial Resistance* (Enfrentar a Resistência Antimicrobiana) tendo como ponto focal o uso racional de antimicrobianos, combatendo a resistência microbiana (WHO, 2009).

Segundo a WHO (2009) as outras áreas de ação que estruturam as 13 grandes áreas de trabalho para a segurança do paciente, como referenciado, são: Área 2 - *Patient for Patient Safety* (Pacientes pela Segurança do Paciente), orientando a parceria dos pacientes nos movimentos pela segurança do paciente em todo o mundo; Área 3 - *Research in Patient Safety* (Pesquisa em Segurança do Paciente), que incentiva a realização de pesquisas para o reconhecimento dos danos e desenvolvimento de estratégias para a prevenção dos mesmos; Área 4 - *Taxonomy for Patient Safety* (Taxonomia para a Segurança do Paciente), preocupou-se em padronizar internacionalmente a classificação das informações em segurança do paciente; Área 5 - *Reporting and Learning Systems* (Sistemas de Relato e Aprendizagem): estimula o desenvolvimento de ferramentas de notificação e análise de EA, além de abordagens de causa raiz que identifiquem as fontes dos erros, auxiliando na prevenção de recorrências; Área 9 - *Knowledge Management* (Gestão do Conhecimento): propõe reunir e compartilhar os conhecimentos que envolvem a evolução mundial da segurança do paciente; Área 10 - *Eliminating Central Line-associated Bloodstream Infections* (Eliminando Infecções de Cateter central): incentiva ações mundiais para prevenir, controlar e eliminar infecções relacionadas ao uso do cateter central nos serviços de saúde; Área 11 - *Education for Safer Care* (Educação para um cuidado mais seguro): desenvolve guias curriculares para alunos da área da saúde, voltados para a segurança do paciente; Área 12 - *Safety Prize* (Prêmio de Segurança): será um prêmio internacional que impulsionará mudanças e melhorias na área da segurança do paciente; Área 13 - *Medical Checklists* (*Checklists* para a área da saúde): baseado no sucesso do *checklist* para cirurgias seguras, esta área pretende ampliar o desenvolvimento de listas de verificação de segurança em saúde para outras áreas e serviços de saúde.

Importante destacar que esta pesquisa visa colocar em prática o que é preconizado nas Áreas 6, 7 e 8 para a melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde. A Área 6 - *Patient Safety Solutions* (Soluções para a Segurança do Paciente): propõe intervenções e ações práticas para prevenção de danos ao paciente; a Área 7 - *Hight 5S* (Alto 5S): pretende facilitar e implementar soluções padronizadas de segurança do paciente nas organizações como cuidado no preparo de soluções concentradas de eletrólitos, controle de medicações,

realização de procedimentos corretos em locais corretos, prevenir falhas de comunicação nas passagens de plantão, prevenção e redução das infecções relacionadas à assistência à saúde; já a Área 8 - *Technology for Patient Safety* (Tecnologias para a Segurança do Paciente): incentiva a promoção da segurança do paciente através do uso de novas tecnologias (WHO, 2009).

Entre inúmeras atividades desenvolvidas por este programa destacam-se as iniciativas globais que direcionam suas ações para a identificação de estratégias que ajudem a evitar riscos para os pacientes e ao mesmo tempo, norteiam os países que tenham interesse em implantá-los. O primeiro desafio global, no biênio 2005-2006, priorizou as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), com o tema “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”, cuja finalidade era promover a higiene das mãos como medida efetiva para a prevenção das infecções (WHO, 2005).

Importante destacar também a iniciativa da OMS, em 2005, na criação do programa “Pacientes pela Segurança dos Pacientes”, que busca assegurar a participação de pacientes e famílias, consumidores e cidadãos para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde (WHO, 2005).

Durante a 27ª Conferência Pan-Americana da Saúde (CSP), em 5 de outubro de 2007, foi emitida a Resolução CSP27R10, “Política e Estratégia Regional para a Garantia da Qualidade da Atenção Sanitária”, incluindo o tema segurança do paciente. Esta resolução tratou de priorizar a segurança do paciente e a qualidade da atenção nas políticas de saúde e programas setoriais, incluindo a promoção de uma cultura organizacional e pessoal de segurança do paciente e da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes (OPAS, 2007).

No Brasil, essas ações iniciaram em 2007, após a assinatura da Declaração de Compromisso na Luta contra as Iras, pelo MS. Em 2009, a OMS definiu a data de 5 de maio para instalação da Campanha Mundial de higiene das mãos. Posteriormente, o período de 2007 a 2008 foi marcado pelo segundo desafio que era promover a segurança dos pacientes na cirurgia com o tema “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” (WHO, 2009).

Em 2008 foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) como estratégia de articulação e de cooperação técnica entre instituições direta e indiretamente ligadas à saúde e educação de profissionais em saúde, com vistas a fortalecer o cuidado de enfermagem, a sua gestão, investigação, informação e educação inicial e na área da enfermagem e segurança do paciente (REBRAENSP, 2008).

Entre 2007 e 2009, realizou-se o estudo IBEAS em cinco países da América Latina. No final de 2012, a OPAS/OMS iniciou um estudo de investigação para conhecer a frequência

e a evitabilidade dos EA na Atenção Ambulatorial nos Países da América Latina – AMBEAS (BRASIL, 2013).

No ano seguinte, o MS, através da Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013, instituiu o PNSP, com os seguintes objetivos: contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional; promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013).

Esta Portaria instituiu, também, o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), instância colegiada, de caráter consultivo, que promove ações visando a melhoria da segurança do cuidado em saúde através de processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam. Compete ao CIPNSP: propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas, tais como: infecções relacionadas à assistência à saúde; procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia; prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados; processos de identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos serviços de saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais (BRASIL, 2013).

Ainda nesse mesmo ano, a Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013, aprovou os seis Protocolos de Segurança do Paciente que são: **Identificação do Paciente** – cuja finalidade é garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes, assegurando que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina; **Cirurgia Segura** – que determina as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e EA e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela OMS; **Prevenção de Lesão por Pressão** – afim de promover a sua ocorrência e de outras lesões da pele; **Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde** – com o intuito de prevenir e controlar as IRAS, visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes; **Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos** – cujo

objetivo é promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde; e **Prevenção de Quedas** (BRASIL, 2013).

E a RDC 36/2013, ampliou as ações de segurança do paciente e exigiu a criação dos núcleos de segurança do paciente em todas as instituições de saúde do território nacional. Neste documento constam os protocolos das seis metas internacionais de segurança compreendidas em: identificação do paciente; comunicação efetiva; prevenção de úlcera por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; prática de higiene das mãos em serviços de saúde; e prevenção de quedas e lesão por pressão (BRASIL, 2014)

Recentemente, no ano 2017, a OMS lançou o terceiro desafio global de segurança, “Medicação sem Danos”, que objetiva a redução em 50% dos danos graves e evitáveis associados à medicação, até os próximos cinco anos, a partir do desenvolvimento de sistemas de saúde mais seguros e eficientes em cada etapa do processo de medicação: prescrição, distribuição, administração, monitoramento e utilização, evitando, assim, práticas inseguras no uso de medicamentos (WHO, 2017).

Assim sendo, a prevenção dos problemas de segurança do paciente ocorre com o desenho ou planejamento de estruturas e processos, e inclui a implantação de boas práticas que diminuam o risco de dano ao paciente, como por exemplo, a identificação correta dos pacientes, *checklist* de segurança, limpeza e organização na preparação de medicamentos, imunização contra a gripe nos profissionais, entre outros (GAMA; SATURNO, 2017).

Portanto, o *checklist* que o estudo em tela se propõe a construir será uma ferramenta de grande utilidade dentro do serviço de saúde para melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde afim de promover a segurança dos RN hospitalizados.

3.1.1 Segurança do cuidado ao recém-nascido na Unidade Neonatal

Com vistas a fortalecer o embasamento teórico acerca da segurança dos cuidados aos RN hospitalizados, o MS publicou, a partir de 2011, quatro manuais, baseados em evidências científicas, direcionados para os profissionais de saúde sobre a Atenção à Saúde do Recém-Nascido (BRASIL, 2011). Este tópico irá explorá-los, bem como trará estudos sobre os principais cuidados que devem ser prestados a essa clientela com o intuito de favorecer a segurança deles na Unidade Neonatal.

Os cuidados prestados ao RN hospitalizado têm importância fundamental para a redução da mortalidade infantil, ainda elevada no Brasil, já que esta responde por quase 70%

das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao RN tem sido um dos desafios para reduzir esse índice em nosso País (BRASIL, 2012).

Neste sentido, o MS instituiu, no âmbito do SUS, a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 que cria a Rede Cegonha, como estratégia para qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo País, com vistas à redução das taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materna e infantil. Assim, a Rede Cegonha propõe garantir a todos os RN boas práticas de atenção, embasadas em evidências científicas e nos princípios de humanização (BRASIL, 2011).

Além desta portaria, os guias de atenção ao recém-nascido trazem em seu conteúdo a importância de conhecer as técnicas que deverão ser empregadas e suas indicações, além da escolha e utilização de material adequado para a realização dos procedimentos invasivos no cuidado do RN, principalmente no que concerne a prevenção da infecção relacionada à realização de procedimentos invasivos como a necessidade de manejo da dor, com vistas às boas práticas de atenção e à segurança do cuidado ao RN (BRASIL, 2011).

A decisão da conduta a ser tomada em cada caso, para um cuidado seguro, requer cautelosa avaliação dos riscos e benefícios dos procedimentos, dentre eles estão: as punções do calcanhar, venosa, arterial e cateterização percutânea; inserção de cateter central de inserção periférica (PICC); cateterismo umbilical arterial e venoso; exsanguineotransfusão; intubação traqueal; drenagem de tórax; paracentese abdominal; manejo da dor; administração de líquidos e eletrólitos; identificação da icterícia neonatal decorrente da hiperbilirrubinemia indireta, da sepse neonatal precoce, da sífilis congênita, da toxoplasmose congênita, da infecção pelo citomegalovírus (CMV), da infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) e do vírus da hepatite C (VHC); além dos cuidados a serem tomados com RN de mães soropositivas para o HIV (BRASIL, 2011).

Além disso, Brasil (2011) demonstra preocupação também em procedimentos elementares que precisam ser discutidos para que os profissionais execute-os com a técnica correta para promover a segurança do cuidado ao RN hospitalizado como: o controle térmico; a nutrição parenteral e enteral; além da atenção especial a algumas situações que podem acarretar riscos ao RN: a persistência do canal arterial (PCA); e a retinopatia da prematuridade (ROP).

Os cuidados voltados para o desenvolvimento dos RN na Unidade Neonatal denotam a preocupação quanto ao impacto negativo do ambiente para eles. Além dos aspectos físicos do ambiente, outros aspectos influenciam o cuidado, como os aspectos sociais envolvidos. O foco principal é a diminuição dos estímulos nocivos e a individualização do cuidado do

neonato para que ele possa ficar mais estável, bem organizado e o mais competente possível (BRASIL, 2013).

Outras medidas precisam ser prioritárias na Unidade Neonatal para a promoção de um cuidado seguro, tais como: a identificação do RN, mediante o registro no prontuário de sua impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe. Pulseiras devem ser colocadas na mãe e no RN, contendo o nome da mãe, o registro hospitalar, a data e hora do nascimento e o sexo do RN; medidas de segurança para evitar as infecções hospitalares em RN, as quais incluem a higienização das mãos; a prevenção relacionada a procedimentos invasivos; o uso racional de antibióticos na UTIN; o controle de bactérias multirresistentes; a prevenção e controle de surtos (epidemia) em UTIN (BRASIL, 2012).

O transporte neonatal também precisa ser avaliado como medida de segurança para o RN. O transporte neonatal intra-hospitalar é realizado quando as crianças internadas em unidade neonatal necessitam de alguma intervenção cirúrgica ou procedimento diagnóstico dentro das dependências do próprio hospital ou em locais anexos. Já o transporte inter-hospitalar ocorre principalmente quando há necessidade de recursos de cuidados intensivos não disponíveis nos hospitais de origem, como abordagens diagnósticas e cirúrgicas mais sofisticadas e/ou de doenças menos frequentes, medidas de suporte ventilatório, nutrição parenteral e monitorização vital complexa (BRASIL, 2012). O conhecimento acerca de equipamentos utilizados no transporte deve ser valorizado pelos profissionais que atuam na remoção, sobretudo a incubadora de transporte. Seu manejo envolve saberes necessários para um atendimento seguro (LINO; ROCHA; BARRETO, 2018).

O crescente aumento de conhecimento, informações e desenvolvimentos tecnológicos, levaram ao aumento substancial de tratamentos invasivos e cuidados médicos e de enfermagem para manter a vida de RN gravemente enfermos. Isto fez com que esses tratamentos não só os mantivessem vivos, como também ocasionaram, muitas vezes, dor e sofrimento aos mesmos, desta forma deve-se buscar medidas que promovam diminuição dos riscos e desconfortos aos RN em tratamento nas Unidades Neonatais (BRASIL, 2014).

Os avanços nos cuidados intensivos neonatais nas últimas décadas relacionam-se também com o desenvolvimento de medidas mais efetivas para o controle da insuficiência respiratória. Incluem desde o uso de recursos simples, aplicados de forma não invasiva como a pressão positiva contínua de vias aéreas (CPAP), até a utilização de tecnologias mais sofisticadas, como ventilação de alta frequência (BRASIL, 2012).

Estudos têm mostrado que os RN hospitalizados são passíveis de sofrer o estresse de movimentação e de manuseio excessivo quando da realização de qualquer procedimento. Isto

faz com que aumente a demanda metabólica e a necessidade de oxigênio do RN, assim como as respostas fisiológicas e comportamentais. Estudo realizado numa UTIN em Fortaleza-CE detectou que os manuseios excessivos causam respostas fisiológicas tais como a incidência de RN com alteração da saturação de oxigênio, seguida de alteração na frequência de pulso e mudança na coloração da pele, bem como respostas comportamentais: como o predomínio do arqueamento das sobrancelhas, seguida de alteração da expressão facial e aumento do tônus muscular, o que pode estar relacionado à desconforto, desorganização e dor aos procedimentos (MAGALHÃES *et al.*, 2011).

Já o estudo de Tamez e Sousa (2013) corroboram com o exposto acima quando relatam que o manuseio excessivo do RN pode ocasionar respostas insatisfatórias, bem como levá-lo ao estresse físico e fisiológico, como alteração no padrão respiratório, diminuição da frequência cardíaca, dor referente à manipulação exacerbada, além de alterações na coloração da pele e padrão de sono.

Outros autores referem que o manuseio do RN, especialmente na UTIN, ocorre de forma frequente, excedendo a quantidade considerada ideal. Para eles, as principais respostas exibidas durante o manejo referem-se a alterações no padrão respiratório e parâmetros cardíacos, assim como mudanças na coloração de pele e mucosas, o que gera uma recuperação e bem-estar do neonato mais dificultada (BALBINO *et al.*, 2012; PEREIRA *et al.*, 2013; MAGALHÃES *et al.*, 2011).

Também, Christoffel *et al.*, (2019) mencionam preocupação com a segurança do cuidado do RN na UTIN quando este está relacionado ao ambiente ruidoso e excessivamente luminoso, os numerosos procedimentos a serem executados e consequente manipulação excessiva, a situação clínica do RN, o uso de fármacos como sedativos e opioides e a valorização da tecnologia pesada em detrimento da leve.

Pereira, Câmara e Pereira (2019) chamam a atenção dos profissionais ao realizar os cuidados no RN, que deve estar sempre atentos às reações apresentadas, na tentativa de promover conforto e propor medidas que possam diminuir o estresse causado pelo manuseio excessivo, assim como evitar executar múltiplos procedimentos e procedimentos dolorosos ao mesmo tempo, além de oferecer medidas não farmacológicas que gerem conforto para o RN.

Além dessas medidas, é importante a utilização de métodos sistematizados de cuidado de enfermagem como a utilização de protocolos direcionados a minimizar o manuseio excessivo durante os procedimentos ao RN internado, minimizando as sequelas no desenvolvimento neurocomportamental dos RN a médio e longo prazos, além de constituir

ferramenta que promova a segurança do paciente e melhore a autonomia dos profissionais no momento da execução de procedimentos em RN prematuros (TOSO *et al.*, 2015).

Dessa maneira, a enfermagem ao prestar cuidados ao RN apresenta papel fundamental para o restabelecimento da sua saúde, analisando as necessidades físicas e fisiológicas, bem como identificando os fatores que possam prejudicar o desenvolvimento e retardar a sua recuperação. Nas últimas décadas, avanços tecnológicos e farmacológicos, associados a políticas e procedimentos padronizados, melhoraram de modo significativo as taxas de sobrevivência de RN de risco (PEREIRA; CÂMARA; PEREIRA, 2019).

Além disso, uma boa comunicação entre os profissionais de saúde no ambiente da Unidade Neonatal, repercute de maneira positiva, na prevenção dessas situações listadas acima, para que os RN internados nesta unidade, não evoluam a ponto de precisarem dos recursos tecnológicos da UTIN por causa de incidentes e/ou eventos adversos proporcionados pela equipe multidisciplinar.

3.2 Comunicação efetiva entre os profissionais de saúde na Unidade Neonatal

A comunicação é um processo que consiste na compreensão e compartilhamento de mensagens, influenciando no comportamento das pessoas envolvidas. É um aspecto essencial entre humanos e deve estar presente de forma eficaz em todas as atividades realizadas pelas pessoas. Uma comunicação apropriada é reconhecida como um dos fatores centrais que sustentam a segurança e qualidade do trabalho em equipe que realizam atividades complexas (CERNADAS, 2014).

A comunicação utilizada como ferramenta de qualidade, garante maior eficiência e eficácia na assistência à saúde, uma vez que a automatização de tarefas acomete em falhas que podem afetar a segurança do paciente e profissional afetando negativamente na assistência prestada aos pacientes/clientes (SOUSA *et al.*, 2020).

A saúde moderna envolve a coordenação de equipes que muitas vezes são multidisciplinares e contam com o trabalho em equipe e a comunicação efetiva para administrar o atendimento ao paciente de maneira eficaz e segura (YAMADA; CATCHPOLE; SALAS, 2019).

A comunicação efetiva entre os profissionais da equipe de saúde é um dos pilares da segurança do paciente, especialmente em uma Unidade Neonatal, onde erros podem gerar danos graves aos pacientes e levar o RN à internação na UTIN (DITTMAN; HUGHES, 2018).

A OMS elencou a comunicação efetiva como a segunda meta internacional de segurança, tendo como foco principal três momentos importantes: transferências internas e externas, passagem entre os turnos de trabalho e a comunicação com o paciente e familiares (WHO, 2006).

Biasibetti *et al.* (2020) no estudo sobre Segurança do paciente em pediatria: percepções da equipe multiprofissional, evidenciaram que uma comunicação de forma efetiva é uma estratégia indispensável dentre as ações para segurança do paciente pediátrico e inclui como facilitadores: a checagem e repasse das informações instantaneamente, discussão presencial com todos os envolvidos no cuidado, abordagem sobre a comunicação efetiva nos cursos da área da saúde, técnicas de comunicação na transferência do cuidado e evolução das informações no prontuário do paciente.

No ambiente hospitalar, cultivar relações comunicativas saudáveis para alcançar a segurança do paciente é uma prioridade na área da saúde. Uma relação de comunicação eficiente entre todos os envolvidos no processo (equipe de saúde, usuários e familiares) contribui na implementação de uma assistência humanizada. Desafios de comunicação no local de trabalho são comuns e afetam o bem-estar pessoal e coletivo, além de interferir nos cuidados dos pacientes (RACHWAL *et al.*, 2018).

Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde é meta do PNSP e elemento essencial para a qualificação do cuidado. Nesse sentido, a comunicação oportuna, precisa, completa, clara e compreendida pelo receptor deve ser adotada por todos os profissionais da equipe de saúde como caminho para a excelência das práticas assistenciais (QUEIROZ; SOUSA, 2021).

Somente pela comunicação efetiva é que profissionais poderão ajudar os pacientes a enfrentar seus problemas e resolvê-los. A comunicação adequada é aquela que consegue esclarecer dúvidas, diminuir conflitos e atingir objetivos definidos para a resolução de problemas (ARAÚJO; SILVA, 2012).

As ferramentas citadas na pesquisa de Biasibetti *et al.* (2019) para melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e, conseqüentemente, as estratégias para a promoção da segurança do paciente são: a integração da equipe assistencial; a prática de dupla checagem das informações; a troca constante de informações entre os profissionais, por meio de passagem de plantão sistemática e criteriosa, rodadas multiprofissionais, transferência de cuidados entre setores e reuniões periódicas da equipe; a utilização de sistemas informatizados. Além disso, as estratégias de comunicação efetiva vão desde a utilização de

técnicas e instrumentos padronizados até a padronização das informações sobre o paciente e seu cuidado, garantindo a promoção da segurança do paciente na população pediátrica.

Falhas de comunicação dentro dos sistemas de saúde são uma das principais causas de danos ao paciente. Uma comunicação efetiva entre os membros da equipe de saúde resulta em melhoria da segurança do paciente e os indicadores de qualidade, além de diminuir os eventos adversos (DITTMAN; HUGHES, 2018).

O estudo de Biasibetti *et al.* (2019) identificou barreiras na comunicação entre os profissionais de saúde no que se refere a mudanças no plano terapêutico do paciente; no registro inadequado das informações no prontuário do paciente; na burocratização do processo de trabalho, principalmente no que diz respeito às dificuldades para criar notificações de incidentes de segurança do paciente em formulário ou no sistema informatizado, o que torna o *feedback* quanto à análise das notificações significativamente lento, atrasando a adoção de medidas preventivas, interferindo na segurança do paciente.

Existem vários fatores relacionados à comunicação com o paciente que podem causar falhas nos cuidados de saúde, principalmente em hospitalizações infantis, uma comunicação ineficaz entre profissionais pode levar a erros como suspensão de cirurgias, exames ou procedimentos, falhas na administração de medicamentos ou mesmo erros relacionados à dietoterapia. Os principais aspectos que interferem na comunicação estão relacionados às passagens de plantão, transferências de cuidados, rondas multiprofissionais, registros em prontuários, prescrições médicas e comunicação sobre eventuais mudanças na assistência à saúde ou abordagens terapêuticas ao paciente (BRASIL, 2013).

O trabalho em equipe e a comunicação efetiva em todo o contínuo da assistência à saúde são essenciais para fornecer assistência eficiente e de qualidade que leve a resultados favoráveis para o paciente (VANDERBILT *et al.*, 2017).

A equipe de enfermagem tem papel estratégico no fortalecimento da comunicação entre as diferentes equipes, pois estão continuamente prestando assistência ao paciente e à família e por atuar principalmente na gestão do cuidado, sendo considerada uma categoria profissional que tem a função de agregar os demais membros da equipe nos processos de comunicação (BIASIBETTI *et al.*, 2019).

O enfermeiro, no contexto da assistência prestada, necessita ter certas habilidades interpessoais e de comunicação a fim de promover a qualidade e segurança do paciente, contribuindo para a redução do erro clínico por meio da comunicação suficiente e eficaz da equipe (CALHA *et al.*, 2018).

Uma ferramenta de comunicação estruturada seria benéfica para comunicar efetivamente as informações do paciente, reduzir os eventos adversos, promover segurança do paciente, melhorar a qualidade do atendimento e aumentar a satisfação do profissional de saúde (SHAHID; THOMAS, 2018). Posto isso, o *checklist* sobre comunicação efetiva poderá se tornar um instrumento que irá promover a segurança do RN hospitalizado.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

4.1 Modelo de validade de conteúdo de Pasquali

Segundo Pasquali (1996) a psicometria, tem sido bastante utilizada dentro de um contexto muito restrito, referindo-se a testes psicológicos e escalas psicométricas. Insere-se dentro da teoria da medida em geral que, por sua vez, desenvolve uma discussão epistemológica em torno da utilização do símbolo matemático (o número) no estudo científico dos fenômenos naturais.

O Modelo de Pasquali baseia-se em três grandes polos: os teóricos, os empíricos (experimentais) e os analíticos – estatísticos (PASQUALI, 1998).

No polo teórico (fase de construção do *checklist*), Pasquali desenvolve um modelo de validade de conteúdo que vem sendo aplicado ao desenvolvimento de dispositivos tecnológicos, principalmente no âmbito da enfermagem (MEDEIROS et al., 2015). Enfoca a questão da teoria que deve fundamentar qualquer empreendimento científico, no caso a explicitação da teoria sobre o construto ou objeto psicológico para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida, bem como a operacionalização do construto em itens (PASQUALI, 1996).

Esse polo explicita a teoria do traço latente que é o conjunto de processos cognitivos necessários para a execução de uma tarefa, falando de habilidades primárias, que seriam combinações de processos cognitivos elementares, isto é, de representações mentais de objetos e símbolos (PASQUALI, 1998), bem como os tipos, categorias, e comportamentos que constituem uma representação adequada do mesmo traço. Os procedimentos teóricos devem ser elaborados para cada instrumento, dependendo, portanto, da literatura existente sobre o construto psicológico que o instrumento pretende medir (PASQUALI, 1996).

Este teorizar implica em resolver algumas questões básicas que permitem, então, se poder enveredar para a construção adequada de um instrumento de medida dos construtos elaborados (PASQUALI, 1996). Para isso, é necessário estabelecer a dimensionalidade do construto, que diz respeito à sua estrutura interna, semântica, além de o definir constitutiva e operacionalmente e, no final, operacionalizá-lo em tarefas comportamentais (PASQUALI, 1998).

A definição constitutiva é a que tipicamente aparece como definição de termos em dicionários e enciclopédias: os conceitos são ali definidos em termos de outros conceitos. São de extrema importância no contexto da construção dos instrumentos de medida, porque elas

situam o construto, exata e precisamente dentro da teoria desse construto, dando, portanto, as balizas e os limites que ele possui. Assim, boas definições constitutivas vão permitir em seguida avaliar a qualidade do instrumento, que mede o construto em termos do quanto de sua extensão semântica é coberta pelo instrumento, surgindo daí instrumentos melhores e piores à medida que medem mais ou menos da extensão conceitual do construto, extensão essa delimitada pela definição constitutiva desse mesmo construto (PASQUALI, 1998).

Já as definições operacionais dos construtos devem ser realmente operacionais (definem comportamentos) e o mais abrangente possível (não esgotar a amplitude semântica de um construto). Para garantir melhor cobertura do construto, as definições operacionais deverão especificar e elencar aquelas categorias de comportamentos, que seriam a representação comportamental do construto. Quanto melhor e mais completa for esta especificação, melhor será a garantia de que o instrumento que resultar para a medida do construto será válido e útil e mais próximos estamos da construção do instrumento (PASQUALI, 1998).

A fase de operacionalização do constructo é a construção dos itens propriamente dito, que é realizado através da literatura sobre o tema, como também pode ser feito através de entrevista com a população-alvo. Alguns critérios são fundamentais para a elaboração adequada dos itens a serem construídos são eles: comportamental; objetividade ou desejabilidade; simplicidade; clareza; relevância (pertinência, saturação, unidimensionalidade, correspondência); precisão; variedade (tanto de linguagem, quanto de termos favoráveis e desfavoráveis); modalidade; tipicidade; e credibilidade (*face validity* – validade aparente). Já os critérios referentes ao conjunto dos itens, isto é, ao instrumento como um todo, são: amplitude e equilíbrio (PASQUALI, 1998).

Operacionalizado o construto através dos itens, tem-se a hipótese de que estes representam adequadamente o tal construto. Essa é a versão da hipótese a ser testada. Essa avaliação ou análise da hipótese (análise dos itens) é obviamente ainda teórica porque consiste simplesmente em pedir outras opiniões sobre a hipótese, sendo que esses outros, que a vão avaliar, ainda não são amostra representativa da população para a qual o instrumento foi construído. Esta análise incide sobre a compreensão dos itens (análise semântica) ou sobre a pertinência dos itens ao construto que representam (propriamente chamada de análise dos juízes) (PASQUALI, 1998).

A análise semântica tem como objetivo principal verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população à qual o instrumento se destina. Nela, duas preocupações são relevantes: verificar se os itens são inteligíveis para o estrato mais

baixo (de habilidade) da população-meta e, por isso, a amostra para essa análise deve ser feita com esse estrato; segundo, para evitar deselegância na formulação dos itens, a análise semântica deverá ser feita também com uma amostra mais sofisticada (de maior habilidade) da população-meta (para garantir a chamada "validade aparente" do teste) (PASQUALI, 1998). De qualquer forma, a dificuldade na compreensão dos itens não deve se constituir fator complicador na resposta dos indivíduos, dado que não se quer medir a compreensão deles (a não ser, obviamente, que o teste queira medir precisamente isto), mas sim a magnitude do atributo a que os itens se referem (PASQUALI, 1996).

Já a análise dos juízes, isto é, a análise de conteúdo ou de construto, mas propriamente verifica a adequação da representação comportamental do(s) atributo(s) latente(s). Os juízes devem ser peritos na área do construto, pois sua tarefa consiste em ajuizar se os itens estão se referindo ou não ao traço em questão. Uma concordância de, pelo menos, 80% entre os juízes pode servir de critério de decisão sobre a pertinência do item ao traço a que teoricamente se refere (PASQUALI, 1998).

5 MÉTODO

5.1 Tipo de Pesquisa

Com vistas a responder a problemática do estudo e alcançar os objetivos propostos, foi realizada uma pesquisa de desenvolvimento metodológico.

Estudo metodológico é a pesquisa que se destina a desenvolver ou refinar métodos de obtenção, organização ou análise de dados. Foca no desenvolvimento, na validação e na avaliação de ferramentas ou estratégias, como por exemplo, o teste psicométrico de uma nova escala (POLIT; BECK, 2019). Rodrigues (2007) denomina este tipo de estudo como de desenvolvimento, que consiste na construção e no desenvolvimento de estratégias tecnológicas que possam ser implementadas tanto em ambiente educacional como também assistencial.

A seguir, serão descritas as etapas empregadas na proposta de construção e validação do *checklist* sobre comunicação efetiva para a promoção da segurança do RN hospitalizado.

5.2 Etapa 1: Construção do *Checklist*

5.2.1 Fase 1: dimensão teórica ou de mapeamento da realidade

Nesta fase, foi realizada uma revisão integrativa da literatura científica acerca da temática comunicação efetiva, com a finalidade de identificar os indicadores empíricos pertinentes para elaboração dos itens do *checklist*, no qual o estudo em tela se propôs a construir.

Esta revisão seguiu as etapas propostas por Whitemore *et al.* (2014), a saber: 1- escolha e definição do tema e estabelecimento de hipótese ou questão de pesquisa; 2- amostragem ou busca na literatura, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; 3- organização e sumarização das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; 4-avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5-interpretação dos resultados e sugestões para futuras pesquisas; 6-apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A questão de pesquisa foi organizada de acordo com a estratégia PICo (P – população; I – intervenção/área de interesse; Co – Contexto. Foi considerada a seguinte estrutura: P – Segurança do paciente; I – Comunicação efetiva; Co – Neonatologia. Dessa forma, foi

utilizada a seguinte questão: que estratégias são utilizadas para uma comunicação efetiva entre os profissionais de saúde para a segurança do RN hospitalizado na Unidade Neonatal?

O levantamento foi realizado entre os meses de abril e agosto de 2021. A busca foi realizada via Portal Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) com acesso pela Universidade Federal do Piauí (UFPI) nas seguintes bases de dados: BDEn (Banco de Dados em Enfermagem), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde e IBECS (Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde) via BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) via Pubmed (*US National Library of Medicine*), Scopus e *Science Direct* ambas Elsevier.

Foi criado um instrumento de coleta de dados utilizando-se os seguintes itens, cujas recomendações encontram-se no estudo de Mendes, Silveira e Galvão (2008): título do artigo, autores/ano de publicação, idioma, objetivos do estudo, tipo de estudo, nível de evidência, principais achados e lacunas/limitações.

Para a seleção final, os estudos foram lidos na íntegra minuciosamente, verificando se atendiam aos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Após esta etapa, a amostra final constituiu-se de cinco artigos.

5.2.2 Fase 2: dimensão operacional (fase da construção propriamente dita)

A construção das definições operacionais dos itens do *checklist* sobre comunicação efetiva para promoção da segurança do RN hospitalizado foi norteada a partir de elementos identificados nos artigos que compuseram a revisão integrativa realizada na fase 1. Além disso, a construção observou as especificidades da Unidade Neonatal, seguindo o que é estabelecido pelas Metas Internacionais da Segurança do Paciente, propostas pela OMS e pelas recomendações do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Primeiramente foi definida a área de interesse e o uso pretendido do *checklist*; depois foi estabelecido os descritores e classificados os itens por categoria, que foram conceituadas para melhor entendimento; todos os itens em cada categoria foram revisados; e por fim, nesta etapa, determinou-se, a ordem das categorias e dos itens dentro das categorias.

Os itens foram construídos considerando uma linguagem de comando e respostas rápidas, de modo que o profissional possa ler o comando e adicionar sua resposta de imediato, o que resultou na primeira versão do *checklist*.

5.2.3 Fase 3: dimensão empírica - Ciclo PDCA da avaliação da primeira versão do *checklist* pelos enfermeiros da Unidade Neonatal

Seguindo o raciocínio e com base nos temas que foram gerados a partir da revisão integrativa, foi preparada a versão 1 para revisão do *checklist* por avaliadores inseridos no campo de atuação.

A primeira versão do *checklist* foi apresentada aos enfermeiros de uma Unidade Neonatal para continuidade do processo de construção. Para seguimento dessa etapa, esta fase foi norteada pelo ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*), que significa Planejar, Fazer, Checar e Corrigir, que é uma metodologia utilizada para identificar problemas, monitorar resultados dos processos de cuidar, planejar ações preventivas, testar mudanças para melhorar continuamente a qualidade e a segurança dos sistemas de saúde, bem como intervir na prevenção de erros e eventos adversos relacionados à segurança do paciente (TAYLOR *et al.*, 2014).

Levando em consideração o ciclo PDCA, os enfermeiros que trabalham na Unidade Neonatal do Hospital Regional Tibério Nunes (HRTN) foram convidados a participar da elaboração da segunda versão do *checklist*, após apresentação da primeira versão construído pela pesquisadora. Esse momento teve como objetivo agregar o conhecimento científico à experiência desses profissionais, para que o *checklist* construído a partir da revisão integrativa, pudesse ser adequado à realidade local. Na ocasião, também foi solicitado o preenchimento de um instrumento de caracterização dos participantes desta etapa do estudo, elaborado pela própria pesquisadora.

Vale mencionar que para que esta etapa do estudo acontecesse, foi necessário ser solicitada a anuência da instituição, acompanhada de uma cópia do projeto, através do Núcleo de Educação Permanente do HRTN (APÊNDICE A), pois os enfermeiros que trabalham na Unidade Neonatal estão diretamente participantes desta fase da pesquisa, porém, esta anuência visa a autorização institucional para todas as etapas que envolvam os profissionais de saúde lotados no referido setor cenário do estudo. Em posse do Termo de Anuência da Instituição (ANEXO A), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí do *Campus* Amílcar Ferreira Sobral (CEP/UFPI/CAFS) através da Plataforma Brasil, constando além da anuência, todos os demais documentos exigidos pela plataforma: Carta de Encaminhamento do Projeto (APÊNDICES B), Declaração dos Pesquisadores (APÊNDICE C) e Termo de Confidencialidade (APÊNDICE D).

Após aprovação do CEP/UFPI/CAFS foi realizada a aproximação com a coordenadora da Unidade Neonatal através de contato pessoal e telefônico para viabilizar a entrada ao setor correspondente, bem como espaço físico para que as reuniões com os enfermeiros nesta etapa de construção do *checklist* acontecessem sem prejudicar a rotina da instituição.

Aos que concordaram em participar, foram marcadas reuniões, e em decorrência do tempo para sua finalização, houve a necessidade de realização de encontros presenciais, sendo obrigatória, por parte da pesquisadora, a utilização de todos os equipamentos de proteção individual (gorro, avental descartável, máscara cirúrgica, *Face Shields*) ao adentrar no ambiente hospitalar, devido pandemia do novo Coronavírus. Vale ressaltar, também, que a pesquisadora já se encontra imunizada com a vacina contra o vírus SARS-COV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*).

Estas reuniões visou a elaboração e execução do plano de atividades que foi desenvolvido nesta fase – avaliação dos itens do *checklist* a partir da experiência profissional, aplicabilidade do instrumento na prática assistencial e execução de melhorias no *checklist* (segunda versão), conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Etapas do ciclo PDCA. Teresina, PI, Brasil, 2021

ETAPAS	OBJETIVOS	PRODUTO
P Planejamento	Divulgar entre os enfermeiros o projeto de pesquisa, solicitar autorização da chefia para sua elaboração, convite à participação e definição de atividades.	Elaboração de planos de atividades e de ação.
D Desenvolvimento	Avaliar o <i>checklist</i> a partir da experiência profissional.	Corrigir o <i>checklist</i> a partir da experiência profissional.
C Checagem	Aplicar o <i>checklist</i> para verificar conteúdo e aplicabilidade na prática assistencial, com profissionais atuantes na Unidade Neonatal. Executar melhorias no <i>checklist</i> após o teste.	Preenchimento do <i>checklist</i> pelos participantes. Segunda versão do <i>checklist</i> , para ser submetido à validação por juízes especialistas.
A Ação	Esta etapa corresponderá à validação do <i>checklist</i> por Juízes Especialistas.	

FONTE: ALPENDRE *et al.* Ciclo PDCA para elaboração de *checklist* de segurança cirúrgica. **Cogitare Enferm.** v. 22, n. 3, 2017.

5.2.3.1 Cenário do estudo

Nesta etapa, a pesquisa foi realizada na Unidade Neonatal, cujas instalações encontram-se no HRTN em Floriano – PI.

A Unidade Neonatal foi inaugurada no dia 30 de janeiro de 2017, mas somente em nove de maio do mesmo ano iniciou-se seu funcionamento. Esta Unidade reforça a assistência

em alta complexidade, sendo ainda uma unidade que absorve os casos de bebês prematuros de vários municípios da região do sul do estado, microrregião de Floriano, além do Maranhão (PIAUÍ, 2017).

Localiza-se na Ala B (Ala Obstétrica) do referido hospital e está distribuída nos seguintes setores e leitos: 29 leitos de Alojamento Conjunto, 10 leitos de gestação de alto risco, cinco leitos Canguru (leito de internação neonatal) e 10 leitos de terapia intensiva neonatal, contando com uma equipe multidisciplinar composta por diversos profissionais que possuem relação direta com os pacientes e que se revezam em turnos de 12 e 24 horas (CNES, 2021).

Segundo informações colhidas pela coordenadora da Unidade, o quadro funcional é composto por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos neonatologistas e pediatrias, fisioterapeutas exclusivos do setor e outros profissionais da saúde como, por exemplo, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogas, fonoaudiólogas, além de uma equipe de apoio ou retaguarda (anestesiistas e cirurgião pediatra). A unidade ainda conta com o auxílio de profissionais de apoio do laboratório e de exames de imagem (Ultrassonografia, raio X e Tomografia Computadorizada).

Conforme quadro clínico, as crianças hospitalizadas na Unidade Neonatal são provenientes do centro obstétrico, do alojamento conjunto ou da emergência do próprio HRTN. Os recém-nascidos ainda podem ser procedentes de outros municípios do Estado, inclusive do Maranhão, devido proximidade geográfica e o referido hospital ser referência estadual para as cidades do Sul do Piauí.

A escolha por esse campo de pesquisa deu-se por conveniência, devido ser cidade natal da pesquisadora, facilidade de acesso, locomoção, contato com os profissionais e que possui uma Unidade Neonatal, além de ser um local de grande relevância social para a região sendo cenário prático para a Universidade Federal do Piauí, cujo *feedback* é dado através de melhorias que a instituição de ensino proporciona para o Hospital, através de pesquisas e atividades de ensino e extensão promovida por docentes e discentes, atendendo, assim, a finalidade dessa etapa do estudo.

5.2.3.2 Critérios de inclusão e exclusão

A unidade neonatal é composta por 27 enfermeiros, sendo seis enfermeiros na UTIN, seis na Neonatologia e 15 no Alojamento conjunto.

Foram incluídos todos os enfermeiros atuantes na Unidade Neonatal, distribuídos no Alojamento conjunto, na Neonatologia e na UTIN que aceitaram participar desta etapa do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídos os enfermeiros que não participaram de todas as reuniões previstas no plano de atividades que foi elaborado para a construção do *checklist*; os que não devolveram os instrumentos, os que estavam de férias e licença; e os que prestam serviços no Centro de Parto Normal, com atuação direta apenas na Obstetrícia.

Nesta etapa, uma enfermeira estava de férias, duas de licença médica, duas não retornaram o convite para participação das reuniões, duas não participaram de todas as reuniões, duas não devolveram os instrumentos após a realização do ciclo e três se recusaram a participar por alegarem experiência apenas na obstetrícia.

Portanto, participaram da etapa operacional 15 enfermeiros.

5.2.3.3 Coleta de dados do ciclo PDCA

A coleta de dados seguiu com os seguintes passos:

Parte 1 – pergunta relativa ao aceite ou recusa na participação do enfermeiro na pesquisa, e em caso de aceite, o preenchimento do TCLE (APÊNDICE E);

Parte 2 – preenchimento do instrumento de caracterização dos participantes (APÊNDICE F) (sexo/gênero, idade, escolaridade, formação acadêmica e o tempo de formado, maior titulação – graduação, pós-graduação *lato sensu*, mestrado, doutorado, pós-doutorado), tempo de atuação em neonatologia, setor de atuação na unidade neonatal, formação/capacitação e tempo de formação/capacitação em neonatologia e segurança do paciente;

Parte 3 – primeira versão do *checklist*, com espaços para correções e sugestões a partir da inclusão, exclusão e modificação dos itens;

5.3 Etapa 2 – Validação do *Checklist*

Foi utilizada nesta etapa, a validação de conteúdo. Esta é realizada para que se possa verificar se os conceitos estão representados de modo adequado, bem como se os itens são representativos (POLIT; BECK, 2011), além de avaliar a clareza e a compreensão para a população à qual se destina (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

No que concerne ao quantitativo necessário para o processo de validação, no presente estudo foi adotada a recomendação de Pasquali, que orienta um número de seis a 20 juízes (PASQUALI, 1997).

A amostra de juízes de conteúdo foi obtida por meio de amostragem de rede ou bola de neve, ou seja, aos que atenderem aos critérios de elegibilidade estabelecidos, foi solicitado que indicassem outros possíveis participantes, tratando-se, portanto, de uma amostragem por conveniência (POLIT; BECK, 2011). Essa técnica é adequada para a identificação de amostras difíceis ou impossíveis de serem localizadas de outras maneiras (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2013), como nesse caso, em que se exigem características muito específicas dos juízes.

Para identificar potenciais especialistas, primeiramente foi realizada uma busca pela Plataforma *Lattes*, na página eletrônica do CNPq, com vistas a elencar doutores/mestres docentes e/ou pesquisadores e profissionais da saúde com atuação em neonatologia, tecnologias em saúde e/ou enfermagem, segurança do paciente e estudos de validação. A busca se deu pela inserção do termo “neonatologia” e/ou “tecnologias” e/ou “tecnologias em saúde” e/ou “tecnologias em enfermagem” e/ou “segurança do paciente” e/ou “estudos de validação” no modo de busca “Assunto”, utilizando os seguintes “Filtros”: Formação acadêmica (todas), Atuação profissional (ciências da saúde) e Idioma (português).

Em seguida, foram selecionados para leitura do currículo àqueles que apresentaram, no resumo, a descrição da área de atuação citada acima. Foram verificados a *expertise* baseando-se na experiência clínica e/ou docência e atuação em projetos de pesquisa, publicações científicas relevantes e atuação em outros campos na área de estudo nas seguintes temáticas: neonatologia; tecnologias em saúde e/ou enfermagem; segurança do paciente; estudos de validação.

A seleção dos juízes foi baseada nos critérios para seleção de especialistas para estudos de validação em enfermagem no Brasil, os quais valorizam a experiência clínica em detrimento da acadêmica (GUIMARÃES *et al.*, 2015). Esses autores reconhecem a experiência clínica como um componente essencial para o desenvolvimento da validação e valorizam a intuição clínica com base no conhecimento, experiência clínica, afinidade, sincretismo e confiança. Assim, para que os juízes fossem considerados *expertises* na área para validar instrumentos, deviam ter os seguintes requisitos:

Quadro 2 – Critérios para seleção dos juízes *expertises* na área. Teresina-PI, Brasil, 2021

REQUISITOS	PONTUAÇÃO
Experiência de pelo menos quatro anos na área específica: tecnologias em saúde e/ou enfermagem; neonatologia; segurança do paciente; estudos de validação	04
Experiência de pelo menos um ano no ensino da área específica: tecnologias em saúde e/ou enfermagem; neonatologia; segurança do paciente; estudos de validação	03
Experiência em pesquisa com artigos publicados em periódicos de referência sobre tecnologias em saúde e/ou enfermagem; neonatologia; segurança do paciente; estudos de validação	02
Participação de pelo menos dois anos em um grupo de pesquisa na área específica: tecnologias em saúde e/ou enfermagem; neonatologia; segurança do paciente	02
Doutorado na área específica: tecnologias em saúde e/ou enfermagem; neonatologia; segurança do paciente	02
Mestrado na área específica: tecnologias em saúde e/ou enfermagem; neonatologia; segurança do paciente	01
Residência e/ou especialização na área específica: tecnologias em saúde e/ou enfermagem; neonatologia; segurança do paciente	01

FONTE: GUIMARÃES, H. C. Q. C. P. *et al.* Experts for Validation Studies in Nursing: new proposal and selection criteria. *International Journal Of Nursing Knowledge*, [s.l.], v. 27, n. 3, p. 130-135, 17 mar. 2015.

Os autores sugerem três tipos de classificação de especialistas: júnior (pontuação mínima de 5 pontos, experiência na área específica de estudo de pelo menos quatro anos), mestre (pontuação entre seis e 20 pontos) e sênior (pontuação maior que 20 pontos). Neste estudo, serão considerados *expertises*, aqueles juízes que tiverem uma pontuação entre seis e 20 pontos. Importante mencionar que, para cada ano de experiência assistencial ou de ensino, um ponto extra deve ser adicionado e que cada pesquisador deve decidir qual nível é necessário para atender aos objetivos de seu estudo (GUIMARÃES *et al.*, 2015).

Portanto, em relação à caracterização, todos os juízes que participaram deste estudo atingiram pelo menos seis pontos, logo, estão dentro do mínimo recomendado, conforme os critérios de inclusão estabelecidos.

5.3.1 Coleta de dados

Após identificação dos especialistas, a coleta de dados seguiu os seguintes passos:

Parte 1 – disponibilização de um *link* com a carta convite (APÊNDICE G) e pergunta relativa ao aceite ou recusa na participação do especialista na pesquisa, e em caso de aceite, o preenchimento do TCLE (APÊNDICE H);

Parte 2 – preenchimento *online* do instrumento de caracterização dos participantes (APÊNDICE I) (sexo, idade, formação acadêmica e o tempo de formado, maior titulação – graduação, pós-graduação lato sensu, mestrado, doutorado, pós-doutorado), atuação em projetos de pesquisa, publicações científicas relevantes e atuação em outros campos na área

de estudo (segurança do paciente, tecnologias em saúde/enfermagem, neonatologia e estudos de validação);

Parte 3 – preenchimento do formulário de avaliação dos atributos do *checklist* com espaços para sugestões, inclusão/exclusão e modificação de itens (APÊNDICE J).

Dos 12 atributos essenciais proposto por Pasquali (1998) para a fase de análise de conteúdo do instrumento, optou-se por quatro deles: Objetividade (o item deve permitir uma resposta certa ou errada), Clareza (o item está descrito de forma clara, de fácil compreensão; com frases simples e inequívocas), Simplicidade (um item deve expressar uma única ideia) e Relevância (cada item deve ter pertinência para o qual se pretende avaliar/medir).

Vale mencionar que esses documentos foram enviados através de *e-mail* e aplicativo *WhatsApp* com a utilização de um formulário do *Google Forms* para otimizar o tempo e dar maior agilidade ao processo.

Ressalta-se que foi disponibilizado aos juízes um período de 15 dias para a devolução do material encaminhado devido necessidade de cumprir o cronograma da pesquisa. Após esse prazo, o formulário foi bloqueado para novas respostas. Esta proposta tem sido utilizada por pesquisadores que também realizaram estudos de validação (BARROS, 2015; SABINO, 2016).

5.3.2 Análise dos Dados

De posse de todas as respostas dos juízes especialistas através do *Google Forms*, os dados obtidos foram compilados no programa *Excel for Windows* versão 2110. Os dados de caracterização dos juízes foram reunidos, analisados, calculados frequência das variáveis categóricas, média, mínimo, máximo e desvio padrão das variáveis contínuas e foram apresentados em tabelas.

Os dados obtidos da avaliação de cada juiz foram analisados quanto à Razão de Validade de Conteúdo (CVR) proposta por *Lawshe* que segundo Pedrosa, Suárez-Álvarez, García-Cueto (2013) é uma ferramenta psicométrica forte, capaz de fornecer a melhor avaliação de validade de conteúdo.

A análise estatística de concordância através do *Content Validity Ratio* (CVR) é uma transformação linear de um nível proporcional de concordância sobre quantos "especialistas" dentro de um painel classificam um item "essencial", e pode ser calculado usando a seguinte fórmula:

$$CVR = \frac{n_e - (N/2)}{N/2}$$

Onde CVR é a razão de validade de conteúdo, n_e é o número de juízes que concordam com o item e N é o número total de juízes que avaliaram o instrumento (AYRE; SCALLY, 2014).

O CVR é de grande utilidade para os pesquisadores que desejam quantificar a validade do conteúdo usando esse método, tanto para decidir o tamanho da amostra de juízes mais apropriado quanto para determinar se um nível crítico de concordância foi alcançado, já que o valor crítico do CVR depende do número de especialistas (AYRE; SCALLY, 2014). Segundo os mesmos autores os valores de CVR variam entre -1 (discordância perfeita) e +1 (concordância perfeita) com valores de CVR acima de zero, indicando que mais da metade dos membros do painel concordam com um item essencial.

Foi calculado o CVR de cada item do *checklist* (CVR-I), bem como o CVR total do instrumento (CVR-S). O CVR-S demonstra a validade de toda a escala e é baseado nos valores médios de CVR encontrados por item. Foram considerados válidos os itens que obtiverem proporção de concordância mínimo de 0,737 (CVR-I), conforme padrão estabelecido pelos autores supracitados, que considera esse CVR ideal para um quantitativo de 19 juízes, dado que corresponde à quantidade de juízes do estudo em tela. Esse ponto de corte pode ser observado na figura 1.

Figura 1 – Ponto de corte para concordância dos itens segundo quantidade de juízes especialistas, Teresina-PI, 2021.

CVR _{critical} One-Tailed Test ($\alpha = .05$) Based on Exact Binomial Probabilities.					
N (Panel Size)	Proportion Agreeing Essential	CVR _{critical} Exact Values	One-Sided p Value	N _{critical} (Minimum Number of Experts Required to Agree Item Essential)—Ayre and Scally, This Article	N _{critical} Calculated From CRITBINOM Function—Wilson et al. (2012)
5	1	1.00	.031	5	4
6	1	1.00	.016	6	5
7	1	1.00	.008	7	6
8	.875	.750	.035	7	6
9	.889	.778	.020	8	7
10	.900	.800	.011	9	8
11	.818	.636	.033	9	8
12	.833	.667	.019	10	9
13	.769	.538	.046	10	9
14	.786	.571	.029	11	10
15	.800	.600	.018	12	11
16	.750	.500	.038	12	11
17	.765	.529	.025	13	12
18	.722	.444	.048	13	12
19	.737	.474	.032	14	13
20	.750	.500	.021	15	14

Fonte: AYRE, C.; SCALLY, A. J. Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio: Revisiting the Original Methods of Calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. v. 47, n. 1, 2014, p. 79–86. DOI: 10.1177/0748175613513808.

Quanto ao Índice de Concordância, foi considerado um item compreensível quando alcançou o escore de 0,80, conforme recomenda Pasquali (2013).

Assim, os itens que obtiveram pontuação menor que 0,737 em relação ao atributo “Relevância” foram retirados do instrumento inicial e um valor menor que 0,737 para “Objetividade”, “Clareza” e “Simplicidade” foram excluídos ou modificados conforme sugestão dos juízes e submetido a segunda rodada de validação.

Na segunda avaliação, seguiu-se o recomendado por Polit, Back e Owen (2007) para itens que necessitam de pequenas modificações ou inclusão de itens novos e pode ser conduzida por um pequeno grupo de juízes especialistas (de 3 a 5). A amostra de juízes foi selecionada do conjunto de especialistas da primeira rodada, visto que esta estratégia apresenta vantagens distintas, pois as informações, a partir da primeira rodada de avaliação, poderão ser utilizadas para selecionar os melhores especialistas. Nesta rodada, foram considerados aqueles juízes que deram *feedback* qualitativo na forma de comentários e/ou sugestões úteis sobre os itens e/ou conjunto de itens (POLIT; BACK; OWEN, 2007).

O ponto de corte nessa rodada segue o recomendado por Ayra e Scally (2014) para um painel de cinco juízes, cujo valor corresponde a 1,000 conforme pode ser observado na figura 1.

Na análise dos dados da validade de conteúdo as sugestões foram apresentadas em tabelas, utilizando a letra maiúscula J para representar o juiz, seguida de número arábico de acordo com a ordem de preenchimento do formulário (J1, J2, J3...J19).

5.4 Aspectos Éticos

A pesquisa foi realizada obedecendo às normas e diretrizes de pesquisas envolvendo seres humanos conforme as Resoluções nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), seguindo os referenciais da bioética, como: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012; 2016; 2018), além do ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS de 24 de fevereiro de 2021, que trata das orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual (BRASIL, 2021).

Desse modo, inicialmente, o projeto foi submetido ao Exame de Qualificação no Curso de Doutorado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf), na Universidade Federal do Piauí (UFPI). Posteriormente aos ajustes, conforme parecer da banca examinadora, foi enviado um ofício ao Núcleo de Educação Permanente do HRTN

(APÊNDICE A) solicitando a autorização para a realização do estudo. De posse da Anuência Institucional (ANEXO A) e tendo em vista a importância ética, o projeto foi submetido ao CEP/CAFS/UFPI e após aprovação, foi realizado o processo de obtenção do consentimento livre e esclarecido para os participantes, tanto da etapa de construção quanto de validação do *checklist*. Para tal, todos os participantes assinaram o TCLE (APÊNDICE E e H), em duas vias, sendo que uma ficou com os profissionais participantes e juízes especialistas, e a outra com a pesquisadora assistente. No caso dos juízes especialistas, foi enfatizado a importância de o participante guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico (BRASIL, 2021).

Esses documentos foram construídos em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa, constando informações quanto à natureza da pesquisa, seus objetivos, duração, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos, que a mesma acontecerá sem repasse de recursos financeiros para os participantes, isto é, que a pesquisa será totalmente voluntária.

Todos os participantes apresentam maioridade civil, podendo responsabilizar-se sobre suas decisões. O TCLE será arquivado em local apropriado (armário trancado localizado na sala da pesquisadora responsável pelo estudo), juntamente com os demais instrumentos empregados no desenvolvimento do estudo. Na etapa virtual, após a coleta de dados, a pesquisadora responsável fará o *download* dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem" (BRASIL, 2021). Assim, todos esses documentos permanecerão guardados/arquivados por um período mínimo de cinco (5) anos, e após esse período, serão descartados e os arquivos eletrônicos deletados.

Em relação aos riscos previsíveis associados à consecução do estudo, os participantes poderão se sentir constrangidos com relação aos questionamentos que lhes serão feitos, exposição da imagem, a exposição de informações pessoais, bem como poderão temer que as informações fornecidas por eles se tornem de conhecimento público. Este risco será minimizado pelo compromisso ético assumido pela pesquisadora de garantir a confidencialidade de dados, permitindo o sigilo e o anonimato dos participantes que poderiam de certa forma, identificar os sujeitos, tornando público aqueles que contemplam os objetivos da pesquisa com o poder de contribuir para a discussão e aprofundamento da temática abordada, utilizando-se, para isso, números arábicos em todos os documentos, além da garantia do seu arquivamento em local apropriado. Além disso, alguns participantes podem se sentir cansados ao participar da etapa de construção dos itens do *checklist* (que dependerá de

reuniões periódicas com os enfermeiros) ou no processo de validação, ao preencher os instrumentos de avaliação. Para garantir a sua liberdade no processo avaliativo, será disponibilizado o tempo que se fizer necessário para preencher o instrumento de avaliação, no lugar que preferir e reenviar quando puder, desde que essa resposta não ultrapasse 15 dias, pois inviabiliza o andamento do estudo. Caberá destacar também que, devido às limitações dos meios eletrônicos e tecnologias midiáticas (BRASIL, 2021), que serão utilizadas na etapa de validação com os juízes especialistas, este prazo poderá ser ampliado, tendo, portanto, a pesquisadora, a obrigatoriedade de enviar *e-mails* individuais de lembretes, caso o prazo se esgote. Será também esclarecido que somente a pesquisadora e sua orientadora terão acesso às informações dos participantes em todas as etapas. Ademais, será explicado a possibilidade de interrupção da participação a qualquer momento que os participantes julgarem necessário.

Serão previstos benefícios diretos aos participantes, pois as pesquisadoras apresentarão um *checklist* válido que tem o objetivo de melhorar a comunicação entre os profissionais que prestam cuidados aos RN na Unidade Neonatal, evitando ou minimizando os eventos adversos decorrentes de falhas na comunicação. Dentre os benefícios posteriores incluirão a contribuição para maiores discussões acerca do tema. Para tal, conforme previsto na Resolução nº 580/2018, será realizado um encontro com os profissionais de saúde que prestam serviços na Unidade Neonatal do HRTN no município de Floriano-PI, para apresentação do relatório final de pesquisa (BRASIL, 2018).

O projeto foi aprovado sob Parecer de número: 4.633.941 (ANEXO B).

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados estão apresentados e discutidos em duas etapas distintas de acordo com os objetivos deste estudo. Na primeira, descrevem-se os resultados relativos ao processo de elaboração do *checklist* e a segunda, a validação de conteúdo pelos juízes especialistas.

6.1 Etapa 1 – Fase 1: Revisão integrativa

A revisão integrativa evidenciou que a estratégia SBAR (*Situation, Background, Assessment and Recommendation*) é a mais utilizada para melhorar a comunicação pela equipe multidisciplinar no ambiente hospitalar (n=2; 40%). Outras estratégias para melhorar a comunicação entre profissionais de saúde no ambiente hospitalar também foram citadas nesta revisão (n=1; 20% cada estratégia), tais como PURE (*Purposeful, Unambiguous, Respectful, Effective*), a checagem e repasse de informações instantaneamente e a passagem de plantão.

Essas ferramentas citadas na literatura fazem parte das propostas de melhorias na comunicação efetiva entre profissionais de saúde em diversos estudos encontrados na busca inicial, porém, poucos estudos trazem essa abordagem para a área de neonatologia, o que justifica a importância dessa revisão integrativa.

Portanto, os estudos apontaram que as estratégias utilizadas para melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde necessitam de uma padronização e a elaboração de um instrumento padronizado do tipo *checklist* poderá promover e sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da comunicação efetiva no serviço de neonatologia. As estratégias listadas acima possibilitaram a criação dos itens que compõem o *checklist* para comunicação efetiva entre os profissionais de saúde.

6.2 Etapa 1 – Fase 2: construção dos itens do *checklist*

Nesta fase, a partir da revisão integrativa intitulada “Estratégias de Comunicação Efetiva entre os Profissionais de Saúde em Neonatologia” e da especificidade da Unidade Neonatal, os itens do *checklist* foram elaborados; seguiu-se também o que é estabelecido pelas Metas Internacionais da Segurança do Paciente, propostas pela OMS e pelas recomendações do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Já suas definições operacionais foram embasadas pelos estudos de Echer *et al.* (2021); Silva *et al.* (2021); Biasibetti *et al.* (2020);

Silva, Manzo e Mata (2019); e Silva *et al.* (2017), sobre construção e validação de *checklist* para comunicação efetiva, transição de cuidados e segurança do paciente em neonatologia.

O *checklist* sobre comunicação efetiva entre os profissionais de saúde para segurança do paciente na Unidade Neonatal foi escrito em fonte *Times New Roman*, cor preta, tamanho 12, sendo formado por duas páginas, divididas em duas partes e composta de 41 itens e *layout* com gradientes de cinza na primeira versão do instrumento.

Quanto à forma, o conteúdo foi organizado em duas partes, sendo a primeira intitulada “Finalidades do *checklist* e orientações de preenchimento” e a segunda que contém os itens do *checklist*, sendo esta última dividida em duas colunas: “Itens a serem checados” e “respostas”. Os itens a serem checados foram agrupados em três categorias: Anotações (9 itens); Checagem (17 itens) e Procedimentos (15 itens); e na coluna Respostas, foram incluídos os itens Sim, Não e Não se aplica (N/A).

O Guia de Recomendações do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) para Registros no Prontuário do Paciente (2016) define o que são procedimentos, checagem e anotações. Procedimento é o modo como algo é executado e inclui todas as prescrições e ações executadas nos pacientes.

A Checagem é uma estratégia criada para a conferência de que os procedimentos tenham sido realizados. Embora de suma importância, apenas checar os o(s) item(ns) cumprido(s) ou não, através de símbolos, como \checkmark (*check*), não cumpre(m) os requisitos legais de validação de um prontuário. Daí a importância de registrar, por escrito, nas Anotações de Enfermagem, todos os procedimentos realizados. Cada instituição de saúde pode padronizar sua rotina de checagem, o mais importante é que a equipe multidisciplinar cumpra seu papel de conferir se todos os procedimentos específicos de cada membro da equipe tenham sido realizados (COFEN, 2016).

As anotações se referem a informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência. Contribui, ainda, para a identificação das alterações do estado e das condições do paciente, favorecendo a detecção de novos problemas, a avaliação dos cuidados prescritos e, por fim, possibilitando a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados (COFEN, 2016).

Para Concha-Torre *et al.* (2020) o *checklist* precisa ter as seguintes características: simplicidade, aplicabilidade em diferentes áreas e possibilidade de medição. Ademais, é geralmente desenhado com afirmações que são respondidas de forma binária (SIM/NÃO), embora possa haver mais de duas opções de resposta, desde que sejam fechadas, para dar

objetividade ao instrumento, como no estudo em tela, no qual foi usado também a resposta “não se aplica” (N/A).

Assim sendo, a primeira versão do *checklist* sobre comunicação efetiva entre os profissionais de saúde para a segurança do paciente na Unidade Neonatal, pode ser evidenciado na Figura 2.

Figura 2 – Primeira versão do *Checklist* sobre comunicação efetiva entre os profissionais de saúde para segurança do paciente na Unidade Neonatal

FINALIDADES DO CHECKLIST E ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO		
- Este <i>checklist</i> destina-se aos profissionais de saúde com atuação direta ao recém-nascido na Unidade Neonatal.		
- Possui linguagem de comando e respostas curtas do tipo SIM, NÃO e NÃO SE APLICA.		
- Caso a resposta seja NÃO, o profissional que está realizando o preenchimento do <i>checklist</i> deverá revisar com a equipe o prontuário cuja anotação/checagem/procedimento não tenha sido realizado.		
- Caso haja alguma impossibilidade de realização, especificar e registrar o motivo à equipe que receberá o plantão, para dar continuidade à assistência aos pacientes.		
- O <i>checklist</i> deverá ser preenchido pela equipe multidisciplinar uma hora antes do término do turno de trabalho.		
- O <i>checklist</i> visa a conferência e o devido preenchimento de todas as anotações, checagens e procedimentos realizados no turno de trabalho e estimula a transferência de cuidados por todos os membros da equipe multidisciplinar.		
ANOTAÇÕES		
Exame físico registrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SSVV registrados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balanco hídrico registrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultados de exames registrados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dieta registrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene do RN registrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curativos registrados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evento adverso notificado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferência requerida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHECAGEM		
RN identificados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leitos/berços identificados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RN com cartão da criança preenchido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompanhantes informados sobre rotina do setor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompanhantes informados sobre a indicação de internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prontuários com prescrição atualizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

...continuação

RN evoluídos	() SIM	() NÃO	() N/A
RN com alergia	() SIM	() NÃO	() N/A
RN com comorbidades	() SIM	() NÃO	() N/A
Pele do RN avaliada	() SIM	() NÃO	() N/A
Dispositivos intravenosos funcionantes	() SIM	() NÃO	() N/A
RN com oxigenação/ventilação	() SIM	() NÃO	() N/A
RN com drenos/cateteres/sondas	() SIM	() NÃO	() N/A
Drenos/cateteres/sondas funcionantes	() SIM	() NÃO	() N/A
Temperatura incubadora/berço adequada	() SIM	() NÃO	() N/A
Medicações checadas	() SIM	() NÃO	() N/A
Ocorrência de Evento Adverso	() SIM	() NÃO	() N/A
PROCEDIMENTOS			
Exame físico realizado	() SIM	() NÃO	() N/A
SSVV verificados	() SIM	() NÃO	() N/A
Balanço hídrico realizado	() SIM	() NÃO	() N/A
Medicações realizadas	() SIM	() NÃO	() N/A
Dieta realizada	() SIM	() NÃO	() N/A
Exames realizados	() SIM	() NÃO	() N/A
Procedimentos cirúrgicos realizados	() SIM	() NÃO	() N/A
Higiene do RN realizada	() SIM	() NÃO	() N/A
Curativos realizados	() SIM	() NÃO	() N/A
Adoção de medidas para prevenção de quedas	() SIM	() NÃO	() N/A
Adoção de medidas para prevenção de lesão por pressão	() SIM	() NÃO	() N/A
Adoção de medidas para prevenção de infecção	() SIM	() NÃO	() N/A
Adoção de escalas para avaliação da dor	() SIM	() NÃO	() N/A
Adoção de medidas de conforto	() SIM	() NÃO	() N/A
Transferência realizada	() SIM	() NÃO	() N/A

FONTE: discente proponente do estudo, 2021. Nota: RN=recém-nascido

SSVV: Sinais Vitais

N/A = não se aplica

6.3 Etapa 1 – Fase 3: ciclo PDCA

Nesta etapa do estudo, realizou-se a análise semântica do *checklist* que consistiu na avaliação dos itens pelos enfermeiros da Unidade Neonatal através da utilização do ciclo PDCA. As reuniões aconteceram no mês de outubro de 2021, em espaço destinado para essa atividade, dentro do próprio hospital. Foram convidados 27 enfermeiros que prestam assistência na Unidade Neonatal, porém apenas 15 participaram de todas as reuniões propostas para essa etapa do estudo.

Todos os enfermeiros eram do sexo feminino (100%), com idade variando de 27 a 41 anos, com média (\pm desvio padrão) de 33,5 (\pm 4,5) anos, tempo de formação em Bacharelado em Enfermagem entre 2 e 12 anos, com média (\pm desvio padrão) de 7,7 (\pm 3,0) anos. Em relação a maior titulação, 2 (13,3%) eram graduadas e 13 (86,7%) possuem pós-graduação *Latu Sensu*. O tempo de atuação na Neonatologia variou de seis meses a 6 anos, com média (\pm desvio padrão) de 2,8 (\pm 2,1) anos.

O estudo de Duarte *et al.* (2020) que objetivou identificar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o erro humano nos cuidados de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal corrobora com o estudo em tela. Evidenciou-se que dos 22 profissionais de enfermagem entrevistados, 100% do sexo feminino e 64% tinham de 30 a 41 anos. Diferentemente, 73% possuíam de 6 a 10 anos de atuação na UTIN e 96% relataram tempo de formação maior que 10 anos (DUARTE *et al.*, 2020).

Sete (46,7%) das enfermeiras atuam no alojamento conjunto, três (20%) na neonatologia e cinco (33,3%) na UTIN. Quanto à formação e/ou capacitação, apenas 4 (26,7%) enfermeiras referiram especialização na área de Neonatologia, com pós-graduação *Latu Sensu* em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, média (\pm desvio padrão) de 0,5 (\pm 0,8) anos. Já em relação à formação e/ou capacitação em segurança do paciente, também apenas 4 (26,7%) enfermeiras afirmaram ter cursado pós-graduação *Latu Sensu* nessa área, média (\pm desvio padrão) de 0,8 (\pm 1,6) anos. Esses dados podem ser evidenciados na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos enfermeiros participantes da etapa de construção do *checklist*, através do ciclo PDCA, Floriano-PI, 2021

Característica	M ± DP	n (%)
Sexo/Gênero		
Feminino		15 (100,0)
Idade (anos)	33,5 ± 4,5	
Escolaridade		
Ensino superior		15 (100,0)
Tempo de Graduação (anos)	7,7 ± 3,0	
Maior titulação		
Graduação		2 (13,3)
Especialização		13 (86,7)
Tempo de atuação em Neonatologia (anos)	2,8 ± 2,1	
Setor de atuação na Unidade Neonatal		
Alojamento conjunto		7 (46,7)
Neonatologia		3 (20,0)
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal		5 (33,3)
Formação e/ou capacitação em Neonatologia		
Sim		4 (26,7)
Não		11 (73,3)
Tempo de formação e/ou capacitação em Neonatologia (anos)	0,5 ± 0,8	
Formação e/ou capacitação em segurança do paciente		
Sim		4 (26,7)
Não		11 (73,3)
Tempo de formação e/ou capacitação em segurança do paciente (anos)	0,8 ± 1,6	

Legenda: M ± DP: média ± desvio padrão

Foram realizadas cinco reuniões com as enfermeiras. Na primeira, a pesquisadora apresentou a proposta de *checklist* para que as participantes pudessem pensar nos itens que seriam incluídos/excluídos e/ou modificados; na segunda reunião foi realizado o aprimoramento dos itens após discussão ampla entre as participantes; na terceira, trabalhou-se a melhoria do *layout* para facilitar o preenchimento, o acesso e a visualização das informações, porém não houve discordância em relação a esse item; na quarta reunião, realizou-se uma atividade prática para que as participantes pudessem verificar a aplicabilidade do instrumento no setor de atuação, para que assim, também fosse possível sugerir modificações nos itens – essa etapa visou verificar a compreensão e a aplicação do instrumento construído, antes das modificações realizadas, para que fossem acrescentadas mais sugestões; na última reunião, foram consolidadas todas as informações e a segunda versão do *checklist* foi construída.

A segunda versão do *checklist* sobre comunicação efetiva entre os profissionais de saúde para segurança do paciente na Unidade Neonatal não sofreu alterações quanto a sua formatação e *layout* e continuou escrito em fonte *Times New Roman*, cor preta, tamanho 12.

No entanto, aumentou uma página, totalizando três, dividida em duas partes e composta de 60 itens.

O conteúdo seguiu sendo organizado em duas partes: a primeira intitulada “Finalidades do *checklist* e orientações de preenchimento”, que sofreu uma modificação no texto e na ordem dos itens sugeridos pela própria pesquisadora; e a segunda contendo os itens do *checklist*, sendo esta última dividida em duas colunas: “Itens a serem checados” e “Respostas”. Os itens a serem checados sofreram modificação na ordem das categorias e foram agrupados da seguinte forma: Procedimentos, Checagem e Anotações; na coluna Respostas, permaneceram os itens Sim, Não e Não se aplica (N/A).

Foram incluídos sete itens na categoria “Procedimentos”: Troca/Limpeza de dreno, cateter e sonda realizada; Hidratação venosa realizada; Exames de Imagem (Raio X, Tomografia Computadorizada (TC), Ecocardiograma (ECO), Ultrassonografia) realizados; Inserção/Troca de acesso venoso periférico (AVP) realizado; Inserção/Troca de PICC realizado; Inserção/Troca/Limpeza da garganta da Ventilação Mecânica Invasiva (VM) e Ventilação Não Invasiva (VNI) realizada; Drenos/Cateteres/Sondas realizados.

Na categoria “Checagem” quatro itens foram incluídos: Equipos datados; Prontuários com medicações aprazadas; Relatórios preenchidos; Censo diário preenchido.

Na categoria “Anotações” foram incluídos sete itens: Troca/Limpeza de dreno, cateter e sonda registrada; Hidratação venosa registrada; Inserção/Troca de AVP registrado; Intercorrências registradas; Inserção/Troca de PICC registrado; Inserção/Troca/Limpeza da garganta da VM e VNI registrada; Drenos/Cateteres/Sondas registrados.

Foram modificados dois itens na categoria “Procedimentos”: Exames realizados = Exames Laboratoriais realizados; Higiene do RN realizada = Banho do RN realizado. Na categoria “Checagem” dois itens: RN com oxigenação/ventilação = RN com Oxigenação/CPAP/Ventilação; Drenos/cateteres/sondas funcionantes = Drenos/cateteres/sondas avaliados. Quanto à categoria “Anotações” apenas um item: Higiene do RN registrada = Banho do RN registrado.

Os itens que abordam as infusões (medicações) e os cateteres, bem como os que tratam de exames laboratoriais e de imagem foram incluídos, em virtude de sua importância para os profissionais de enfermagem, sendo comumente mencionados nas transferências de cuidados pela equipe (MALFAIT *et al.*, 2018).

De igual modo, o PICC, muito utilizado em RN prematuros extremos e RN em uso de hidratação venosa e nutrição parenteral por mais de sete dias e com manuseio restrito, também

foi incluído no *checklist*. Esse procedimento evita a prática da dissecação venosa e punções periféricas de repetição e tricotomia do couro cabeludo (BRASIL, 2013).

Sobre a VM, de acordo com a Resolução COFEN N° 639/2020 que dispõe sobre as competências do Enfermeiro no cuidado aos pacientes em ventilação mecânica no ambiente extra e intra-hospitalar, é competência do enfermeiro a montagem, testagem e instalação de aparelhos de VM e VNI em pacientes adultos, pediátricos e neonatos. Vale destacar que o ajuste inicial e manejo dos parâmetros da ventilação mecânica devem ocorrer sob coordenação médica (COFEN, 2020). Dada a sua importância para o estudo essas sugestões foram acatadas.

Após realizados todos os ajustes na primeira versão do *checklist*, a partir da inclusão e modificações de itens, construiu-se a segunda versão do instrumento. Esta versão passou a ter a seguinte quantidade de itens por categoria: Procedimentos (22 itens), Checagem (21 itens) e Anotações (16 itens). Vale mencionar que todos os itens sugeridos foram acatados, visto a sua importância para o contexto do estudo e os cuidados que precisam ser prestados em neonatologia. Assim sendo, a segunda versão do *checklist* para comunicação efetiva entre os profissionais de saúde para a segurança do paciente na Unidade Neonatal, pode ser evidenciado na Figura 3, a qual foi enviada, posteriormente, aos juízes *expertises* para o processo de validação de conteúdo.

Figura 3 – Segunda versão do *checklist* sobre comunicação efetiva entre os profissionais de saúde para segurança do paciente na Unidade Neonatal

FINALIDADES DO CHECKLIST E ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO	
<ul style="list-style-type: none"> - Este <i>checklist</i> destina-se aos profissionais de saúde com atuação direta ao recém-nascido na Unidade Neonatal. - O <i>checklist</i> objetiva estimular os profissionais de saúde a fazer a conferência de todos os procedimentos, checagens e anotações que foram realizados no turno de trabalho. - Possui linguagem de comando e respostas curtas do tipo SIM, NÃO e NÃO SE APLICA. - Caso a resposta seja NÃO, o profissional que está realizando o preenchimento do <i>checklist</i> deverá revisar com a equipe o prontuário cujo procedimento/checagem/anotação não tenha sido realizado. - Caso haja alguma impossibilidade de realização, especificar e registrar o motivo à equipe que receberá o plantão, para dar continuidade à assistência aos pacientes. - O <i>checklist</i> deverá ser preenchido pela equipe multidisciplinar uma hora antes do término do turno de trabalho. 	
PROCEDIMENTOS	
Exame físico realizado	() SIM () NÃO () N/A
SSVV verificados	() SIM () NÃO () N/A
Hidratação venosa realizada	() SIM () NÃO () N/A

... continuação

Balanço hídrico realizado	() SIM () NÃO () N/A
Medicações realizadas	() SIM () NÃO () N/A
Dieta realizada	() SIM () NÃO () N/A
Exames Laboratoriais realizados	() SIM () NÃO () N/A
Exames de Imagem (Raio X, TC, ECO, USG) realizados	() SIM () NÃO () N/A
Procedimentos cirúrgicos realizados	() SIM () NÃO () N/A
Banho do RN realizado	() SIM () NÃO () N/A
Curativos realizados	() SIM () NÃO () N/A
Drenos/cateteres/sondas realizados	() SIM () NÃO () N/A
Troca/limpeza de dreno, cateter e sonda realizada	() SIM () NÃO () N/A
Inserção/Troca de AVP realizado	() SIM () NÃO () N/A
Inserção/Troca de PICC realizado	() SIM () NÃO () N/A
Inserção/Troca/limpeza da garganta da VM e VNI realizado	() SIM () NÃO () N/A
Adoção de medidas para prevenção de quedas	() SIM () NÃO () N/A
Adoção de medidas para prevenção de lesão por pressão	() SIM () NÃO () N/A
Adoção de medidas para prevenção de infecção	() SIM () NÃO () N/A
Adoção de escalas para avaliação da dor	() SIM () NÃO () N/A
Adoção de medidas de conforto	() SIM () NÃO () N/A
Transferência realizada	() SIM () NÃO () N/A
CHECAGEM	
RN identificados	() SIM () NÃO () N/A
Leitos/berços identificados	() SIM () NÃO () N/A
RN com cartão da criança preenchido	() SIM () NÃO () N/A
Acompanhantes informados sobre rotina do setor	() SIM () NÃO () N/A
Acompanhantes informados sobre a indicação de internação	() SIM () NÃO () N/A
Prontuários com prescrição atualizada	() SIM () NÃO () N/A
Prontuários com medicações aprazadas	() SIM () NÃO () N/A
RN evoluídos	() SIM () NÃO () N/A
RN com alergia	() SIM () NÃO () N/A
RN com comorbidades	() SIM () NÃO () N/A
Pele do RN avaliada	() SIM () NÃO () N/A
Dispositivos intravenosos funcionantes	() SIM () NÃO () N/A
Equipos datados	() SIM () NÃO () N/A

... continuação

RN com oxigenação/ventilação/CPAP	() SIM () NÃO () N/A
RN com drenos/cateteres/sondas	() SIM () NÃO () N/A
Drenos/cateteres/sondas avaliados	() SIM () NÃO () N/A
Temperatura incubadora/berço adequada	() SIM () NÃO () N/A
Medicações checadas	() SIM () NÃO () N/A
Ocorrência de Evento Adverso	() SIM () NÃO () N/A
Relatórios preenchidos	() SIM () NÃO () N/A
Censo diário preenchido	() SIM () NÃO () N/A
ANOTAÇÕES	
Exame físico registrado	() SIM () NÃO () N/A
SSVV registrados	() SIM () NÃO () N/A
Hidratação venosa registrada	() SIM () NÃO () N/A
Balanço hídrico registrado	() SIM () NÃO () N/A
Resultados de exames registrados	() SIM () NÃO () N/A
Dieta registrada	() SIM () NÃO () N/A
Banho do RN registrado	() SIM () NÃO () N/A
Curativos registrados	() SIM () NÃO () N/A
Drenos/cateteres/sondas registrados	() SIM () NÃO () N/A
Troca/limpeza de dreno, cateter e sonda registrada	() SIM () NÃO () N/A
Inserção/Troca de AVP registrado	() SIM () NÃO () N/A
Inserção/Troca de PICC realizado	() SIM () NÃO () N/A
Inserção/Troca/limpeza da garganta da VM e VNI registrado	() SIM () NÃO () N/A
Evento adverso notificado	() SIM () NÃO () N/A
Intercorrências registradas	() SIM () NÃO () N/A
Transferência requerida	() SIM () NÃO () N/A

Nota: RN = recém-nascido; SSVV = sinais vitais; N/A = não se aplica; TC = tomografia computadorizada; ECO = ecocardiograma; USG = ultrassonografia; AVP = Acesso Venoso Periférico; PICC = cateter central de inserção periférica

6.4 Etapa 2 – análise de conteúdo do *checklist* (validação)

Participaram da análise de conteúdo do *checklist* 19 especialistas brasileiros, com idade variando de 25 a 68 anos e média de 37,7 ($\pm 9,2$) anos. Predominaram mulheres (n = 15; 78,9%), oriundos da região Nordeste (n = 17; 89,4%) e do estado do Piauí (n = 11; 57,9%),

graduados em enfermagem ($n = 16$; 84,2%), com tempo de formação variando de 3 a 45 anos e média de 13,5 ($\pm 8,9$) anos. Cinco (26,3%) participantes possuem especialização, 10 (52,6%) mestrado e três (15,8%) doutorado em uma das áreas do estudo: neonatologia, segurança do paciente, tecnologias em saúde/enfermagem, estudos de validação (Tabela 2).

O relatório “*State of the World’s Nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*” desenvolvido pela OMS em conjunto com o *Internacional Council of Nurses* (ICN) e *Nursing Now* evidenciaram que o perfil da enfermagem no Brasil corresponde a 87% de profissionais de enfermagem do sexo feminino, na faixa etária de 35 a 55 anos (55%). A maior proporção de enfermeiros por região encontra-se no Sudeste (45%), seguida do Nordeste (25%) e Sul (15%) (WHO, 2020).

Importante destacar que participaram da pesquisa juízes de quatro das cinco regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Sul e Sudeste), e de sete estados (RR, PI, MA, CE, PE, PR, SP). Infere-se que o *checklist* foi validado por profissionais de diferentes estados com culturas e costumes diferentes, o que contribuiu para ampliar o escopo de aplicabilidade. Essas informações estão sumarizadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Características socioeducacionais dos especialistas da etapa de análise de conteúdo ($n=19$). Teresina, PI, Brasil, 2021

Característica	M \pm DP	n (%)
Sexo		
Feminino		15 (78,9)
Masculino		4 (21,1)
Idade	37,7 \pm 9,2	
Estado de atuação		
Piauí		11 (57,9)
Maranhão		2 (10,5)
Ceará		2 (10,5)
Pernambuco		1 (5,3)
São Paulo		1 (5,3)
Roraima		1 (5,3)
Paraná		1 (5,3)
Graduação		
Enfermagem		16 (84,2)
Medicina		2 (10,5)
Fisioterapia		1 (5,3)
Tempo de formação (anos)	13,5 \pm 8,9	
Maior titulação		
Especialização		5 (26,3)
Mestrado		10 (52,6)
Doutorado		3 (15,8)
Pós-doutorado		1 (5,3)
Especialista na área do estudo		
Sim		11 (57,9)
Não		8 (42,1)
Mestrado na área do estudo		

	...continuação
Sim	10 (52,6)
Não	9 (47,4)
Doutorado na área do estudo	
Sim	2 (10,5)
Não	17 (89,5)

Legenda: M ± DP: média ± desvio padrão; *: frequências apresentadas apenas para a categoria “sim”

Os juízes especialistas possuem artigos/livros/capítulos publicados nas seguintes áreas do estudo: neonatologia, segurança do paciente, tecnologias em saúde/enfermagem (n = 11; 57,9%) e artigos/livros/capítulos publicados sobre validação de instrumentos (n = 5; 26,3%). Nove (47,4%) participam de grupos de pesquisa na área do estudo e 12 (63,2%) juízes pesquisam na área de interesse do estudo. A área de pesquisa mais prevalente foi a neonatologia (n = 6; 31,6%). A maioria dos participantes atuam na assistência (n = 12; 63,2%) e o tempo de experiência na área de neonatologia variou de 2 a 40 anos, média de 7,1 (± 9,2) anos (Tabela 3).

Tabela 3 – Perfil acadêmico e profissional dos juízes especialistas da etapa de análise de conteúdo (n=19). Teresina, PI, Brasil, 2021

Característica	M ± DP	n (%)
Artigo/livro/capítulo publicado na área do estudo		
Sim		11 (57,9)
Não		8 (42,1)
Artigo/livro/capítulo publicado sobre validação de instrumento		
Sim		5 (26,3)
Não		14 (73,7)
Participação em grupo de pesquisa na área do estudo		
Sim		9 (47,4)
Não		10 (52,6)
Participação de pesquisas na área do estudo		
Sim		12 (63,2)
Não		7 (36,8)
Área de pesquisa/estudo*		
Neonatologia		6 (31,6)
Segurança do paciente		2 (10,5)
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal		2 (10,5)
Saúde da criança		3 (15,8)
Tecnologias em saúde		2 (10,5)
Validação de instrumento		2 (10,5)
Outros (Promoção da saúde, Saúde do Trabalhador, Saúde da Mulher, Telemedicina, SAE, Educação tutorial, Saúde Pública)		5 (26,3)
Áreas de atuação*		
Docência		10 (52,6)
Pesquisa		7 (36,8)
Assistência		12 (63,2)
Gestão		4 (21,1)
Experiência assistencial em neonatologia		
Sim		17 (89,5)

Não	... continuação
Tempo de experiência assistencial	2 (10,5)
	7,1 ± 9,2

Legenda: M ± DP: média ± desvio padrão; *: frequências apresentadas apenas para a categoria “sim”

Com relação ao perfil acadêmico e profissional dos juízes, identificou-se que quase todos os profissionais publicam na área do estudo em tela, fato que possibilitou uma avaliação consistente e pormenorizada do *checklist*, evidenciado nas sugestões para o aprimoramento do material. Quase a totalidade dos especialistas possuíam especializações e mestrado nas áreas que envolvem a temática do *checklist*, confirmando ainda mais o conhecimento que garantiu a validação do instrumento.

Essas características estão condizentes com a literatura que trata acerca da validação de instrumentos, a qual evidencia a escolha dos juízes, elucidando-se se eles são conhecedores do assunto devido à sua formação acadêmica ou diferentes experiências de trabalho. Assim sendo, no processo de validação de conteúdo, uma série de opiniões defendidas pelos especialistas são colocadas em jogo e, embora não sejam encontradas concordâncias unânimes, podem ser identificados os pontos fracos e fortes do instrumento. Isso permitirá uma análise profunda por parte do pesquisador que levará à tomada de decisão sobre o que modificar, integrar ou eliminar (ALARCÓN *et al.*, 2017).

O formulário que foi enviado aos juízes especialistas apresentava espaços para sugestão ou comentários em relação ao título do *checklist*; finalidades e orientações sobre o preenchimento; a divisão em categorias (“procedimentos”, “checagem” e “anotações”); e *layout*. Com relação ao título, 4 (21,05%) especialistas fizeram comentários, no entanto, apenas 3 (15,78%) escreveram suas sugestões. Com relação ao texto das finalidades e orientações de preenchimento, 3 (15,78%) deixaram suas colocações. No que diz respeito à divisão em categorias, 4 (21,05%) expuseram as suas contribuições; e em relação ao *layout*, apenas 2 (10,52%) fizeram comentários. A Tabela 4 mostra as sugestões feitas pelos juízes para essas seções e está dividida em “itens não acatados” e “itens acatados”.

Quadro 3 – Sugestões dos juízes especialistas em relação ao título, finalidades e orientações de preenchimento, divisão em categorias e *layout* do *checklist*. Teresina, PI, Brasil, 2021.

SUGESTÕES	ITENS NÃO ACATADOS	ITENS ACATADOS
-----------	--------------------	----------------

TÍTULO	J9 Cuidar do ser humano em seus primeiros dias é muito gratificante pra vida de um profissional	J3 Trocar o nome profissionais por enfermeiros ou equipe de enfermagem J13 Elaboração e validação de um <i>checklist</i> para comunicação efetiva sobre os cuidados de enfermagem prestados na Unidade Neonatal
FINALIDADES E ORIENTAÇÕES	J3 Ele pode ser preenchido durante o turno de trabalho e a realização dos procedimentos e conferido 1h antes do turno terminar	J8 Acho importante informar que o <i>checklist</i> será único para todos os profissionais do plantão, para não acharem que cada um deles terá que preencher individualmente J13 O <i>checklist</i> fala em comunicação entre a equipe multidisciplinar, porém está direcionado aos cuidados de enfermagem
DIVISÃO DAS CATEGORIAS	J3 Colocar checagem na primeira coluna J9 O enfermeiro precisa de mais autonomia J19 Sugerido que seja feita por categoria	J18 Substituiria a palavra "Anotação" para "Anotação de Enfermagem" que é o termo adotado pelo COFEN
LAYOUT	J3 Colocar o item checagem primeiro J19 Sugiro que seja feito dividido as funções por categoria e seja feito por paciente	Sem sugestões

Concordando com os juízes, o *checklist* construído, inicialmente voltado para a equipe multidisciplinar, precisou fazer um ajuste em relação ao título (*Checklist* para comunicação efetiva entre os profissionais de enfermagem para segurança do paciente na Unidade Neonatal) e as finalidades, uma vez que está direcionado aos cuidados da equipe de enfermagem, embora algumas ações podem estar relacionadas aos demais membros da equipe multidisciplinar. No entanto, é importante destacar que o *checklist* visa a conferência dos itens afim de verificar se todos os procedimentos, checagens e anotações foram realizados no turno de trabalho, dada a importância da participação de todos os membros da equipe de saúde durante o seu preenchimento.

O processo de verificação dos itens do *checklist* deve ser conduzido por uma única pessoa. A equipe de enfermagem geralmente marca as caixas, embora qualquer profissional de saúde envolvido no procedimento possa realizar essa ação. Deve ser desenvolvida uma checagem participativa, envolvendo todos os responsáveis pelo procedimento. Nesse sentido, a responsabilidade de cada membro da equipe durante o preenchimento do *checklist*

desempenha um papel essencial. Muitos profissionais não o percebem a importância da aplicabilidade de uma ferramenta para garantir a segurança do paciente por meio da comunicação e do trabalho em equipe e o consideram um simples exercício de verificação de itens (CONCHA-TORRE *et al.*, 2020).

Inferre-se com isso, a relevância do preenchimento do *checklist* pelo enfermeiro, como foi sugerido pelos juízes. O enfermeiro, de acordo com a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, exerce as funções de planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem, cabendo-lhe a organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços (COFEN, 1986).

Nesse contexto, os enfermeiros são reconhecidos como fundamentais para a garantia da continuidade do cuidado, visto que estão com os pacientes internados durante 24 horas por dia e sete dias da semana. Além disso, são considerados articuladores da comunicação entre todos os profissionais de saúde e coordenadores de cuidados (SANTOS *et al.*, 2019).

No que diz respeito a orientação de que o preenchimento do *checklist* deve ser realizado 1 hora antes do término do turno de trabalho, essa estratégia pode colaborar para que o profissional reflita acerca de todas as atividades que foram realizadas durante o turno de trabalho, permitindo que as falhas possam ser sanadas ou registradas, visto que o *checklist* é único e deve ser preenchido pelo enfermeiro, com o apoio de toda equipe multidisciplinar. É uma forma de registrar as pendências daquele turno para que haja a continuidade da assistência pela equipe que assumirá os cuidados aos pacientes, mesmo que não aconteça a passagem de plantão.

A pressa dos profissionais para ir embora do setor, chegadas atrasadas, falta de pontualidade e clareza na comunicação verbal para iniciar a transferência dos cuidados, além de interrupções de outros profissionais, são alguns dos fatores que interferem de forma negativa o momento da troca de turnos durante a equipe de enfermagem (SPOONER *et al.*, 2015). Seguindo esse direcionamento, justifica-se a manutenção da orientação sobre a realização do preenchimento do *checklist* com pelo menos 1h de antecedência do término do turno.

Um estudo sobre o processo de comunicação entre os profissionais da equipe de enfermagem em terapia intensiva concorda que a avaliação do paciente é feita pela equipe de enfermagem que está terminando o turno, a partir das informações que recebeu ao iniciar o serviço e com os acontecimentos no decorrer do seu período de trabalho. Coloca-se, portanto, em evidência a repercussão da comunicação no planejamento da assistência de enfermagem

pelos profissionais que estão assumindo o novo turno de trabalho e, por conseguinte, no desenvolvimento das suas ações de cuidado posteriores, particularmente quanto à segurança destas ações ao paciente (SANTOS *et al.*, 2019).

A sugestão para divisão do *checklist* por categoria profissional não foi acatada, uma vez que, por ocasião das diversas atribuições da equipe de enfermagem, o enfermeiro exerce a função de distribuir as atividades a serem desenvolvidas pela equipe de enfermagem afim de organizar o trabalho (SANTOS *et al.*, 2019). No entanto, ressalta-se que não é objetivo do *checklist* a divisão de funções quanto ao seu preenchimento, uma vez que o instrumento visa a conferência de itens que podem ter sido realizada ao longo do turno de trabalho, e não é específico de uma categoria profissional essa atividade. Cada membro da equipe de saúde, dentro de sua competência, está apto a refletir junto com a equipe, se o item foi realizado ou não. Infere-se, ainda, que a ordem das categorias não sofra alterações, já que só é possível checar ou registrar um procedimento no prontuário após sua realização.

Prontuário é o acervo documental legal tanto para o paciente quanto para a equipe médica e de enfermagem (e outros), padronizado, organizado e conciso referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente por todos os profissionais envolvidos na assistência, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. Cada pessoa que escreve no prontuário de um paciente é responsável pelas informações registradas (COFEN, 2016).

Foi acatada a sugestão para substituição da palavra "Anotação" para "Anotação de Enfermagem" que é o termo adotado pelo Conselho Federal de Enfermagem, posto que as Anotações de Enfermagem fornecem dados que irão subsidiar o enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados/prescrição de enfermagem, no suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados, respectivas respostas do paciente e resultados esperados e desenvolvimento da Evolução de Enfermagem (COFEN, 2016), conceito importante para a abrangência de itens trazidas no *checklist*.

Vale destacar que o profissional de Enfermagem exerce suas atribuições com autonomia, competência para promoção do ser humano na sua integralidade e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico da profissão (COFEN, 2017).

Com relação à validade de conteúdo por categoria e atributos, todos os índices ultrapassaram uma concordância de 80%. Para Pasquali (1998) uma concordância de, pelo menos, 80% entre os juízes pode servir de critério de decisão sobre a pertinência do item ao traço a que teoricamente se refere. Itens que não atingirem essa concordância obviamente

apresentam problemas e seria o caso de descartá-los do instrumento, o que não foi necessário na presente pesquisa.

Embora os itens “drenos/cateteres/sondas realizados” e “transferência realizada” tenham apresentado um índice de concordância individual para Clareza e “Banho do RN realizado” para Relevância abaixo da média esperada (0,684 cada) na categoria “Procedimentos”, eles não foram excluídos, uma vez que as sugestões feitas para esses itens estão relacionadas a detalhar os itens, o que converge com o objetivo do *checklist* proposto. Ademais, dada a importância do Banho do recém-nascido, este item foi submetido a uma segunda rodada de avaliação.

Tabela 4 – Razão de Validade de Conteúdo da seção “Procedimentos” do *checklist* por atributos e geral conforme avaliação dos especialistas (n=19). Teresina, PI, Brasil, 2021

Procedimentos	Objetividade	Clareza	Simplicidade	Relevância	CVR-I
Exame físico realizado	1,000	1,000	0,894	1,000	0,974
SSVV verificados	0,894	0,894	0,789	0,894	0,868
Hidratação venosa realizada	0,894	0,789	0,894	1,000	0,894
Balanço hídrico realizado	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Medicações realizadas	0,894	0,789	0,789	1,000	0,868
Dieta realizada	1,000	0,894	0,789	1,000	0,921
Exames Laboratoriais realizados	1,000	0,894	1,000	1,000	0,974
Exames de Imagem (Raio X, TC, ECO, USG) realizados	1,000	0,894	1,000	1,000	0,974
Procedimentos cirúrgicos realizados	0,894	1,000	1,000	1,000	0,974
Banho do RN realizado	0,894	0,894	0,789	0,684	0,815
Curativos realizados	0,894	0,894	1,000	0,894	0,921
Drenos/cateteres/sondas realizados	0,789	0,684	1,000	0,894	0,842
Troca/limpeza de dreno, cateter e sonda realizada	1,000	0,894	0,894	1,000	0,947
Inserção/Troca de AVP realizado	1,000	0,894	0,789	1,000	0,921
Inserção/Troca de PICC realizado	1,000	0,894	0,894	1,000	0,947
Inserção/Troca/limpeza da garganta da VM e VNI realizado	1,000	0,789	0,894	1,000	0,921
Adoção de medidas para prevenção de quedas	1,000	0,789	1,000	1,000	0,947
Adoção de medidas para prevenção de lesão por pressão	1,000	0,789	0,894	1,000	0,921
Adoção de medidas para prevenção de infecção	1,000	0,894	0,894	1,000	0,947
Adoção de escalas para avaliação da dor	1,000	0,894	1,000	1,000	0,974
Adoção de medidas de conforto	0,894	0,894	1,000	1,000	0,947
Transferência realizada	0,894	0,684	1,000	0,894	0,868
CVR-S	0,951	0,865	0,918	0,966	0,925

Devido à especificidade em relação ao banho do recém-nascido, este item foi mantido no *checklist*, uma vez que deve seguir recomendações específicas estabelecidas por evidências científicas. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatrias (SBP), esse procedimento deve ser adiado até a estabilidade térmica seja alcançada e, portanto, não deve ser realizado precocemente, pois interrompe desnecessariamente a amamentação e o contato pele a pele da mãe com o RN, além de aumentar o risco de hipotermia e desconforto respiratório. Porém, para crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV, o primeiro banho deve ser realizado o mais precocemente possível, na tentativa de reduzir o risco de transmissão da doença. Assim sendo, pode ser realizado após 24 horas do nascimento ou, se não for possível, adiado por pelo menos 6 horas, informação que precisa ser checada pelo enfermeiro (SBP, 2021).

Estudo de Santos *et al.* (2019), verificou que o banho muitas vezes não era realizado, ou o paciente era submetido ao mesmo procedimento, no mesmo turno de trabalho, devido ausência de registro, o que pode atrasar o desenvolvimento de outras atividades ou trazer prejuízos hemodinâmicos aos pacientes, que se encontram muitas vezes instáveis na sua condição clínica.

Ademais, o CVR-I e CVR-S estão dentro do padrão de concordância estabelecidos. No entanto, o item “transferência realizada” foi modificado para “encaminhamento intra-hospitalar (exames/cirurgias) realizado” e “encaminhamento inter-hospitalar (exames/cirurgias) realizado”, conforme sugestão do J14 e foi submetido a segunda rodada de validação, conforme será apresentado a seguir.

Com relação à razão de validade de conteúdo da seção “Checagem”, apenas o item “ocorrência de evento adverso” apresentou um índice de concordância para Clareza abaixo da média esperada (0,684), porém não foi excluído, uma vez que a sugestão feita para este item está relacionada a detalhar o tipo de evento adverso, o que converge com o objetivo proposto pelo *checklist*. Este item será incluído na segunda rodada de validação. Ademais, o CVR-I e CVR-S estão dentro do padrão de concordância estabelecidos.

Tabela 5 – Razão de Validade de Conteúdo da seção “Checagem” do *checklist* por atributos e geral conforme avaliação dos especialistas (n=19). Teresina, PI, Brasil, 2021

Checagem	Objetividade	Clareza	Simplicidade	Relevância	CVR-I
RN identificados	1,000	0,894	0,894	1,000	0,947
Leitos/berços identificados	1,000	1,000	1,000	0,894	0,974
RN com cartão da criança preenchido	0,789	0,789	0,894	0,789	0,815
Acompanhantes informados sobre rotina do setor	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Acompanhantes informados sobre a indicação de internação	0,894	1,000	1,000	1,000	0,974
Prontuários com prescrição atualizada	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Prontuários com medicações aprazadas	0,894	0,894	0,894	0,894	0,894
RN evoluídos	1,000	1,000	1,000	0,894	0,974
RN com alergia	0,894	0,789	0,789	0,894	0,842
RN com comorbidades	0,894	0,789	0,894	0,894	0,868
Pele do RN avaliada	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Dispositivos intravenosos funcionantes	1,000	0,894	1,000	1,000	0,974
Equipos datados	1,000	0,894	0,894	1,000	0,947
RN com oxigenação/ventilação/CPAP	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
RN com drenos/cateteres/sondas	1,000	0,894	0,894	0,894	0,921
Drenos/cateteres/sondas avaliados	1,000	0,894	0,789	0,894	0,894
Temperatura incubadora/berço adequada	1,000	0,789	0,894	0,894	0,894
Medicações checadas	0,894	0,894	0,789	1,000	0,894
Ocorrência de Evento Adverso	0,789	0,684	1,000	1,000	0,868
Relatórios preenchidos	0,894	0,894	0,789	0,894	0,868
Censo diário preenchido	1,000	1,000	1,000	0,789	0,947
CVR-S	0,950	0,904	0,924	0,934	0,928

O item “transferência requerida” apresentou um índice de concordância para Objetividade (0,684) e Clareza (0,574) abaixo da média esperada na categoria “Anotações”, porém ele não foi excluído, uma vez que foi acatada a sugestão de modificação do item para “encaminhamento intra-hospitalar (exames/cirurgias) requerido” e “encaminhamento inter-hospitalar (exames/cirurgias) requerido”, conforme sugestão do J14, que foi submetido à segunda rodada de avaliação, cuja índices serão apresentados posteriormente. Ademais, o CVR-I e CVR-S estão dentro do padrão de concordância estabelecidos.

Tabela 6 – Razão de Validade de Conteúdo da seção “Anotações” do *checklist* por atributos e geral conforme avaliação dos especialistas (n=19). Teresina, PI, Brasil, 2021

Anotações	Objetividade	Clareza	Simplicidade	Relevância	CVR-I
Exame físico registrado	1,000	1,000	0,894	1,000	0,974
SSVV registrados	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Hidratação venosa registrada	1,000	1,000	1,000	0,894	0,974
Balanço hídrico registrado	1,000	1,000	0,894	1,000	0,974
Resultados de exames registrados	0,894	1,000	1,000	1,000	0,974
Dieta registrada	1,000	1,000	0,894	1,000	0,974
Banho do RN registrado	0,984	1,000	1,000	0,789	0,943
Curativos registrados	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Drenos/cateteres/sondas registrados	1,000	0,894	1,000	0,894	0,947
Troca/limpeza de dreno, cateter e sonda registrada	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Inserção/Troca de AVP registrado	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Inserção/Troca de PICC realizado	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Inserção/Troca/limpeza da garganta da VM e VNI registrado	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Evento adverso notificado	1,000	0,894	0,894	1,000	0,947
Intercorrências registradas	0,894	1,000	1,000	1,000	0,974
Transferência requerida	0,684	0,578	1,000	0,894	0,789
CVR-S	0,966	0,960	0,974	0,967	0,967

A avaliação dos aspectos gerais do instrumento apresentou CVR-S = 0,925 para a categoria “Procedimentos”, 0,928 para “Checagem” e 0,967 para “Anotações”, evidenciando um alto nível de concordância entre os juízes (CVR-S global 0,940). Infere-se que, após análise dos juízes, todos os itens do *checklist* responderam aos objetivos propostos, sendo capaz de promover uma comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem, a qual o instrumento se destina, o que foi corroborado pelo CVR-S acima de 0,737.

Ainda, no instrumento de análise, foi disponibilizado um espaço para os juízes proporem sugestões que julgassem pertinentes sobre os itens do *checklist* em cada categoria. Na categoria “Procedimentos”, 9 (47,3%) juízes teceram comentários ou sugestões; “Checagem”, 6 (31,57%); e “Anotação”, 4 (21,05%). Todos os comentários foram lidos e analisados criteriosamente. Após esta avaliação, decidiu-se sobre as sugestões a serem não acatadas e acatadas.

Quadro 4 – Sugestões feitas pelos juízes especialistas que não foram acatadas. Teresina-PI, Brasil, 2021.

CATEGORIA	SUGESTÕES
PROCEDIMENTOS	<p>J3 Detalhar alguns itens que não ficaram claros, exemplo: medicações, se são as de horário, se é infusão contínua, se são drogas vasoativas, etc.</p> <p>J10 realização de dupla checagem em medicações potencialmente perigosas, realização de um relatório de transferência de unidade, identificação do paciente anotado em controle de sala.</p> <p>J13 Deixar uma linha para drenos, outra para sonda e outra para cateter. Pois nem sempre o RN estará com esses dispositivos em concomitância.</p> <p>J14 Incluir hemotransfusão.</p>
CHECAGEM	<p>J3 Tipo de alergias; quais comorbidades; quais dispositivos, etc.</p> <p>J13 Peso da fralda; peso do RN.</p> <p>J14 Incluir acesso venoso datado.</p>
ANOTAÇÕES	<p>J3 Qual o tipo de evento adverso notificado.</p>

Os itens acima relativos às especificidades sobre acessos venosos, medicamentos, uso de sondas, drenos e cateteres, tipo de alergias, comorbidades e eventos adversos, peso da fralda e do RN (balanço hídrico) não foram acatados, além dos já existentes e que se tratavam de detalhamento de algum item, foram removidos do *checklist*, pois o instrumento destina-se à avaliação geral da realização dos procedimentos, checagem e anotações, não havendo a necessidade de particularizar os itens, uma vez que esse detalhamento deverá constar nos registros de enfermagem e não serem contemplados no instrumento que tem como característica a objetividade e simplicidade.

O Registro de Enfermagem de alta qualidade é essencial para a qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem, visto que pode melhorar a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, o que o torna vital para a segurança do paciente. Portanto, a qualidade da documentação de enfermagem é destacada nacional e internacionalmente como sendo de extrema importância (DE GROOT *et al.*, 2019).

No que concerne aos medicamentos, a Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece um conjunto de protocolos básicos, recomendados pela OMS, que inclui entre eles a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, reforçando a necessidade de identificar os medicamentos, controlar as soluções eletrolíticas concentradas e a garantia da medicação correta em transições dos cuidados (BRASIL, 2013), sendo contemplado esse item em um *checklist* específico.

Ademais, faz parte desse raciocínio os protocolos de dupla checagem dos medicamentos, que, a depender da instituição, podem envolver a equipe de enfermagem, bem como demais profissionais da equipe multiprofissional, no entanto, a dupla checagem

independente é a preferencial. Um mesmo profissional pode realizar esse procedimento em dois momentos distintos. Em razão do nível de formação e qualificação, destaca-se a participação do enfermeiro nesse processo junto à equipe multiprofissional e de enfermagem, portanto, não é um procedimento privativo do enfermeiro (ARDUINI *et al.*, 2018).

Quanto à verificação do peso da fralda e do RN e realização de hemotransfusão, são cuidados que devem ser realizados durante avaliação do balanço hídrico, que representa a diferença entre os líquidos ofertados, independente da forma e da via, e os perdidos. Para tanto, deve-se levar em consideração as perdas insensíveis, as quais representam a perda de água transcutânea e pelas vias aéreas, além da água endógena, que é proveniente das reações químicas que ocorrem no próprio organismo. Além disso, vômitos, infusão endovenosa, hemotransfusão, nutrição parenteral, drenos e a via gástrica precisam ser monitorados (MARQUES, SOUZA, BELEZA, 2011).

É importante destacar que todas as perdas devam ser registradas (diurese, sonda gástrica, drenos, entre outras) e aportes (medicações, soro, sangue, entre outras). Nos RN mais instáveis, esse balanço deve ser calculado a cada seis horas para que a correção da hidratação seja mais precisa. O uso da densidade urinária sequencial pode ajudar na avaliação da hidratação. Mesmo que o RN pré-termo não tenha boa capacidade de concentrar urina, o aumento da densidade urinária pode indicar desidratação. Quando a densidade urinária se mantém constantemente baixa, deve-se suspeitar de hiperidratação (BRASIL, 2013).

Marques, Souza e Beleza (2011) sugerem, ainda, a necessidade da elaboração de um instrumento específico e de protocolos para seu preenchimento voltados exclusivamente para o Balanço Hídrico. Este impresso deve ser apresentado e orientado a todos os profissionais da equipe, para que seja compreendido por todos, tornando assim adequados os registros de balanço hídrico e a assistência de enfermagem. Ademais, os dados específicos sobre esse item, devem ser anotados no campo “Anotações de Enfermagem”, concordando com o presente estudo.

O estudo de Santos *et al.* (2019) corrobora com os autores supracitados quando refere que os profissionais de enfermagem que compartilham as informações na transmissão dos cuidados dos pacientes utilizam os registros da evolução de enfermagem por eles realizada, enquanto os que recebem a mensagem anotam os itens importantes em seu material pessoal e procedem à conferência das pranchetas dos pacientes com as prescrições médicas e o balanço hídrico. Não foi observado o uso do instrumento padronizado nesse estudo, o que reforça a tese da importância do *checklist* para a comunicação efetiva.

Evidencia-se que a passagem de plantão na mudança de turno de enfermagem envolve três partes interessadas principais: enfermeiro que sai, enfermeiro que entra e o paciente. Uma combinação de habilidades de comunicação intrincadas, tanto verbais quanto não-verbais, facilita o compartilhamento rápido de grandes volumes de informações complexas, necessárias para a continuidade e segurança do atendimento ao paciente nos turnos de enfermagem (FORDE; COFFEY; HEGARTY, 2020). Apesar disso, verifica-se que dados em relação a presença de algum tipo de alergia e os eventos adversos ocorridos no último turno, não tem sido descrito nas passagens de plantão (SANTOS *et al.*, 2019). Tais falhas evidenciam a necessidade de manutenção desses itens no *checklist*, visto que na presença de alergia ou na ocorrência de algum evento adverso, estes precisam ser registrados na Anotação de Enfermagem.

Portanto, cabe ao profissional enfermeiro, responsável pelo preenchimento do *checklist*, atentar-se para as especificações de cada item do instrumento, para que as particularidades dos procedimentos, sejam registrados nas Anotações de Enfermagem. O *checklist* proposto, como já mencionado anteriormente, objetiva a conferência dos itens de uma forma geral, e esta verificação visa a determinação de que os procedimentos, checagens e anotações tenham sido realizados.

No que diz respeito à inclusão de “relatórios de transferência de unidade”, já foi contemplado no *checklist* nos seguintes itens: “encaminhamentos intra e inter-hospitalar (exames/cirurgias) realizados e registrados”, e “relatórios preenchidos”. Portanto, essa sugestão não foi acatada.

Ao avaliar a Tabela 9, percebe-se que as alterações sugeridas resultam de conteúdos pertinentes ao estudo, incluindo assuntos que não haviam sido abordados no *checklist*, dando origem a 32 novos itens distribuídos nas três categorias, uma vez que acrescentando itens nos “Procedimentos”, obrigatoriamente é necessário fazer o mesmo nas demais categorias, já que todo procedimento precisa ser checado e/ou registrado, conforme descrito anteriormente. Importante destacar, também, que o item “Banho do RN realizado” foi mantido nessa rodada de avaliação pelos juízes especialistas. Desse modo, foram incluídos 11 itens na categoria “Procedimentos”, cinco em “Checagem” e 16 em “Anotações”.

Quadro 5 – Sugestões feitas pelos juízes especialistas que foram acatadas. Teresina-PI, Brasil, 2021.

CATEGORIA	SUGESTÕES	ITEM A SEREM INCLUÍDOS
PROCEDIMENTOS	<p>J2 Alguns Procedimentos podem ser checados no fechamento de balanço hídrico e conferência da checagem em prescrição. Seria mais uma checagem de alguns itens de modo desnecessário para uma unidade como a UTIN</p> <p>J8 Acho que poderia ser inclusa alguma informação relativa à fototerapia. Outro item poderia ser a realização de encaminhamentos para exames realizada e encaminhamento para realização de procedimentos cirúrgicos. Exames de triagem neonatal tb.</p> <p>J12 Inclusão de item sobre uso de equipamentos fototerápicos</p> <p>J17 Situação vacinal e testes de triagens neonatais</p> <p>J18 Cuidados com o coto umbilical; Avaliação da Saturação; Avaliação da Sonda Gástrica.</p>	<p>1 Cuidados relativos ao equipamento de fototerapia realizados</p> <p>2 Cuidados relacionados à fototerapia realizados</p> <p>3 Encaminhamento intra-hospitalar (exame e/ou cirurgia) realizado</p> <p>4 Encaminhamento inter-hospitalar (exame e/ou cirurgia) realizado</p> <p>5 Exames de triagem neonatal realizados</p> <p>6 Vacinação realizada</p> <p>7 Cuidados com o coto umbilical realizados</p> <p>8 Monitorização da saturação de oxigênio realizada</p> <p>9 Monitorização cardíaca realizada</p> <p>10 Monitorização do balanço hídrico realizado</p> <p>11 Glicemia capilar realizada</p>
CHECAGEM	<p>J2 Excluir itens que já tem no balanço. Instrumento extenso</p> <p>J12 Incluir Equipamento Fototerápico</p> <p>J18 Saturação adequada; Fixação de sonda gástrica adequada</p>	<p>1 Parâmetros cardíacos adequados</p> <p>2 Saturação de Oxigênio adequada</p> <p>3 Cuidados relativos ao equipamento de fototerapia</p> <p>4 Impresso de balanço hídrico preenchido</p> <p>5 Fixação de drenos/cateteres/sondas avaliados</p>
ANOTAÇÕES	<p>J12 Inclusão de Fototerapia registrada</p> <p>J14 Incluir se transferência intra- hospitalar ou inter-hospitalar</p> <p>J18 Cuidados com o coto umbilical registrados; Nível de Saturação registrado; Troca de</p>	<p>1 Cuidados relativos ao equipamento de fototerapia registrados</p> <p>2 Cuidados relacionados à fototerapia registrados</p> <p>3 Encaminhamento intra-hospitalar (exame e/ou cirurgia) registrado</p> <p>4 Encaminhamento inter-hospitalar (exame e/ou cirurgia) registrado</p> <p>5 Exames de triagem neonatal</p>

	fraldas registrada; Medidas de prevenção de lesão de pele registradas	registrados 6 Vacinação registrada 7 Cuidados com o coto umbilical registrados 8 Saturação de oxigênio registrada 9 Parâmetros cardíacos registrados 10 Balanço hídrico registrado 11 Glicemia capilar registrada 12 Medidas para prevenção de quedas registradas 13 Medidas para prevenção de lesão por pressão registradas 14 Medidas para prevenção de infecção registradas 15 Avaliação da dor registrada 16 Medidas de conforto registradas
--	-----------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Com relação aos itens que foram acatados, na sua maioria, foi sugerido acerca dos seguintes temas: fototerapia, cuidados com o coto umbilical, triagem neonatal, verificação da glicemia, saturação de oxigênio e monitorização cardíaca, temas pertinentes e que estão ligados diretamente aos cuidados do RN em neonatologia.

As perdas hídricas pela pele dos RN precisam ser avaliadas, pois ao final da segunda semana de vida, ocorre redução da perda insensível devido ao aumento da maturidade da pele. Um dos fatores que aumentam essas perdas insensíveis é a fototerapia (BRASIL, 2012). Devido a isso tanto o controle do balanço hídrico quanto os cuidados relacionados à fototerapia são indispensáveis.

Fototerapia é uma intervenção muito utilizada na Unidade Neonatal que consiste na degradação da bilirrubina ao utilizar a energia luminosa absorvida pela epiderme e pelo tecido subcutâneo do RN, reduzindo a icterícia neonatal e suas complicações (BRASIL, 2011).

Para uma terapia eficaz, é imprescindível que os sinais vitais e balanço hídrico sejam realizados, pois a mensuração da temperatura e o aumento da ingestão de líquidos, previnem a perda insensível de água. No entanto, proteger os olhos com cobertura radiopaca por meio de camadas de veludo negro ou papel carbono negro envolto em gaze (BRASIL, 2011), também faz parte dos cuidados que precisam ser executados com o RN em fototerapia.

Ainda estão entre os principais cuidados a proteção de gônadas, a distância correta entre foco de luz e RN, o aumento da oferta de líquidos com estímulo ao aleitamento materno em livre demanda, a verificação do peso diário, a inspeção da pele, o controle da temperatura corporal e as orientações aos pais (ARAÚJO *et al.*, 2020).

É importante destacar, conforme foi solicitado pelo J12, a importância dos cuidados que precisam ser despendidos em relação ao equipamento de fototerapia, mais precisamente acerca da irradiância. Embora seja frequente o uso do equipamento de fototerapia em neonatos, os profissionais precisam estar atentos aos sinais e sintomas e os fatores de risco relativos ao manejo da técnica, para poder intervir elaborando uma rotina para o controle e manutenção dos equipamentos, observando criteriosamente o tipo de aparelhos utilizados e se atentar a distância ideal das lâmpadas sob o RN, avaliando sempre possíveis complicações durante o tratamento e principalmente a irradiância (LEITE *et al.*, 2021).

A irradiância aumenta à medida que a distância da fonte de luz diminui de uma única luz de fototerapia. A colocação de lâmpadas diodo emissor de luz (LED) mais próximas do que as recomendações dos fabricantes, o uso de barreiras transparentes e o uso de lâmpadas angulares podem comprometer a irradiância e distribuição da fototerapia (ISMAIL; HORN, 2020).

O *International Electrotechnical Commission* (IEC) define a área irradiada efetiva (EIA) como a superfície de tratamento pretendida que é iluminada por fototerapia. A ocorrência de irradiâncias muito altas focadas em pequenas áreas ao colocar os dispositivos próximos pode não ser segura. Há preocupações também de que a fototerapia prolongada pode estar associada a danos ao ácido desoxirribonucleico – DNA (IEC, 2016).

Sobre os cuidados relativos ao coto umbilical, novas recomendações são dadas especialmente quando se refere aos cuidados no ambiente hospitalar ou em locais de baixa mortalidade neonatal, que seja mantido apenas limpo e seco. O uso tópico de antissépticos, como clorexidina ou álcool 70% não é necessário, pois não reduzem, significativamente, o risco de onfalite (infecção da pele e tecidos moles do umbigo e regiões circundantes), que já é baixo nestes ambientes, e estão associados a complicações raras, como atraso na queda do coto e necrose de pele (SBP, 2021).

A triagem neonatal ou Teste do Pezinho, por sua vez, tem como principal objetivo identificar distúrbios e doenças no recém-nascido, em tempo oportuno, para intervenção adequada, garantindo tratamento e acompanhamento contínuo às pessoas com diagnóstico positivo das seguintes doenças: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias e Fibrose Cística, afim de prevenir e reduzir a morbimortalidade provocada por essas patologias. Este item torna-se relevante devido os cuidados que precisam ser realizados para prevenir esses agravos, tais como a realização de exame laboratorial, busca ativado dos casos suspeitos, a confirmação diagnóstica, o

tratamento e o acompanhamento multidisciplinar especializado dos pacientes (BRASIL, 2001).

Todos os recém-nascidos pré-termo, de baixo peso ao nascer e gravemente enfermos também precisam ser submetidos ao Teste do Pezinho precocemente. Embora, necessariamente todos os casos especiais deverão ser retestados e remetidos a protocolos específicos de cada doença. O importante é que se garanta o diagnóstico o mais rápido possível, evitando o risco de perda de casos ou atraso diagnóstico, que podem ser muito deletérios para a criança (BRASIL, 2016). Dada a sua importância, esse item também foi incluído no instrumento.

O item relativo à verificação da Glicemia do RN também foi acrescentado ao checklist em decorrência de recém-nascidos apresentarem risco aumentado de hipoglicemia em relação aos adultos, devido ao alto consumo de glicose do cérebro e a maior proporção de cérebro para massa corporal em recém-nascidos, aumentam a necessidade de glicose dos recém-nascidos e podem expô-los a lesões neurológicas e ao risco de resultados anormais. Portanto, é importante definir com precisão a hipoglicemia neonatal, identificando níveis específicos de glicose no sangue normal com base na idade pós-natal (DANI; CORSINI, 2020).

Do mesmo modo, a monitorização da saturação de oxigênio em recém-nascidos também foi incluída no instrumento proposto, em especial porque ela pode favorecer a detecção precoce de Doença Cardíaca Congênita Crítica. A medição da saturação de oxigênio usa oximetria de pulso da ponta do dedo na mão direita e no pé com a idade de 10 horas. Uma “saturação de oxigênio positiva” é definida como saturação de oxigênio $\leq 85\%$ ou saturação de oxigênio diferente $\geq 3\%$, enquanto uma “saturação de oxigênio negativa” é estabelecida quando a saturação de oxigênio é de 85% a 90% ou saturação de oxigênio diferente é de 3% (WAHAB *et al.*, 2020).

Em alguns tipos de cardiopatia, RN que recebem ofertas elevadas de oxigênio podem apresentar piora clínica secundária à redução do débito sistêmico e aumento exagerado do fluxo pulmonar. Na maioria dos RN com cardiopatias congênitas a saturação periférica ideal de oxigênio encontra-se entre 85 e 90%. Saturação acima de 95% geralmente ocorre quando há desequilíbrio entre os fluxos pulmonar e sistêmico. Nesse caso, devem ser tomadas medidas para reduzir o fluxo pulmonar e aumentar o fluxo sistêmico. Redução da fração de oxigênio ofertada para 21% (ar ambiente) é o primeiro passo para reverter esse processo (BRASIL, 2012).

O reaparecimento de doenças erradicadas chama a atenção para a inclusão do item sobre vacinação, uma vez que os RN são as principais vítimas, pois suas defesas imunológicas

estão em formação. Os RN prematuros (< 37 semanas) e com baixo peso (< 2.500g) podem receber todas as vacinas para a mesma idade cronológica recomendadas de rotina para o termo, durante o período de internação na unidade neonatal e são as seguintes: Vacina de Hepatite B, que é intramuscular, até 12 horas após o nascimento; BCG (vacina do bacilo de Calmette-Guérin) para Tuberculose, intradérmica, até 1 mês de vida. No entanto, o ideal é que ela seja aplicada o mais precocemente possível, de preferência ainda na maternidade, em recém-nascidos com peso maior ou igual a 2 kg (FIOCRUZ, 2019).

Por fim, foi avaliado também o atributo amplitude que é a visão geral do instrumento construído e que segundo Pasquali (1998) significa o conjunto dos itens referentes ao mesmo atributo e deve cobrir toda a extensão de magnitude do contínuo deste atributo. No presente estudo o conjunto dos itens do *checklist* tem amplitude adequada para avaliar a comunicação entre os profissionais de enfermagem da Unidade Neonatal para 18 (94,73%) dos 19 especialistas e todos os itens foram considerados objetivos, claros, simples e relevantes.

Diante desses dados, foi realizada uma segunda rodada da validação com os juízes especialistas, tendo em vista que as sugestões para inclusão ou modificações de itens foram acatadas e necessita ser calculada a Razão de Validade de Conteúdo dos novos itens.

Na segunda avaliação, seguindo o recomendado por Polit, Back e Owen (2007), foram enviados oito formulários nessa rodada, no entanto, apenas cinco juízes retornaram e foi encerrada, devido a necessidade de cumprir o cronograma da pesquisa, também por ter atingido o recomendado pelos autores acima. A amostra desses juízes foi selecionada do conjunto de especialistas da primeira rodada.

Para o cálculo da razão de validade de conteúdo, para uma proporção de cinco juízes, o valor CVR-I e CVR-S deverá ser de 1,000. Os itens que não atingirem esse índice deverão ser excluídos, no entanto, será avaliado esse quesito no atributo “Relevância” e a partir das sugestões escritas ao item pelos juízes.

O item “Encaminhamento inter-hospitalar (exames/cirurgias) realizado”, apesar de obter um percentual inferior a 1,000 na categoria Relevância, teve uma concordância de 90%, não devendo ser excluído devido o mesmo item em “Anotação” ter tido o valor CVR-I e CVR-S igual a 1,000.

Tabela 7 – Segunda rodada da Razão de Validade de Conteúdo da seção “Procedimentos” do *checklist* por atributos e geral conforme avaliação dos especialistas (n=19). Teresina, PI, Brasil, 2021

Procedimentos	Objetividade	Clareza	Simplicidade	Relevância	CVR-I
Cuidados relativos ao equipamento de fototerapia realizados	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Cuidados relacionados à fototerapia realizados	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Monitorização da saturação de oxigênio realizada	1,000	1,000	0,600	1,000	0,900
Monitorização do balanço hídrico realizado	1,000	1,000	0,600	1,000	0,900
Monitorização cardíaca realizada	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Exames de triagem neonatal realizados	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Vacinação realizada	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Cuidados com o coto umbilical realizados	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Glicemia capilar realizada	0,600	1,000	1,000	1,000	0,900
Banho do RN realizado	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Encaminhamento intra-hospitalar (exames/cirurgias) realizado	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Encaminhamento inter-hospitalar (exames/cirurgias) realizado	1,000	1,000	1,000	0,600	0,900
CVR-S	0,966	1,000	0,933	0,966	0,966

Todos os itens da categoria “Checagem” obtiveram um índice de concordância acima de 90% e tiveram o índice de validade de conteúdo de 1,000 no atributo “Relevância”. Portanto, todos foram considerados válidos.

Tabela 8 – Segunda rodada da Razão de Validade de Conteúdo da seção “Checagem” do *checklist* por atributos e geral conforme avaliação dos especialistas (n=19). Teresina, PI, Brasil, 2021

Checagem	Objetividade	Clareza	Simplicidade	Relevância	CVR-I
Parâmetros cardíacos adequados	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Saturação de Oxigênio adequada	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Cuidados relativos ao equipamento de fototerapia	0,600	0,600	1,000	1,000	0,800
Impresso de balanço hídrico preenchido	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Fixação de drenos/cateteres/sondas avaliados	1,000	1,000	0,600	1,000	0,900
Medicações apazadas/cheçadas	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Ocorrência de Eventos Adversos	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
CVR-S	0,942	0,942	0,942	1,000	0,957

Todos os itens da categoria “Anotações” tiveram um índice de concordância acima de 80%, no entanto, o item “Medidas para prevenção de quedas registradas” obteve o CVR-I para o atributo “Relevância” abaixo do escore desejado, portanto, será excluído.

Tabela 9 – Segunda rodada da Razão de Validade de Conteúdo da seção “Anotações” do *checklist* por atributos e geral conforme avaliação dos especialistas (n=19). Teresina, PI, Brasil, 2021

Anotações	Objetividade	Clareza	Simplicidade	Relevância	CVR-I
Cuidados relativos ao equipamento de fototerapia registrados	0,600	0,600	1,000	1,000	0,800
Cuidados relacionados à fototerapia registrados	0,600	0,600	1,000	1,000	0,800
Exames de triagem neonatal registrados	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Vacinação registrada	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Cuidados com o coto umbilical registrados	1,000	1,000	0,600	1,000	0,900
Medicações registradas	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Saturação de oxigênio registrada	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Banho do RN registrado	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Parâmetros cardíacos registrados	1,000	0,600	1,000	1,000	0,900
Balanço hídrico registrado	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Glicemia capilar registrada	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Evento adverso notificado	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Medidas para prevenção de quedas registradas	1,000	1,000	1,000	0,600	0,900
Medidas para prevenção de lesão por pressão registradas	1,000	1,000	0,600	1,000	0,900
Medidas para prevenção de infecção registradas	1,000	1,000	0,600	1,000	0,900
Avaliação da dor registrada	1,000	1,000	0,600	1,000	0,900
Medidas de conforto registradas	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Encaminhamento intra-hospitalar (exames/cirurgias) requerido	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Encaminhamento inter-hospitalar (exames/cirurgias) requerido	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
CVR-S	0,957	0,936	0,915	0,978	0,947

Foi solicitado aos juízes especialistas, nesta segunda rodada, que fizessem sugestões ou comentários acerca dos novos itens avaliados. Apenas uma sugestão foi feita em relação ao equipamento de fototerapia, no qual o J2 recomenda alterar o item “Cuidados relativos ao equipamento de fototerapia = lâmpadas funcionantes/irradiância emitida”, na categoria “Checagem” e Cuidados relativos ao equipamento de fototerapia = distância do equipamento ao RN. No entanto, como já foi abordado anteriormente, as especificidades em relação a

qualquer um dos itens, no momento do preenchimento do *checklist*, deverá ser registrado pelo profissional na Anotação de Enfermagem.

Já a sugestão de alterar o item “Cuidados relacionados à fototerapia registrados” para “Cuidados relacionados ao RN em fototerapia”, será acatada.

Sobre a indicação de incluir Sinais Vitais (temperatura, pulso, respiração, pressão arterial e dor) em procedimentos e anotações, não será acatada, pois é um item que já existe no *checklist* e seu desmembramento deve acontecer a nível de anotação de enfermagem.

No que se refere à avaliação da dor do recém-nascido, pode-se argumentar que, ainda não se consegue fornecer o controle adequado da dor, especialmente durante procedimentos dolorosos realizados com frequência em RN doentes e prematuros e estes continuam a ser expostos a procedimentos dolorosos sem nenhum tratamento eficaz (HARRISON, 2021). Posto isso, a avaliação da dor pelos profissionais de saúde é de suma importância e por isso foi mantido no instrumento.

Após as duas rodadas de avaliação pelos juízes especialistas, a verificação da razão de validade de conteúdo e o índice de concordância, a versão final do *checklist* foi finalizada com um CVR-I e CVR-S de 0,948 (média de todos os índices de validade de conteúdo), 64 itens distribuídos em 31 itens na categoria “Procedimentos”, 23 em “Checagem” e 30 itens em “Anotação de Enfermagem”. A nova versão pode ser evidenciada na Figura 4.

Figura 4 – Versão final do *Checklist* para comunicação efetiva entre os profissionais de enfermagem para segurança do paciente na Unidade Neonatal

FINALIDADES DO CHECKLIST E ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO	
<p>- Este <i>checklist</i> destina-se aos profissionais de enfermagem com atuação direta ao recém-nascido na Unidade Neonatal.</p> <p>- O <i>checklist</i> objetiva estimular os profissionais de enfermagem a fazer a conferência de todos os procedimentos, checagens e anotações que foram realizados no turno de trabalho.</p> <p>- Possui linguagem de comando e respostas curtas do tipo SIM, NÃO e NÃO SE APLICA.</p> <p>- Caso a resposta seja NÃO, o Enfermeiro que está realizando o preenchimento do <i>checklist</i> deverá revisar com a equipe o prontuário cujo procedimento/checagem/anotação não tenha sido realizado.</p> <p>- Caso haja alguma impossibilidade de realização, especificar e registrar o motivo à equipe que receberá o plantão, para dar continuidade à assistência aos pacientes.</p> <p>- O <i>checklist</i> deverá ser preenchido pelo Enfermeiro uma hora antes do término do turno de trabalho.</p>	
PROCEDIMENTOS	
Exame físico realizado	() SIM () NÃO () N/A
SSVV verificados	() SIM () NÃO () N/A
Glicemia capilar realizada	() SIM () NÃO () N/A
Inserção/Troca de AVP realizado	() SIM () NÃO () N/A
Hidratação venosa realizada	() SIM () NÃO () N/A
Medicações realizadas	() SIM () NÃO () N/A
Banho do RN realizado	() SIM () NÃO () N/A
Curativos realizados	() SIM () NÃO () N/A
Cuidados com o coto umbilical realizados	() SIM () NÃO () N/A
Inserção/Troca de PICC realizado	() SIM () NÃO () N/A
Drenos/cateteres/sondas realizados	() SIM () NÃO () N/A
Troca/limpeza de dreno, cateter e sonda realizada	() SIM () NÃO () N/A
Dieta realizada	() SIM () NÃO () N/A
Monitorização do balanço hídrico realizado	() SIM () NÃO () N/A
Inserção/Troca/limpeza da garganta da VM e VNI realizado	() SIM () NÃO () N/A
Monitorização da saturação de oxigênio realizada	() SIM () NÃO () N/A
Monitorização cardíaca realizada	() SIM () NÃO () N/A
Cuidados relativos ao equipamento de fototerapia realizados	() SIM () NÃO () N/A
Cuidados relacionados ao RN em fototerapia realizados	() SIM () NÃO () N/A
Exames de triagem neonatal realizados	() SIM () NÃO () N/A
Exames Laboratoriais realizados	() SIM () NÃO () N/A
Exames de Imagem (Raio X, TC, ECO, USG) realizados	() SIM () NÃO () N/A
Procedimentos cirúrgicos realizados	() SIM () NÃO () N/A
Vacinação realizada	() SIM () NÃO () N/A
Adoção de medidas para prevenção de quedas	() SIM () NÃO () N/A

Adoção de medidas para prevenção de lesão por pressão	() SIM () NÃO () N/A
Adoção de medidas para prevenção de infecção	() SIM () NÃO () N/A
Adoção de escalas para avaliação da dor	() SIM () NÃO () N/A
Adoção de medidas de conforto	() SIM () NÃO () N/A
Encaminhamento intra-hospitalar (exames/cirurgias) realizado	() SIM () NÃO () N/A
Encaminhamento inter-hospitalar (exames/cirurgias) realizado	() SIM () NÃO () N/A
CHECAGEM	
Acompanhantes informados sobre rotina do setor	() SIM () NÃO () N/A
Acompanhantes informados sobre a indicação de internação	() SIM () NÃO () N/A
RN com cartão da criança preenchido	() SIM () NÃO () N/A
RN identificados	() SIM () NÃO () N/A
RN com alergia	() SIM () NÃO () N/A
RN com comorbidades	() SIM () NÃO () N/A
Leitos/berços identificados	() SIM () NÃO () N/A
Temperatura incubadora/berço adequada	() SIM () NÃO () N/A
Prontuários com prescrição atualizada	() SIM () NÃO () N/A
Medicações apazadas/cheçadas	() SIM () NÃO () N/A
Pele do RN avaliada	() SIM () NÃO () N/A
RN com drenos/cateteres/sondas	() SIM () NÃO () N/A
Drenos/cateteres/sondas avaliados	() SIM () NÃO () N/A
Fixação de drenos/cateteres/sondas avaliados	() SIM () NÃO () N/A
Impresso de balanço hídrico preenchido	() SIM () NÃO () N/A
RN com oxigenação/ventilação/CPAP	() SIM () NÃO () N/A
Saturação de Oxigênio adequada	() SIM () NÃO () N/A
Parâmetros cardíacos adequados	() SIM () NÃO () N/A
Cuidados relativos ao equipamento de fototerapia	() SIM () NÃO () N/A
RN evoluídos	() SIM () NÃO () N/A
Ocorrência de Eventos Adversos	() SIM () NÃO () N/A
Relatórios preenchidos	() SIM () NÃO () N/A
Censo diário preenchido	() SIM () NÃO () N/A
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
Exame físico registrado	() SIM () NÃO () N/A
SSVV registrados	() SIM () NÃO () N/A
Glicemia capilar registrada	() SIM () NÃO () N/A

Inserção/Troca de AVP registrado	() SIM () NÃO () N/A
Hidratação venosa registrada	() SIM () NÃO () N/A
Medicações registradas	() SIM () NÃO () N/A
Banho do RN registrado	() SIM () NÃO () N/A
Curativos registrados	() SIM () NÃO () N/A
Cuidados com o coto umbilical registrados	() SIM () NÃO () N/A
Inserção/Troca de PICC realizado	() SIM () NÃO () N/A
Drenos/cateteres/sondas registrados	() SIM () NÃO () N/A
Troca/limpeza de dreno, cateter e sonda registrada	() SIM () NÃO () N/A
Dieta registrada	() SIM () NÃO () N/A
Balanço hídrico registrado	() SIM () NÃO () N/A
Inserção/Troca/limpeza da garganta da VM e VNI registrado	() SIM () NÃO () N/A
Saturação de oxigênio registrada	() SIM () NÃO () N/A
Parâmetros cardíacos registrados	() SIM () NÃO () N/A
Cuidados relativos ao equipamento de fototerapia registrados	() SIM () NÃO () N/A
Cuidados relacionados ao RN em fototerapia registrados	() SIM () NÃO () N/A
Exames de triagem neonatal registrados	() SIM () NÃO () N/A
Resultados de exames registrados	() SIM () NÃO () N/A
Vacinação registrada	() SIM () NÃO () N/A
Eventos adversos notificados	() SIM () NÃO () N/A
Intercorrências registradas	() SIM () NÃO () N/A
Medidas para prevenção de lesão por pressão registradas	() SIM () NÃO () N/A
Medidas para prevenção de infecção registradas	() SIM () NÃO () N/A
Avaliação da dor registrada	() SIM () NÃO () N/A
Medidas de conforto registradas	() SIM () NÃO () N/A
Encaminhamento intra-hospitalar (exames/cirurgias) requerido	() SIM () NÃO () N/A
Encaminhamento inter-hospitalar (exames/cirurgias) requerido	() SIM () NÃO () N/A

Nota: RN = recém-nascido; SSVV = sinais vitais; N/A = não se aplica; TC = tomografia Computadorizada; ECO = ecocardiograma; USG = ultrassonografia; AVP = Acesso Venoso Periférico; PICC = cateter central de inserção periférica

Ressalta-se que o *Checklist* para comunicação efetiva entre os profissionais de enfermagem para segurança do paciente na Unidade Neonatal obteve CVR global, após a segunda rodada de 94%, valor expressivo que evidencia a validade do instrumento.

A verificação dos itens do *checklist* objetiva a transmissão de informações entre os profissionais que terminam e os que iniciam o período de trabalho. É um mecanismo utilizado pela Enfermagem para assegurar a continuidade da assistência, abordando sobre o estado dos pacientes, tratamentos, assistência prestada, intercorrências, pendências e situações referentes a fatos específicos da unidade de internação que merecem atenção (SIQUEIRA; KURCGANT, 2005).

Santos *et al.* (2019) enfatizam ainda que, alguns elementos fragilizam o processo de transferência de cuidados entre os turnos de trabalho tais como a ausência/incompletude de informações sobre o paciente, com focalização da comunicação sobre intercorrências, evolução do paciente nas últimas 24 horas, bem como em resultados de exames e pouca valorização dos dados sobre avaliação, plano de cuidados e informações sobre o estado clínico do paciente.

Portanto, o *Checklist* construído e validado, tentará minimizar essas falhas, no sentido de focar em todos os fatos que acontecem com os RN durante o processo de hospitalização, com vistas a haver uma maior preocupação em relação aos registros e checagem de todos os procedimentos realizados durante o turno de trabalho.

6.5 Limitações do estudo

Algumas dificuldades foram encontradas nesse percurso como o recrutamento dos juízes especialistas através da Plataforma *Lattes*, uma vez que, em sua maioria, os profissionais não inserem em seus currículos o endereço eletrônico (*e-mail*). Esse problema foi sanado à medida que se conseguia contactar um juiz, e este, através da utilização da amostragem bola de neve, em que um juiz indicava outro mencionando seu *e-mail* ou telefone de contato. Outra dificuldade específica foi obter o retorno dos especialistas, uma vez que sua contribuição é voluntária e exige disponibilidade por parte deles e não do pesquisador.

Não foi possível verificar a inteligibilidade e operacionalidade do *checklist* com o público-alvo, devido prazos para finalização desta tese. Além disso, outra limitação relaciona-se ao fato de ter sido realizada apenas em uma unidade neonatal.

7 CONCLUSÃO

O processo de construção e validação do “*Checklist* sobre comunicação segura dos cuidados de enfermagem na Unidade Neonatal”, seguiu os passos metodológicos recomendados por Pasquali e foi considerado válido pelos juízes especialistas, podendo contribuir na melhoria da qualidade da assistência prestada ao recém-nascido e na promoção da segurança do paciente, na tentativa de reduzir os incidentes e eventos adversos na Unidade Neonatal.

Importante destacar que o *checklist* foi validado por profissionais de quatro das cinco regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Sul e Sudeste) e de sete estados (RR, PI, MA, CE, PE, PR, SP), com culturas e costumes diferentes, o que contribuiu para ampliar o escopo de aplicabilidade do instrumento, considerando, assim, uma tecnologia que pode ser utilizada no Brasil.

Trata-se de um instrumento objetivo, claro, simples e relevante que reuniu as informações mais importantes acerca dos procedimentos, checagens e anotações de enfermagem que precisam ser verificados no turno de trabalho, com a finalidade de contribuir com a segurança do paciente e subsidiar o enfermeiro para proceder com a transição de cuidados de forma efetiva. No entanto, não é somente um instrumento importante para a continuidade do cuidado, mas também serve como um guia para que todos os profissionais de enfermagem executem suas atividades.

Vale destacar que construir um instrumento que pudesse selecionar as atividades prioritárias que são executadas pelos profissionais de enfermagem da unidade neonatal foi um grande desafio, pois, na fase de validação, percebeu-se que muitos juízes sugeriram detalhar ainda mais os itens, o que o tornaria mais extenso, podendo inviabilizar a sua utilização. Outro desafio será a sua implantação nos serviços de saúde a qual se destina, uma vez que o *checklist* validado poderá ser utilizado impresso ou em meio digital, a depender do serviço. Isso implica em aumento de custos com os impressos ou com a inserção do instrumento em sistema informatizado, porém não deve ser fator de empecilho para sua utilização.

Como não foi possível verificar a inteligibilidade e operacionalidade do *checklist* com o público-alvo, recomenda-se a realização desse tipo de estudo, uma vez que é importante essa aplicabilidade na prática, pois a sua implementação nos serviços de saúde no qual se destina, proporciona revisões periódicas, afim de melhorar cada vez mais o instrumento e deixa-lo mais próximo da realidade que se pretender utilizar. Sugere-se, também, que outras

pesquisas sejam realizadas em outros serviços de saúde, afim de inserir e validar novos itens diante de outras realidades.

Ademais, é necessário incentivar os profissionais a fazerem uso de instrumentos padronizados e validados para a promoção de uma comunicação segura, mas também, é importante realizar capacitações para incentivar o uso adequado, pois o emprego dessa tecnologia estimula o trabalho em equipe, melhora a comunicação e impulsiona a responsabilidade da equipe de enfermagem, em especial, pelas anotações nos registros, afim de garantir a continuidade da assistência ao recém-nascido durante toda sua permanência na Unidade Neonatal.

Pontua-se como implicação para a prática clínica que o *checklist* construído e validado pode ser utilizado por todos os profissionais de enfermagem das instituições de saúde que prestam serviço na Unidade Neonatal, visto que poderá repercutir diretamente na segurança do paciente e na qualidade da assistência, além de promover uma comunicação efetiva entre a equipe multidisciplinar.

Salienta-se que, até o presente momento, não se encontrou na literatura científica um instrumento validado para comunicação segura dos cuidados de enfermagem na Unidade Neonatal, o que evidencia a relevância e ineditismo do produto desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ALARCÓN, G. Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. **Apert**. Guadalajara. v. 9, n. 2, 2017, p. 42-53. DOI: <https://doi.org/10.32870/ap.v9n2.993>. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-61802017000300042&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 23 nov. 2021.
- ALPENDRE, F. T. *et al.* Ciclo PDCA para elaboração de *checklist* de segurança cirúrgica. **Cogitare Enferm**. v. 22, n. 3, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.50964>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50964>. Acesso em: 15 jan. 2021.
- ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar**. Brasília, 2005. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=271959&_101_type=document. Acesso em: 25 jan. 2020.
- ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assist%C3%A2ncia+Segura++Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>. Acesso em: 13 mar. 2020.
- ARANAZ-ANDRÉS, J. M. *et al.* Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). **BMJ Qual Saf**. v. 20, n. 12, 2011, p. 1043-1051. DOI: 10.1136 / bmjqs.2011.051284. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21712370/>. Acesso em: 03 fev. 2021.
- ARAÚJO, K. B. Cuidado de enfermagem ao recém-nascido em fototerapia, o que as evidências revelam: revisão integrativa. **Revista Científica de Enfermagem**. v. 10, n. 32, 2020. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2020.10.32.259-268>. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/434> Acesso 22 nov. 2021.
- ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300014>. Acesso em: 19 jan. 2020.
- ARDUINI, G.O. *et al.* Medicamentos de alta vigilância: frequência e dupla checagem em um hospital de ensino. **Rev Enferm Atenção Saúde**. v.7, n.3, 2018, p.14-26. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/331663073_MEDICAMENTOS_DE_ALTA_VIGILANCIA_FREQUENCIA_E_DUPLA_CHECAGEM_EM_UM_HOSPITAL_DE_ENSINO. Acesso em: 24 out. 2021.

AUGUSTO, L. C. R. **Implantação do cuidado intensivo neonatal**: análise da oferta de leitos no SUS. 2017. 99 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26356>. Acesso em: 22 nov. 2021.

AYRE, C.; SCALLY, A. J. Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio: Revisiting the Original Methods of Calculation. **Measurement and Evaluation in Counseling and Development**. v. 47, n. 1, 2014, p. 79–86. DOI: 10.1177/0748175613513808. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0748175613513808>. Acesso em: 10 nov. 2021.

BALBINO, A.C. *et al.* Recém-nascido pré-termo: respostas comportamentais ao manuseio da equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 1, 2012, p. 615-620. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20nesp1/v20e1a11.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2017.

BARROS, L. M. **Construção e validação de uma cartilha educativa sobre os cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica**. 2015. 291 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/10531>. Acesso em: 18 abr. 2020.

BIASIBETTI, C. *et al.* Communication for patient safety in pediatric hospitalizations. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre. v. 40, n. spe, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180337>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200421&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 mar. 2021.

BIASIBETTI, C. *et al.* Segurança do paciente em pediatria: percepções da equipe multiprofissional. **Rev Min Enferm.** v. 24, 2020. DOI: 10.5935/1415.2762.20200074. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1509>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 822, de 6 de junho de 2001. **Dispõe da criação do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN)**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822_06_06_2001.html. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: método mãe canguru: manual do curso. 1. ed. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/manualcanguru.pdf>. Acesso: 15 jan. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. v. 2. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v2.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. v. 4. Brasília, 2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v4.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Brasília, 2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 12 jan. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. **Define diretrizes e objetivos para uma organização de atenção integral e humanizada para recém-nascidos graves ou potencialmente graves e os requisitos de classificação e habilitação de leitos da Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf. Acesso em 15 jan. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. v. 1, 2. ed. Brasília, DF, 2012. p. 21. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 930**, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html#:~:text=1%C2%BA%20Esta%20Portaria%20define%20as,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html#:~:text=1%C2%BA%20Esta%20Portaria%20define%20as,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).). Acesso 03 fev 2021.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Estabelece normas para as pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 13 jun. 2013, n. 12, Seção 1, p. 59. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 36/13. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. Brasília, 25 jul. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso 13 mar. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**: manual técnico. 2. ed., 1. reimpr. Brasília, 2013, 204 p. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf. Acesso em: 15 jan. 2020

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta2/portaria-msgm-n-529-de-01-04-2013.pdf>. Acesso em 20 fev. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. **Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente**. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html. Acesso em: 25 jan. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. **Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente**. Brasília: Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/portaria_2095_2013.pdf. Acesso em: 25 jan. 2020.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: Anvisa, 2013. Disponível em: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/1%20Assist%C3%Aancia%20Segura_%20Uma%20reflex%C3%A3o%20te%C3%B3rica%20aplicada%20%C3%A0%20pr%C3%A1tica.pdf. Acesso em: 04 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. atual. v. 2. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v2.pdf. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Estatísticas Vitais**. 2016. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6938&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10>. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Triagem Neonatal Biológica: manual técnico**. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. **Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. Brasília, DF, 24 maio, 2016, n. 98, Seção 1, p. 44. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: Manual Técnico**. 3. ed. Brasília: MS, 2017. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3_ed.pdf. Acesso em: 02 fev. 2021.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. **Estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências.** Brasília, DF, 16 jul. 2018, n. 135, Seção 1, p. 55. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 29 maio 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção ao recém-nascido. **Principais questões sobre ambiência em Unidades Neonatais.** Fiocruz, 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/principais-questoes-sobre-ambiencia-em-unidades-neonatais/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021. **Estabelece orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.** Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 17 mar. 2021.

BRASIL, Ministerio da Saúde. **Objetivo do Desenvolvimento Sustentável: Agenda 2030.** Saúde e Bem-estar. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em: 11 jan. 2022.

BRASIL, T. B. *et al.* Fatores associados à mortalidade neonatal com ênfase no componente da atenção hospitalar ao recém-nascido. **Arq. Catarin Med.** v. 47, n. 2, 2018, p. 70-86. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/280/252>. Acesso em: 02 fev. 2020.

BUENO, B. R. M. *et al.* Caracterização da passagem de plantão entre o Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva. **Revista de enfermagem Cogitare** v. 20, n. 3, 2015, p. 512-518. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.40274>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40274#:~:text=A%20passagem%20de%20plant%C3%A3o%20deve,inadequado%20e%20com%20potencial%20perigo>. Acesso em: 15 mar. 2019.

BUSKO M.; MURATA P. Neonates in intensive care endure painful procedures, mostly without analgesia. **Medscape.** v. 300, 2008, p. 60-70. Disponível em: <https://www.medscape.org/viewarticle/577413>. Acesso em: 12 mar. 2020.

CALHA, A. *et al.* Determining factors of communication effectiveness in nursing teams. **Rev. Rol enferm.** v. 41, n. 11/12 supl, 2018, p. 26-31. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-179937> Acesso em: 05 ago 2021.

CARDOSO, A. S. F. *et al.* Elaboração e validação de *checklist* para administração de medicamentos para pacientes em protocolos de pesquisa. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre. v. 40, n. spe, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180311>.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200418&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 fev. 2021.

CARTON, A., M.; CORDWELL, J.; STEINHARDT, K. A framework synthesis reviewing the impact of neonatal care unit admission on early caregiver–infant relationships. **Journal of Advanced Nursing**. v. 76, n. 12, 2020. DOI: <https://doi-org.ez17.periodicos.capes.gov.br/10.1111/jan.14538>. Disponível em: <https://onlinelibrary-wiley.ez17.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1111/jan.14538>. Acesso 19 nov. 2021.

CERNADAS, J. M. C. La comunicación en los equipos de atención médica: un desafío esencial para mejorar la seguridad del paciente. **Arch Argent Pediatr**. v. 112, n. 2, 2014, p. 114-115. DOI: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2014.114>. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v112n2/v112n2a01.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2021.

CHRISTOFFEL, M. M. *et al.* Barreiras dos profissionais de saúde no manuseio, avaliação e tratamento da dor neonatal. **Brazilian Journal Of Pain**. São Paulo. v. 2, n. 1, 2019, p. 34-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20190007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-31922019000100034&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 maio 2020.

CNES, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. **Ficha do Estabelecimento Hospital Regional Tibério Nunes**. 2021. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/hospitalar/2203902365146>. Acesso em: 22 nov. 2021.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Lei do exercício profissional n° 7.498 de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 12 nov. 2021.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Guia de recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem**. 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2021.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n° 564/2017. **Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Brasília, 6 de novembro de 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 19 nov. 2021.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n° 639/2020. **Dispõe sobre as competências do Enfermeiro no cuidado aos pacientes em ventilação mecânica no ambiente extra e intra-hospitalar**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-639-2020_79633.html. Acesso em: 11 nov. 2021.

CONCHA-TORRE, A. *et al.* Las listas de verificación: ¿una ayuda o una molestia? **Anales de Pediatría**. v.93, n. 2, 2020, p. 135. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.006>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320301879>. Acesso em: 16 ago. 2021.

COSTA, R.; PADILHA, M. I. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre, v. 32, n. 2, 2011, p. 248-255. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200006>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 fev. 2021.

DAL-BÓ, K.; SILVA, R. M.; SAKAE, T. Infecção hospitalar em uma unidade de terapia intensiva neonatal do Sul do Brasil. **Rev Bras Ter Intensiva.** v. 24, n. 4, 2012, p. 381-385. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2012000400015>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2012000400015. Acesso em: 30 abr. 2020.

DANI, C.; CORSINI, I. Guidelines for Management of Neonatal Hypoglycemia Are They Actually Applicable?. **JAMA Pediatr.** v. 174, n. 7, 2020, p. 638-639. DOI: [doi:10.1001/jamapediatrics.2020.0632](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.0632). Disponível em: <https://jamanetwork-com.ez17.periodicos.capes.gov.br/journals/jamapediatrics/fullarticle/2765824>. Acesso em: 10 nov. 2021.

DE GROOT, K. *et al.* Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: A systematic review of systematic reviews. **Journal of advanced nursing.** v. 75, n. 7, p. 1379-1393, 2019. DOI: [10.1111/jan.13919](https://doi.org/10.1111/jan.13919). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30507044/>. Acesso em: 12 nov. 2021.

DIGEROLAMO, K.; DAVIS, K. F. An Integrative Review of Pediatric Fall Risk Assessment Tools. **Journal of pediatric nursing.** v. 34, p. 23-28, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.02.036>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0882596316301646>. Acesso em: 12 dez. 2019.

DITTMAN, K.; HUGHES, S. Increased Nursing Participation in Multidisciplinary Rounds to Enhance Communication, Patient Safety, and Parent Satisfaction. **Critical Care Nursing Clinics of North America.** v. 30, n. 4, 2018, p. 445-455. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2018.07.002>. Disponível em: <https://www-sciencedirect.ez17.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0899588518309729?via%3Dihub>. Acesso em: 03 mar. 2021.

DUARTE, S. C. M. *et al.* Boas Práticas de segurança nos cuidados de enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Enferm.** v. 73, n. 2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0482>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/r6gdrDJxDmHhDmwsTY7mDGw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2021.

ECHER, I. C. *et al.* Passagem de plantão da enfermagem: desenvolvimento e validação de instrumentos para qualificar a continuidade do cuidado. **Cogitare enferm.** v. 26, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.74062>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/74062>. Acesso em: 4 nov. 2021.

FORDE, M. F.; COFFEY, A.; HEGARTY, J. Bedside handover at the change of nursing shift: A mixed-methods study. **Journal of clinical Nursing.** v. 29, n. 19-20, p. 3731-3742,

2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15403>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.15403>. Acesso em: 12 nov. 2021.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. Quais são as vacinas que o bebê deve receber ao nascer? Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pergunta/quais-sao-vacinas-que-o-bebe-deve-receber-ao-nascer> Acesso 23 nov 2021.

FRANÇA, E. B. *et al.* Leading causes of child mortality in Brazil, in 1990 and 2015: Estimates from the Global Burden of Disease study. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 46–60, 2017. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050005>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2017000500046&script=sci_arttext&tlng=en Acesso em: 10 fev. 2020

GAIVA, M. A. M.; FUJIMORI, E.; SATO, A. P. S. Mortalidade neonatal: análise das causas evitáveis. **Rev enferm UERJ**. v. 23, n. 2, mar/abr., p. 247-253. Rio de Janeiro, 2015. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.5794>. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/e6db/9dd2cb8b8cb5d841f658869170243ce38f38.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

GAÍVA, M. A. M.; RONDON, J. N.; JESUS, L. N. Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v.17, n.1, p 14-20, jun., 2017. Disponível em: https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol17-n1/vol_17_n_1-artigo_original_2.pdf. Acesso em: 20 out. 2019.

GAMA, Z. A. S.; SATURNO, P. J. **A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde**. In: Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. cap. 3, p. 29-40. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assist%C3%A2ncia+Segura++Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>. Acesso em: 17 nov. 2019.

GONÇALVES, M. I. *et al.* Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Texto & Contexto Enferm.** v. 25, n. 1, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016002310014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/4pFXWwtDd4j4qGd8pkshVys/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2020.

GUIMARÃES, H. C. Q. C. P. *et al.* Experts for Validation Studies in Nursing: new proposal and selection criteria. **International Journal Of Nursing Knowledge**, [s.l.], v. 27, n. 3, p. 130-135, 17 mar. 2015. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/2047-3095.12089>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25782343/>. Acesso em: 23 maio 2020.

IEC, International Electrotechnical Commission. Particular Requirements for the Safety of Infant Phototherapy Equipment. Geneva: IEC, 2016. Disponível em: <https://webstore.iec.ch/publication/24701>. Acesso em: 20 nov. 2021.

HALES, B. *et al.* Development of medical *checklists* for improved quality of patient care. **Int J Qual Health Care**. v. 20, n. 1, p. 22-30, fev., 2008. DOI:

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm062>. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18073269/>. Acesso em: 20 out. 2019.

HARRISON, D. Pain management for infants – Myths, misconceptions, barriers; knowledge and knowledge gaps. **Journal of Neonatal Nursing**. v. 27, n. 5, 2021, p. 313-316. DOI: <https://doi-org.ez17.periodicos.capes.gov.br/10.1016/j.jnn.2020.12.004>. Disponível em: <https://www-sciencedirect.ez17.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S1355184120302064>. Acesso em: 19 nov. 2021.

ILAN, R. *et al.* Handover patterns: na observational study of critical care physicians. **BMC Health Services Research**. v. 12, n. 11, 2012, p. 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-11>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-11>. Acesso em: 20 nov. 2021.

ISMAIL, M T; HORN, A R. The effect of device position and use of transparent covers on the irradiance distribution of LED phototherapy devices. **S. Afr. j. child health**. Pretoria, v. 14, n. 2, 2020, p. 87-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.7196/SAJCH.2020.v14i2.1670>. Disponível em: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1999-76712020000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 nov. 2021.

KHAN, A. *et al.* Patient safety after implementation of a coproduced family centered communication programme: multicenter before and after intervention study. **BMJ**. v. 363, 2018. DOI: <https://doi-org.ez17.periodicos.capes.gov.br/10.1136/bmj.k4764>. Disponível em: <https://www-bmj-com.ez17.periodicos.capes.gov.br/content/363/bmj.k4764>. Acesso em: 03 mar. 2021.

KONH, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. Errors in health care: a leading cause of death and injury. In: KONH, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. *To err is human: building a safer health care system*. Washington: **Institute of Medicine**. p. 26-48, 2000. <https://doi.org/10.17226/9728>. Disponível em: <https://www.nap.edu/catalog/9728/to-err-is-human-building-a-safer-health-system>. Acesso em: 25 jan. 2020.

LANZILLOTTI, L.S. *et al.* Eventos adversos e outros incidentes na unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 20, n. 3, mar., 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.16912013>. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/eventos-adversos-e-outros-incidentes-na-unidade-de-terapia-intensiva-neonatal/14898?id=14898>. Acesso em: 12 jan. 2020.

LEITE A. C. *et al.* Indicações da fototerapia em recém-nascidos com icterícia. **Brazilian Journal of Health Review**. Curitiba, v.4, n.3, 2021, p. 10827-10847. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-098>. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/29918>. Acesso em: 20 nov. 2021.

LIMA, L. F.; LEVENTHAL, L. C.; FERNANDES, M. P. P. Identificando os riscos do paciente hospitalizado. v. 6, n. 4, p. 434-438. **Einstein**, 2008. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/992-Einsteinv6n4port434-438.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2019.

LINO, F. S.; ROCHA, S. S.; BARRETO, A. L. **Transporte e chegada do recém-nascido gravemente enfermo a unidade de cuidados intensivos**. In: Sousa, F. G. M. *et al.* Interfaces da Pesquisa no Cuidado de Enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica. Curitiba-PR: Editora CRV, cap. 26, 2018, p. 525-544.

LIU, L. *et al.* Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. **The Lancet**. v. 388, n. 10063, p. 3027-3035, 17 dez. 2016. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31593-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31593-8). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31593-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31593-8/fulltext). Acesso 13 mar 2020.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. *Nursing Research: methods and critical appraisal for evidence-based practice*. 8. ed. St. Louis: **Elsevier Mosby**, 2013. Disponível em: <https://www.amazon.com.br/Nursing-Research-Critical-Appraisal-Evidence-Based/dp/0323100864>. Acesso em: 20 maio 2020.

MAGALHÃES, F. J. *et al.* Respostas fisiológicas e comportamentais de recém-nascidos durante o manuseio em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Rene**. v. 12, n. 1, jan/mar, Fortaleza, 2011. p. 136-43. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/download/4170/3232>. Acesso em: 20 jan. 2020.

MAGALHÃES, M. L. *et al.* Desafios da mortalidade infantil e na infância. In: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), organizador. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: OPAS; 2018. p. 75-101. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/sus-30-anos/03.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2021.

MALFAIT, S. *et al.* Compliance with a structured bedside handover protocol: an observational, multicentred study. **International journal of nursing studies**, v. 84, p. 12-18, 2018. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29729557/> DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2018.04.011. Acesso em: 12 nov. 2021.

MARQUES, S. F. S.; SOUZA, L. M.; BELEZA, L. O. Balanço hídrico em recém-nascidos com extremo baixo peso: o conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Com. Ciências Saúde**. v. 22, n. 1, 2011, p. 41-50. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v22_n1_a07_balanco_hidrico_rece_m_nascidos.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.

MEDEIROS, R. K. S. *et al.* Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**. Série IV, n. 4, jan./fev./mar. 2015, p.127-135. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14009>. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2498&id_revista=24&id_edicao=77. Acesso em: 12 jan. 2022.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.

Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018. Acesso em: 28 jul. 2021.

MIGOTO, M. T. *et al.* Early neonatal mortality and risk factors: a case-control study in Paraná State. **Rev Bras Enferm.** v. 71, n. 5, p. 2527-2534, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0586>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000502527&lng=en&tlng=en. Acesso em: 13 mar. 2020.

MIRANDA, E. C. S. *et al.* Situação dos leitos neonatais em maternidades brasileiras: uma análise exploratória. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.21652020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/N33STb4n7WP54bMwqt3fZNN/?lang=pt>. Acesso em: 19 nov. 2021.

MOHER, D. *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and metaanalyses: the PRISMA statement. **Int J Surg.** v. 8, n. 5, 2010, p. 336-341. DOI: [10.1371/journal.pmed.1000097](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19621072>. Acesso em: 21 out. 2021.

MORAES-FILHO, I. M. *et al.* Checklist do recém-nascido: principais diagnósticos de enfermagem mediante intercorrências e susceptibilidade das mesmas no neonatal. **Rev. Cient. Sena Aires.** v. 6, n. 1, 2017, p. 30-48. Disponível em <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/viewFile/276/178>. Acesso em: 05 fev. 2021.

MOURA, G. M. S. S.; MAGALHÃES, A. M. M. **Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde:** principais tipos. In: Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. cap. 6, p. 65-78. Brasília: Anvisa, 2017.

MUNIZ, D. W. R. *et al.* O Perfil Epidemiológico de Mortalidade Neonatal no Ambiente Hospitalar. **Revista Saúde em Foco.** v. 4, n. 2, art. 7, p. 118-128, jul./dez. Teresina, 2017. <http://dx.doi.org/10.12819/rsf.2017.4.2.7>. Disponível em: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/1491/491491510>. Acesso em: 13 mar. 2020.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enferm.** v. 20, n. 3, 2015, p. 630-634. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v20i3.40016>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016>. Acesso em: 03 fev. 2021.

OMS, Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra. **Método Madre Canguro:** guia práctica. Ginebra, 2004. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43083/9243590359.pdf;jsessionid=80AD18FEFEE10B6185598DFD0EC35282?sequence=1> Acesso em: 15 jan. 2020.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. Genebra: Organização Mundial da Saúde. 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf;jsessionid=5CD7266376457E0B36372A09EE9AA3B5?sequence=5>. Acesso em: 05 fev. 2021.

ONG, M.; COIERA, E. A systematic review of failures in handoff communication during intrahospital transfers. **Jt Comm J Qual Patient Saf.** v. 37, n. 6, 2011, p. 274-284. DOI: 10.1016/s1553-7250(11)37035-3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21706987/>. Acesso em: 21 fev. 2021.

OPAS, Pan American Health Organization. World Health Organization. **27th Pan American Sanitary Conference.** CSP27R10. 59th Session of the Regional Committee. 1-5 October. Washington D.C., 2007. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27.r10-s.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2019.

OPAS, Organización Panamericana de la Salud. Enfermería y seguridad de los pacientes. Organização Panamericana da Saúde. Washington, DC: 2011. 432 p. **Revista Salud Pública.** v. 16, n. 1. 2012. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v16.n1.6918>. Disponível em: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/6918>. Acesso em: 7 nov. 2019.

PANES, A. C. S.; CORRÊA, C. C.; Maximino, L. P. *Checklist* para identificação de crianças de risco para alterações de linguagem oral: nova proposta. **Distúrb Comum.** São Paulo, v. 30, n. 2, 2018, p. 278-287. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2018v30i2p-278-287>. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/34449>. Acesso em: 05 fev. 2021.

PASQUALI, L. Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida/Instituto de Psicologia/UnB: **INEP**, 1996. 432p. Disponível em: <https://www.livrosgratis.com.br/ler-livro-online-71872/teoria-e-metodos-de-medida-em-ciencias-do-comportamento%20acesso%2005%20fev%202021>. Acesso em: 15 mai. 2021.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiquiatr. Clin.** v. 25, n. 5, p. 2016-23, 1997. Disponível em: <http://mpet.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2021.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998. Edição Especial. Disponível em: <http://mpet.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2021.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev Esc Enferm USP.** v. 43, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Bbp7hnp8TNmBCWhc7vjbXgm/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 mai. 2021.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação.** 4.ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 2013.

PEDROSA, I.; SUÁREZ-ÁLVAREZ, J.; GARCÍA-CUETO, E. Evidencias sobre la validez de conteúdo: avances teóricos e métodos para su estimación. **Acción psicológica**. v. 10, n. 2, 2013, p. 3-20. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000200002. Acesso em: 20 out. 2021.

PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. **Rev Enferm UFSM**. v. 8, n. 3, 2018, p. 616-625. DOI: 10.5902/2179769225432. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25432>. Acesso em: 03 fev. 2021.

PEREIRA, F.L. *et al.* A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista escola Enfermagem USP**, v. 47, n. 6, p. 1272-1278, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000600003>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234reeusp-47-6-01272.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2017.

PEREIRA, R. M. S.; CÂMARA, T. L.; PEREIRA, N. C. S. T. Enfermagem e o manuseio do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. UNINGÁ**, v. 56, n. S2, p. 222-233, jan./mar., Maringá, 2019. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2156/1915>. Acesso em: 20 jan. 2020.

PIAUI. Secretaria Estadual da Saúde. Assessoria de Comunicação SESAPI. **Assistência em UTI Neonatal é realidade em Floriano**. 2017. Disponível em: <http://saude.pi.gov.br/noticias/2017-05-21/7983/assistencia-em-uti-neonatal-e-realidade-em-floriano.html>. Acesso em: 12 maio 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: **ArtMed**. 2011. 456p.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 394, 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; OWEN, S. V. Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. **Research in Nursing & Health**. v. 30, p. 459-467. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/nur.20199>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/nur.20199>. Acesso em: 18 nov. 2021.

QUEIROZ, X. S. B. A.; SOUSA, A. O. B. **Comunicação efetiva**. Procedimento Operacional Padrão. Universidade Federal de Campina Grande. Hospital Universitário Alcides Carneiro. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huac-ufcg/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/pops/2021/novembro-2021/18-pop-comunicacao-efetiva.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2021.

RACHWAL, C. M. *et al.* Navigating Communication Challenges in Clinical Practice: a new approach to team education. **CriticalCareNurse**. v. 38, n. 6, 2018, p. 15-22. DOI: <https://doi.org/10.4037/ccn2018748>. Disponível em: <http://ccn.aacnjournals.org/content/38/6/15.full>. Acesso em: 29 out. 2021.

REBRAENSP, Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Quem somos**. 2008. Disponível em: <https://www.rebraensp.com.br/>. Acesso em: 7 nov. 2019.

REBRAENSP, Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para a segurança do paciente**: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Estrat%C3%A9gias-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-manual-para-profissionais-da-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2022.

REDONDO, M. A. *et al.* Mejorando la seguridad del paciente: utilidad de las listas de verificación de seguridad en una unidad neonatal. **Anales de Pediatría**. v. 87, n. 4, 2017, p. 191-200. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2017.08.004>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2341287917301515>. Acesso em: 17 nov. 2021.

ROCHA, S. S.; DANTAS, A. L. B; LINO, F. S. **Método Canguru e alojamento conjunto: construindo um cuidado integral**. In: MORAIS, S. C. R. V; SOUZA, K. V.; DUARTE, E. D. PROENF: Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde Materna e Neonatal: Ciclo 6. Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015, p. 37-67.

RODRIGUES, R. M. **Pesquisa acadêmica**: como facilitar o processo de preparação de suas etapas. São Paulo: Atlas, 2007.

RODRIGUES, F. A. *et al.* Segurança do paciente em unidade neonatal: preocupações e estratégias vivenciadas por pais. **Cogitare Enferm**. v. 23, n. 2, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52166>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52166>. Acesso: 13 dez. 2019.

SABINO, L. M. M. **Cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**: elaboração e validação. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Centro de Ciências da Saúde; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Fortaleza, 2016. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/15638>. Acesso em: 17 set. 2019.

SANTOS, G. R. S. *et al.* Communication noise during the nursing team handover in the intensive care unit. **Texto Contexto Enferm**. v. 28, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/dNyrVCsbfbkLH5pHfD3MYkk/?lang=en>. Acesso em: 10 nov. 2021.

SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. Atualização sobre os Cuidados com a Pele do Recém-Nascido. **Departamentos Científicos de Dermatologia e Neonatologia (2019-2021)**. n. 11, 27 de maio de 2021. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/novo-documento-traz-atualizacoes-sobre-os-cuidados-com-a-pele-do-recem-nascido-durante-o-periodo-neonatal/>. Acesso em: 11 nov. 2021.

SHAHID, S.; THOMAS, S. Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Communication Tool for Handoff in Health Care – A Narrative Review. **Saf Health**. v. 4, n. 7, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40886-018-0073-1>. Disponível em:

<https://safetyinhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40886-018-0073-1#citeas>. Acesso em: 20 out. 2021.

SILVA, M. F., *et al.* Transferência entre unidades hospitalares: implicações da comunicação na segurança do paciente pediátrico. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 10, 2017. p.3813-3820. DOI: 10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201715. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/25217/24300>. Acesso em: 05 ago. 2021.

SILVA, D. C. Z.; MANZO, B. F.; MATA, L. R. F. P. **Construção e validação de conteúdo dos checklists de segurança do paciente no cuidado de enfermagem em unidades de terapia intensiva neonatal.** [dissertação mestrado]. Belo Horizonte, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ENFC-BB5KLR/1/daniela_cristina_zica_silva.pdf. Acesso em: 10 nov. 2021.

SILVA, M. F., *et al.* Construção do instrumento para transição de cuidado em unidades pediátricas. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. v. 30, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0206>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/R6j6tzYjSgd55TDwr4ZLSqw/?lang=en>. Acesso em: 04 ago. 2021.

SIQUEIRA, I. L. C. P.; KURCGANT, P. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. **Acta paul. enferm.** v. 18, n. 4, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000400015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/PRQb4BBZxJHLfDMCQcbr69j/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2021.

SOUSA, B. V. N. *et al.* Repensando a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão sistemática. **Cogitare Enferm.** v. 21, n. esp., p. 01-10, 2016. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1531/45576-184761-1-pb.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2020.

SOUSA, J. B. A. *et al.* Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: Desafio na segurança do paciente. **Brazilian Journal of health Review.** Curitiba, v. 3, n. 3, 2020, p.6467-6479. DOI:10.34119/bjhrv3n3-195. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/viewFile/11713/9764>. Acesso em: 21 ago. 2021.

SPOONER, A. J. *et al.* Measurement of the frequency and source of interruptions occurring during bedside nursing handover in the intensive care unit: an observational study. **Aust Crit Care** v. 28, n. 1, 2015, p. 19-23. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2014.04.002>. Disponível em: [https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(14\)00031-9/fulltext](https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(14)00031-9/fulltext). Acesso em: 10 nov. 2021.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI neonatal:** assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, 261 p.

TÁVORA, A. C. *et al.* Risk factors for nosocomial infection in a Brazilian neonatal intensive care unit. **Braz J Infect Dis.** v. 12, n. 1, p. 75-79, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-86702008000100016>. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702008000100016&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 12 abr. 2020.

TAYLOR, M. J. *et al.* Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. **BMJ Qual Saf.** v. 23, n. 4, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001862>. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/23/4/290>. Acesso em: 12 jan. 2021.

TOMAZONI, A. K. R. *et al.* Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. **Texto & Contexto Enfermagem.** v. 24, n 1, jan/mar, p. 161-169. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000490014>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100161&lng=en&tlng=en. Acesso em: 30 mar. 2020.

TOMAZONI, A. K. R. *et al.* Segurança do paciente na percepção da enfermagem e médicos em unidades de terapia intensiva neonatal. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 38, n. 1, Porto Alegre, mar, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64996>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100409. Acesso em: 30 mar. 2020.

TOSO, B. R. G. O. *et al.* Validação de protocolo de posicionamento de recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm.** v. 68, n. 6, p. 1147-1153, nov-dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680621i>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000601147&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 10 jan. 2020.

VANDERBILT, A. A. *et al.* Increasing patient safety with neonates via handoff communication during delivery: a call for interprofessional health care team training across GME and CME. **Advances in Medical Education and Practice.** V. 8, 2017, p. 365–367. DOI: <https://doi.org/10.2147/AMEP.S129674>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28652839/>. Acesso em: 28 jun. 2021.

VICTORA, J. D. *et al.* Prevalence, mortality and risk factors associated with very low birth weight preterm infants: an analysis of 33 years. **Jornal de Pediatria:** n. 96, n. 3, 2020. p. 327-332. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2018.10.011>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755718306314>. Acesso em: 03 fev. 2021.

WAHAB, F. *et al.* Oxygen saturation among newborns in the first 10 hours of life to detect Critical Congenital Heart Disease - Ductus Dependent. **Qanun Medika.** v. 4, n. 2. Disponível em: <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/qanunmedika/article/view/4258>. Acesso em: 10 nov. 2021.

WEGNER, W. *et al.* Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 38, n.1, maio, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.68020>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-14472017000100504&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 27 out. 2019.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs**. v. 52, n. 5, 2005, p. 546-553. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>. Acesso em: 21 out. 2021.

WHITTEMORE, R. *et al.* Methods for knowledge synthesis: An overview. **Heart & Lung**. v. 43, n. 5, 2014, p. 453-461. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.05.014>. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956314001897?casa_token=n1wfvnk3q6gAAAAA:xyXTOeoHiOFI4_7zm1teXV4IvHTzxRPWoFyqX50cfYExnHRbXuqL4lx7o8ifLbqNBtknYY2vqQ. Acesso em: 12 jan. 2022.

WHO, World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge 2005– 2006. Clean Care is Safer Care. Geneva: **WHO**, 2005. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43358>. Acesso em: 7 nov. 2019.

WHO, World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008 – 2009. Geneva: **WHO**; 2008. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>. Acesso em: 7 nov. 2019.

WHO, World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives. Geneva: **WHO**, 2009. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/9789241598552/en/. Acesso em: 7 nov. 2019.

WHO, World Health Organization. A World Alliance for safer Health Care. More than words: conceptual framework for the international classification for patient safety. Geneva: **WHO**, 2009. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf . Acesso em: 27 jun. 2021.

WHO, World Health Organization. WHO launches global effort to halve medication-related errors in 5 years. Geneva: **WHO**, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years>. Acesso em: 7 nov. 2019.

WHO, World Health Organization. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: **WHO**, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>. Acesso em: 7 nov. 2019.

WHO, World Health Organization. **Newborns**: improving survival and well-being. Setembro 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality> Acesso em 03 fev. 2021.

WHO. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. **World Health Organization**. Geneva, 2020, 144p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/nursing-report-2020>. Acesso em: 03 nov. 2021.

YAMADA, N. K.; CATCHPOLE, K.; SALAS, E. The role of human factors in neonatal patient safety. **Seminars in Perinatology**. v. 43, n. 8, 2019. DOI: 10.1053/j.semperi.2019.08.003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31477264/>. Acesso em: 29 jul. 2021.

APÊNDICE A – Solicitação de autorização institucional



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO AMÍLCAR FERREIRA SOBRAL
PI 04 S/N Bairro Meladão - Floriano - PI - 64808-650 - Tel/Fax: (89)3522-4758/3522-2716



OFÍCIO S/N

Floriano-PI, 17 de março de 2021

Ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde do Hospital Regional Tibério Nunes,

ASSUNTO: Solicitação de autorização institucional para realização de pesquisa

Eu, Mychelangela de Assis Brito, venho por meio deste solicitar a autorização ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde do Hospital Regional Tibério Nunes em Floriano-PI para realização do Projeto de Tese “**Elaboração e validação de um *checklist* sobre comunicação efetiva para promoção da segurança do recém-nascido hospitalizado**”, que tem como objetivo geral: desenvolver um *checklist* sobre comunicação efetiva para promoção da segurança do recém-nascido hospitalizado. E objetivos específicos: construir um conjunto de indicadores acerca da comunicação efetiva para promoção da segurança do recém-nascido hospitalizado para composição do *checklist*; realizar a validação de conteúdo do *checklist*; verificar a inteligibilidade e operacionalidade do instrumento; verificar se o *checklist* proposto é considerado útil para promover uma comunicação efetiva na Unidade Neonatal.

Este Projeto de Tese de Doutorado é orientado pela Professora Dra. Silvana Santiago da Rocha, vinculada à Pós-Graduação em Enfermagem, *Campus* Ministro Petrônio Portela, da Universidade Federal do Piauí.

Certo de contar com seu apoio, agradecemos a atenção.

Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha
Pesquisadora Responsável

Profa. Ma. Mychelangela de Assis Brito
Pesquisadora Assistente

APÊNDICE B – Carta de Encaminhamento do Projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO AMÍLCAR FERREIRA SOBRAL
PI 04 S/N Bairro Meladão - Floriano - PI - 64808-650 - Tel/Fax: (89)3522-4758/3522-2716



Prof. Me. Amando Oliveira Matias.
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI

Caro Prof.,

Estamos enviando o projeto de tese intitulado **“Elaboração e validação de um checklist sobre comunicação efetiva para promoção da segurança do recém-nascido hospitalizado”**, para a apreciação por este comitê.

Confirmando que as pesquisadoras envolvidas nesta pesquisa realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo das Resoluções 466/12, 510/16 e 580/18, do CNS e das resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99 e 340/2004), além do Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021, que trata das orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.

Confirmando também:

- 1- Que esta pesquisa ainda não foi iniciada.
- 2- Que não há participação estrangeira nesta pesquisa.
- 3- Que comunicarei ao CEP/CAFS/UFPI os eventuais eventos adversos ocorridos com o voluntário.
- 4- Que apresentarei relatório anual e final desta pesquisa ao CEP/CAFS/UFPI.
- 5- Que retirarei por minha própria conta os pareceres e o certificado junto à secretaria do CEP/CAFS/UFPI.

Atenciosamente,

Floriano, 17 de março de 2021.

Silvana Santiago

Silvana Santiago da Rocha
Pesquisadora responsável
CPF: 226.374.943-87

Universidade Federal do Piauí- Campus Ministro Petrônio Portela
Área: Saúde
Departamento: Enfermagem

Mychelangela de Assis Brito

Mychelangela de Assis Brito
Pesquisadora Assistente
CPF: 924.232.213-04
Universidade Federal do Piauí- Campus Amílcar Ferreira Sobral
Área: Saúde
Departamento: Enfermagem

APÊNDICE C – Declaração dos Pesquisadores



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO AMÍLCAR FERREIRA SOBRAL
PI 04 S/N Bairro Meladão - Floriano - PI - 64808-650 - Tel/Fax: (89)3522-4758/3522-2716



Ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP
Campus Amílcar Ferreira Sobral/ Universidade Federal do Piauí

Nós, Silvana Santiago da Rocha e Mychelangela de Assis Brito, pesquisadoras responsáveis pela pesquisa intitulada **“Elaboração e validação de um checklist sobre comunicação efetiva para promoção da segurança do recém-nascido hospitalizado”**, declaramos que:

- Assumimos o compromisso de cumprir os Termos da Resolução nº 466/12, de 12 de Dezembro de 2012; 510/2016, de Abril de 2016 e a Resolução n. 580/2018 de 22 de março de 2018 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99 e 340/2004), além do Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021, que trata das orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual;
- Assumimos o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- Os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados apenas para atingir os objetivos previstos nesta pesquisa e não serão utilizados para outras pesquisas sem o devido consentimento dos voluntários;
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados por um período mínimo de 5 anos, no *Campus* Amílcar Ferreira Sobral, localizado BR 343 KM 3,5, no bairro Meladão, Floriano-PI, com CEP: 64808-605, no gabinete nº 11, sob a responsabilidade da profa. Ma. Mychelangela de Assis Brito do Curso de Enfermagem do CAFS/UFPI, que possui o e-mail: mychelangela@ufpi.edu.br e número de contato: (89)99975-1461. Após este período, os dados serão destruídos por incineração e os arquivos eletrônicos deletados.
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa;
- O CEP/CAFS/UFPI será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP/CAFS/UFPI será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o voluntário;
- Esta pesquisa ainda não foi total ou parcialmente realizada.

Floriano, 23 de março de 2021.

Silvana Santiago

Silvana Santiago da Rocha
Pesquisadora responsável
CPF: 226.374.943-87

Universidade Federal do Piauí- Campus Ministro Petrônio Portela

Mychelangela de Assis Brito

Mychelangela de Assis Brito
Pesquisadora Assistente
CPF: 924.232.213-04

Universidade Federal do Piauí- Campus Amílcar Ferreira Sobral

APÊNDICE D – Termo de Confidencialidade



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO AMÍLCAR FERREIRA SOBRAL
PI 04 S/N Bairro Meladão - Floriano - PI - 64808-650 - Tel/Fax: (89)3522-4758/3522-2716



TÍTULO DO PROJETO: “Elaboração e validação de um *checklist* sobre comunicação efetiva para promoção da segurança do recém-nascido hospitalizado”

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: Profa Dra. Silvana Santiago da Rocha e Profa. Ma. Mychelangela de Assis Brito

INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO: Campus Ministro Petrônio Portela e Campus Amílcar Ferreira Sobral / Universidade Federal do Piauí

TELEFONE PARA CONTATO: (86) 99987 -3456 / (89) 99975-1461

LOCAL DA COLETA DE DADOS: 1ª etapa: Unidade Neonatal do Hospital Regional Tiberio Nunes e 2ª e 3ª etapas: virtual, com instrumentos que serão elaborados para avaliação e validação do *checklist* construído e serão respondidos através do Google Docs ou via *e-mail*.

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes de todas as etapas incluídas neste estudo, cujos dados serão coletados a partir do preenchimento de um instrumento de caracterização dos participantes (sexo, idade, cidade de atuação, tempo de formação, escolaridade, etc).

Na fase de validação serão verificados a *expertise* dos juízes baseando-se na experiência clínica e na produção científica (artigos publicados e desenvolvimento de projetos de pesquisa – finalizados ou em andamento) e grupos de pesquisa de doutores/mestres atuantes em pesquisa, docência e assistência nas seguintes temáticas: tecnologias em saúde e/ou enfermagem; neonatologia; segurança do paciente; UTIN; estudos de validação.

Vale ressaltar que, todos esses instrumentos de avaliação, bem como o *checklist* construído será enviado aos juízes de forma eletrônica para otimizar o tempo e dar maior agilidade ao processo, e que os mesmos avaliarão tanto o conteúdo como a forma com que os itens estarão apresentados no *checklist*. Será omitido informações que possam expor os profissionais do HRTN e os juízes participantes, como garantia do sigilo e anonimato.

Concordamos, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima para tanto adotar-se-á números arábicos e serão mantidas em armário trancado, no Campus Amílcar Ferreira Sobral, localizado na BR 343 km 3,5, no bairro Meladão, em Floriano-PI, com CEP: 64808-605, correspondendo ao gabinete n. 11, na sala da pesquisadora, por um período mínimo de 5 anos sob responsabilidade da Ma. Mychelangela de Assis Brito. Após este período, os dados serão destruídos por incineração e os arquivos eletrônicos deletados.

Floriano, 17 de março de 2021.

Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha
Pesquisadora Responsável

Profa. Ma. Mychelangela de Assis Brito
Pesquisadora Assistente

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Etapa de Construção do
Checklist



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO AMÍLCAR FERREIRA SOBRAL
PI 04 S/N Bairro Meladão - Floiano - PI - 64808-650 - Tel/Fax: (89)3522-4758/3522-2716



Prezado (a), você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de tese de doutorado intitulada: “**Elaboração e validação de um *checklist* sobre comunicação efetiva para promoção da segurança do recém-nascido hospitalizado**”.

Objetivo do estudo: desenvolver um *checklist* sobre comunicação efetiva para promoção da segurança do recém-nascido hospitalizado.

Procedimentos do estudo: os enfermeiros que trabalham nas Unidades Neonatal do Hospital Regional Tibério Nunes (HRTN) serão convidados a participar da elaboração da segunda versão do *checklist*, após apresentação do referido projeto. Esse momento tem como objetivo agregar o conhecimento científico à experiência desses profissionais, para que os conteúdos levantados na revisão integrativa que foi realizada, sejam transformados em itens e estes inseridos em categorias que irão compor o *checklist* (primeira versão).

Aos que concordarem em participar, serão marcadas reuniões, que poderão ser *online*, devido pandemia do Novo Coronavírus, porém, na necessidade de realização de encontros presenciais, a pesquisadora utilizará todos os equipamentos de proteção individual (gorro, avental descartável, máscara cirúrgica e/ou N95, *face shields*) necessários para estar com os profissionais *in loco*. Estas reuniões visam a elaboração do plano de atividades que serão desenvolvidas nesta fase – elaboração do *checklist* (primeira versão), aplicação na prática profissional para ajuste dos itens, melhorias no *checklist* (segunda versão) para que esta versão seja validada na próxima fase do estudo por juízes especialistas.

Sigilo: Sua identidade permanecerá em sigilo e todos os arquivos ficarão sob responsabilidade das pesquisadoras por um período de cinco anos e após esse período serão destruídos.

Riscos: Em relação aos riscos previsíveis associados à consecução do estudo, os participantes poderão se sentir constrangidos com relação aos questionamentos que lhes serão feitos, exposição da imagem, a exposição de informações pessoais, bem como poderão temer que as informações fornecidas por eles se tornem de conhecimento público. Este risco será minimizado pelo compromisso ético assumido pela pesquisadora de garantir a confidencialidade de dados, permitindo o sigilo e o anonimato dos participantes que poderiam de certa forma, identificar os sujeitos, tornando público aqueles que contemplam os objetivos da pesquisa com o poder de contribuir para a discussão e aprofundamento da temática abordada, utilizando-se, para isso, números arábicos em todos os documentos, além da garantia do seu arquivamento em local apropriado. Além disso, alguns participantes podem se sentir cansados ao participar dessa etapa de construção dos itens do *checklist* (que dependerá de reuniões periódicas com os enfermeiros) ou ao preencher os instrumentos de avaliação. Para garantir a sua liberdade no processo avaliativo, será disponibilizado o tempo que se fizer necessário para preencher o instrumento de avaliação. Será também esclarecido que somente a pesquisadora e sua orientadora terão acesso às informações dos participantes em todas as etapas. Ademais, será explicado a possibilidade de interrupção da participação a qualquer momento que os participantes julgarem necessário.

Benefícios: Serão previstos benefícios diretos aos participantes, pois as pesquisadoras apresentarão um *checklist* válido que tem o objetivo de melhorar a comunicação entre os profissionais que prestam cuidados aos RN nas Unidades Neonatal, evitando ou minimizando

Silvana Santiago

os eventos adversos decorrentes de falhas na comunicação. Dentre os benefícios posteriores incluirão a contribuição para maiores discussões acerca do tema. Para tal, conforme previsto na Resolução nº 580/2018, será realizado um encontro com os profissionais de saúde que prestam serviços na Unidade Neonatal do HRTN no município de Floriano-PI, para apresentação do relatório final de pesquisa (BRASIL, 2018).

Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados por um período mínimo de 5 anos, no *Campus* Amílcar Ferreira Sobral, localizado BR 343 KM 3,5, no bairro Meladão, Floriano-PI, com CEP: 64808-605, no gabinete nº 11, sob a responsabilidade da profa. Ma. Mychelangela de Assis Brito do Curso de Enfermagem do CAFS/UFPI, que possui o e-mail: mychelangela@ufpi.edu.br e número de contato: (89)99975-1461. Após este período, os dados serão destruídos por incineração e os arquivos eletrônicos deletados.

Caso concorde em participar, por favor, assine a linha ao final deste termo que possui duas vias, das quais, uma fica com você e a outra com a pesquisadora. Sua participação é voluntária e também não terá nenhuma despesa com ela. A qualquer momento é seu direito desistir de participar, e isso não trará qualquer prejuízo para você. Em caso de dúvida, ligue para a pesquisadora Mychelangela de Assis Brito, por meio do número (89) 99975-1461 ou envie mensagem para o e-mail: mychelangela@ufpi.edu.br. Esta pesquisa já foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Campus Amílcar Ferreira Sobral na Universidade Federal do Piauí (CAFS/ UFPI), localizado BR 343, km 3,5, Meladão, Floriano-PI, telefone (89) 3522-2716 ou ainda através do e-mail: cepcafs@ufpi.edu.br.

Silvana Santiago

Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha
Pesquisadora Responsável

Mychelangela de Assis Brito

Profa. Ma. Mychelangela de Assis Brito
Pesquisadora Assistente

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO:

Eu, _____ portador do CPF: _____, declaro aceitar participar da pesquisa apresentada acima, e estou ciente das informações sobre minha participação, os riscos e os benefícios do estudo. Foi esclarecido o meu direito de desistir da participação a qualquer momento sem prejuízos.

Assinatura do participante: _____

Assinatura digital:



Teresina, 23 de março de 2021.

Silvana Santiago

APÊNDICE F – Instrumento de Caracterização dos enfermeiros que participaram do ciclo PDCA

Sexo/Genero	(1) Masculino (2) Feminino (3) outro _____
Idade (em anos)	
Escolaridade:	(1) Ensino Técnico (2) Ensino Superior
Graduada(o) em:	(1) Enfermagem (2) Outro _____
Tempo de Formação (em anos):	
Maior titulação:	(1) Graduação (2) Especialização (3) Mestrado (4) Doutorado (5) Pós-doutorado
Tempo de atuação em Neonatologia (em anos):	
Setor de Atuação na Unidade Neonatal	(1) Alojamento conjunto (2) Neonatologia (3) UTIN
Formação/capacitação em Neonatologia	(1) sim (2) não Especificar:
Tempo de formação/capacitação em Neonatologia	(0) caso marcou não na anterior
Formação/capacitação em Segurança do paciente	(1) sim (2) não Especificar:
Tempo de formação/capacitação em Segurança do paciente	(0) caso marcou não na anterior

Fonte: própria pesquisadora.

APÊNDICE G – Carta convite para a participação dos juízes na validação do *checklist*

Prezado (a),

Eu, Mychelangela de Assis Brito, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí (UFPI), estou desenvolvendo a tese intitulada “ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM *CHECKLIST* SOBRE COMUNICAÇÃO EFETIVA PARA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO RECÉM-NASCIDO HOSPITALIZADO”, com o objetivo de desenvolver um *checklist* sobre comunicação efetiva para promoção da segurança do recém-nascido na Unidade Neonatal, sob orientação da Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha.

Solicitamos por meio desta, sua colaboração na pesquisa para a avaliação dos itens do *checklist* desenvolvido e da sua pertinência, além disso você poderá contribuir com observações e recomendações de alteração, além de sugestão sobre o *layout* do referido *checklist* e a avaliação dos atributos.

Caso deseje participar, pedimos que responda este *e-mail* com o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O documento assinado e respondido deverá ser devolvido via *e-mail*.

Solicitamos sua colaboração para a devolução do material analisado em um período máximo de 15 dias.

Gostaríamos, se possível, que você indicasse mais especialistas nesta área que possam colaborar com nosso trabalho.

Certa de contar com sua valiosa contribuição, desde já agradeço e coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Mychelangela de Assis Brito

Mychelangela de Assis Brito
mychelangela@ufpi.edu.br

APÊNDICE H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – juízes especialistas



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO AMÍLCAR FERREIRA SOBRAL
PI 04 S/N Bairro Meladão - Floriano - PI - 64808-650 - Tel/Fax: (89)3522-4758/3522-2716



Prezado (a), você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de tese de doutorado intitulada: **“Elaboração e validação de um *checklist* sobre comunicação efetiva para promoção da segurança do recém-nascido hospitalizado”**.

Objetivo do estudo: desenvolver um *checklist* sobre comunicação efetiva para promoção da segurança do recém-nascido hospitalizado.

Procedimentos do estudo: sua participação consistirá em preencher um instrumento de caracterização dos participantes (idade, formação acadêmica e o tempo de formado, maior titulação), atuação em projetos de pesquisa, publicações científicas relevantes e atuação em outros campos na área de estudo (segurança do paciente, tecnologias em saúde/enfermagem, saúde da criança e unidade neonatal); além da avaliação do conteúdo individual dos itens do *checklist* e avaliação dos atributos do *checklist* construído. Vale ressaltar que, todos esses instrumentos de avaliação, bem como o *checklist* construído será enviado aos juízes de forma eletrônica para otimizar o tempo e dar maior agilidade ao processo, e que os mesmos avaliarão tanto o conteúdo como a forma com que os itens estarão apresentados no *checklist*.

Sigilo: Sua identidade permanecerá em sigilo e todos os arquivos ficarão sob responsabilidade das pesquisadoras por um período de cinco anos e após esse período serão destruídos.

Riscos: Em relação aos riscos previsíveis associados à consecução do estudo, os participantes poderão se sentir constrangidos com relação aos questionamentos que lhes serão feitos, a exposição de informações pessoais, bem como poderão temer que as informações fornecidas por eles se tornem de conhecimento público. Este risco será minimizado pelo compromisso ético assumido pela pesquisadora de garantir a confidencialidade de dados, permitindo o sigilo e o anonimato dos participantes que poderiam de certa forma, identificar os sujeitos, tornando público aqueles que contemplam os objetivos da pesquisa com o poder de contribuir para a discussão e aprofundamento da temática abordada, utilizando-se, para isso, números arábicos em todos os documentos, além da garantia do seu arquivamento em local apropriado. Além disso, alguns participantes podem se sentir cansados ao participar dessa etapa de validação, ao preencher os instrumentos de avaliação. Para garantir a sua liberdade no processo avaliativo e para cumprir o cronograma desta pesquisa, solicito se possível, que o (a) senhor (a) responda o formulário dentro do prazo de 7 dias desde a data do recebimento do e-mail. Será esclarecido que somente a pesquisadora e sua orientadora terão acesso às informações dos participantes em todas as etapas. Ademais, será explicado a possibilidade de interrupção da participação a qualquer momento que os participantes julgarem necessário.

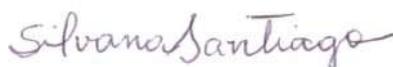
Benefícios: Serão previstos benefícios diretos aos participantes, pois as pesquisadoras apresentarão um *checklist* válido que tem o objetivo de melhorar a comunicação entre os profissionais que prestam cuidados aos RN na Unidade Neonatal, evitando ou minimizando os eventos adversos decorrentes de falhas na comunicação. Dentre os benefícios posteriores incluirão a contribuição para maiores discussões acerca do tema. Para tal, conforme previsto na Resolução nº 580/2018, será realizado um encontro com os profissionais de saúde que prestam serviços na Unidade Neonatal do HRTN no município de Floriano-PI, para apresentação do relatório final de pesquisa (BRASIL, 2018).

Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados por um período mínimo de 5 anos, no *Campus* Amílcar Ferreira Sobral, localizado BR 343 KM 3,5, no bairro Meladão,

Silvana Santiago

Florianópolis, com CEP: 64808-605, no gabinete nº 11, sob a responsabilidade da profa. Ma. Mychelangela de Assis Brito do Curso de Enfermagem do CAFS/UFPI, que possui o e-mail: mychelangela@ufpi.edu.br e número de contato: (89)99975-1461. Após este período, os dados serão destruídos por incineração e os arquivos eletrônicos deletados.

Caso concorde em participar, por favor, assine a linha ao final deste termo que possui duas vias, das quais, uma fica com você e a outra com o pesquisador. Sua participação é voluntária e também não terá nenhuma despesa com ela. A qualquer momento é seu direito desistir de participar, e isso não trará qualquer prejuízo para você. Em caso de dúvida, ligue para a pesquisadora Mychelangela de Assis Brito, por meio do número (89) 99975-1461 ou envie mensagem para o email: mychelangela@ufpi.edu.br. Esta pesquisa já foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Campus Amílcar Ferreira Sobral na Universidade Federal do Piauí (CAFS/ UFPI), localizado BR 343, km 3,5, Meladão, Florianópolis, telefone (89) 3522-2716 ou ainda através do e-mail: cepcafs@ufpi.edu.br.



Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha
Pesquisadora Responsável



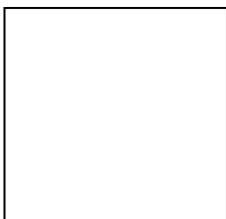
Profa. Ma. Mychelangela de Assis Brito
Pesquisadora Assistente

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO:

Eu, _____ portador do
CPF: _____, declaro aceitar participar da pesquisa apresentada acima, e estou
ciente das informações sobre minha participação, os riscos e os benefícios do estudo. Foi
esclarecido o meu direito de desistir da participação a qualquer momento sem prejuízos.

Assinatura do participante: _____

Assinatura digital:



Teresina, 23 de março de 2021.



OBS.: vale ressaltar que o TCLE será enviado através do *Google Forms*.

APÊNDICE I – Instrumento de Caracterização dos Juízes Especialistas

Qual o seu sexo?	
Qual sua idade (em anos)?	
Cidade e Estado em que atua:	
Graduada(o) em:	
Tempo de Formação (em anos):	
Maior titulação:	() Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós-doutorado
Especialista na área de tecnologias em saúde e/ou enfermagem; neonatologia; segurança do paciente.	() sim () não Especificar:
Mestra(e) com dissertação sobre: tecnologias em saúde e/ou enfermagem; neonatologia; segurança do paciente.	() sim () não Especificar:
Doutor(a) com tese sobre: tecnologias em saúde e/ou enfermagem; neonatologia; segurança do paciente.	() sim () não Especificar:
Artigo/livro/capítulo publicado sobre tecnologias em saúde e/ou enfermagem; neonatologia; segurança do paciente.	() sim () não Especificar:
Artigo/livro/capítulo publicado em periódico indexado sobre validação de instrumento.	() sim () não
Participação de pesquisas envolvendo tecnologias em saúde e/ou enfermagem; neonatologia; segurança do paciente; validação de instrumento.	() sim () não Especificar:
Áreas de pesquisa/estudo:	
Trabalho atualmente como:	
Prática assistencial em neonatologia	() sim () não
Tempo de prática em neonatologia	
Experiência assistencial envolvendo neonatologia e/ou segurança do paciente	() sim () não

Fonte: própria pesquisadora.

APÊNDICE J – Formulário de avaliação dos atributos do *checklist*

Neste julgamento pretende-se avaliar os itens que compõem o *checklist* que se pretende validar. Por favor, opine de acordo com o grau de concordância.

Quadro de definição dos atributos

ATRIBUTOS	DEFINIÇÃO
Objetividade	O item deve permitir uma resposta certa ou errada.
Clareza	Está descrito de forma clara, de fácil compreensão; com frases simples e inequívocas
Simplicidade	Um item deve expressar uma única ideia.
Relevância	Cada item deve ter pertinência para o qual se pretende avaliar/medir.

Fonte: Pasquali (1994).

Respostas relativas à concordância com cada atributo*

	SIM (1)	NÃO (2)	NÃO SEI OPINAR (0)
Objetividade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simplicidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SUGESTÕES

--

ANEXO A – Termo de Anuência da Instituição

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos que a pesquisadora **Mychelangela de Assis Brito** está autorizado a realizar no Hospital Regional Tiberio Nunes a pesquisa “**Elaboração e Validação de um Checklist para Promoção da Comunicação efetivas para Segurança do Recém-nascido Hospitalizado**” sob a responsabilidade da orientadora Pro^{fa}. Dra Silvana Santiago da Rocha.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente Projeto de Pesquisa, dispondo de infraestrutura necessária para a realização da mesma.

A aceitação está condicionada ao cumprimento pelos pesquisadores dos requisitos da Resolução CNS nº 486/12, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa, bem como apresentar cópia do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e um relatório do trabalho final ao Núcleo de Educação Permanente de Saúde (NEPS) desta instituição.

Floriano, 11 de março de 2021.


Merylene dos Santos Ferreira
Coordenadora de NEPS / HRTN
CPF: 06.106.003-80

MERYLENE DOS SANTOS FERREIRA
COORDENADORA DO NEPS. 4


David Teles Bastião
Diretor Geral HRTN

DAVID TELES BASTIÃO
DIRETOR GERAL DO HRTN

Hospital Regional Tiberio Nunes
Rua Gabriel Ferreira SN- Manguiha
648000-275 Floriano-PI
Telefone: (89) 3522 – 1333

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ/CAMPUS AMILCAR
FERREIRA SOBRAL - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM CHECKLIST SOBRE COMUNICAÇÃO EFETIVA PARA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO RECÉM-NASCIDO

Pesquisador: silvana santiago da rocha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44791121.3.0000.5660

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - Campus Amílcar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.633.941

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa metodológica, desenvolvida em três etapas: (1) construção do checklist, norteada por uma revisão integrativa, com a finalidade de identificar os indicadores empíricos pertinentes para elaboração dos itens do checklist (nesta etapa os enfermeiros que trabalham nas Unidades Neonatal (UN) do Hospital Regional Tiberio Nunes (HRTN) também serão convidados a participar para que, através da experiência desses profissionais, seja realizada a elaboração da primeira versão do checklist); (2) validação de conteúdo por juizes especialistas; e (3) usabilidade e aplicabilidade do checklist na UN do HRTN. Os participantes da etapa (1) e (3) serão enfermeiros que atuam na UN do HRTN e que exercem suas atividades diretamente com o recém-nascido (RN). Os participantes da etapa (2) serão juizes especialistas, selecionados por meio de amostragem de rede ou bola de neve, através da Plataforma Latites, com vistas a elencar doutores/mestres docentes e/ou pesquisadores baseando-se na experiência clínica e atuação em projetos de pesquisa, publicações científicas relevantes e atuação em outros campos na área de estudo nas seguintes temáticas: neonatologia, terapia intensiva neonatal, tecnologias em saúde e/ou enfermagem, segurança do paciente e estudos de validação. Conforme cronograma apresentado, a coleta de dados da etapa (1) ocorrerá entre junho e julho de 2021, e envolverá uma revisão integrativa associada a realização de reuniões, que poderão ser online, devido a pandemia do Novo Coronavírus, porém, na necessidade de realização de encontros presenciais, a pesquisadora refere que utilizará todos os equipamentos de proteção individual (gomo, avental descartável).

Endereço: Campus Amílcar Ferreira Sobral, BR 343, KM 3,3

Bairro: Itaipé

CEP: 64.049-500

UF: PI

Município: FLORIANO

Telefone: (66)3522-4019

E-mail: cepceh@ufpi.edu.br

máscara cirúrgica e/ou N95, face shields) necessários para estar com os profissionais in loco. Estas reuniões visam a elaboração do plano de atividades que serão desenvolvidas nesta fase – elaboração do checklist (primeira versão), aplicação na prática profissional para ajuste dos itens, melhorias no checklist (segunda versão) para que esta versão seja validada na próxima fase do estudo por juízes especialistas. A etapa (2) ocorrerá entre julho e agosto de 2021, quando será realizado de forma online, o envio da carta convite, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), instrumento de caracterização dos juízes, checklist construído, formulário de pontuação para permanência do item e de avaliação dos atributos do checklist. Para conhecer o grau de conformidade, será utilizado uma escala do tipo Likert. A pesquisadora ressalta que será disponibilizado aos juízes um período de 15 dias para a devolução do material encaminhado e lembretes, via e-mail, os quais serão encaminhados dois dias antes do final do prazo. A etapa (3) será realizada em agosto de 2021, quando será dada início à verificação de sua inteligibilidade e operacionalidade, possibilitada com a aplicação do checklist pelos enfermeiros que compõe o quadro de funcionários da UN do HRTM e que exercem suas atividades diretamente com o RN, sendo possível o relato das dificuldades encontradas e de sugestões que tomem o instrumento viável, adaptado ao cotidiano e realidade desses profissionais. Para a avaliação da operacionalidade do instrumento será solicitado que os enfermeiros formalizem o seu aceite para participar do estudo com a leitura e assinatura do TCLE. Serão dadas orientações acerca do preenchimento do checklist e uma ficha de avaliação que contempla o registro do tempo de preenchimento do checklist, a apresentação dos itens do checklist, dúvidas e dificuldades encontradas durante a aplicação do checklist, e sugestões para melhoria do checklist, conforme instrumento elaborado pela pesquisadora para esta finalidade. A análise estatística de concordância do checklist será feita através do coeficiente de Kappa, que é utilizado para descrever a intensidade de concordância entre os juízes. Os dados de caracterização dos juízes serão reunidos e analisados por meio do Excel e apresentados em quadros e tabelas. Os dados obtidos da avaliação de cada juiz serão analisados por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) que é útil para quantificar a extensão de concordância entre os especialistas. Para avaliar o checklist como um todo, será utilizado uma das formas de cálculo recomendada por Polit e Beck (2006), na qual o somatório de todos os IVC calculados separadamente é dividido pelo número de itens do instrumento. Serão atendidas todas as exigências das Diretrizes e Normas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Tamanho da Amostra no Brasil: 30.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Campus Amílcar Ferreira Sobral, BR 243, KM 3,5
Bairro: São João CEP: 64.049-550
UF: PI Município: FLORIANO
Telefone: (86)3532-4019 E-mail: ospcefs@ufpi.edu.br

Contribuição do Pesquisador: 4.633,99 R\$

- Desenvolver um checklist sobre comunicação efetiva para promoção da segurança do recém-nascido hospitalizado.

Objetivos Secundários:

- Construir um conjunto de indicadores acerca da comunicação efetiva para promoção da segurança do recém-nascido hospitalizado para composição do checklist;

- Realizar a validação de conteúdo do checklist;

- Verificar a inteligibilidade e operacionalidade do instrumento;

- Verificar se o checklist proposto é considerado útil para promover uma comunicação eficaz na Unidade Neonatal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Em relação aos riscos previsíveis associados à consecução do estudo, a pesquisadora elenca que os participantes poderão se sentir constrangidos com relação aos questionamentos que lhes serão feitos, exposição da imagem, exposição de informações pessoais, bem como poderão temer que as informações fornecidas por eles se tornem de conhecimento público. Para evitá-los, a pesquisadora assume o compromisso ético de garantir a confidencialidade de dados, permitindo o sigilo e o anonimato dos participantes que poderiam de certa forma, identificar os sujeitos, tomando público aqueles que contemplam os objetivos da pesquisa com o poder de contribuir para a discussão e aprofundamento da temática abordada, utilizando-se, para isso, números arábicos em todos os documentos, além da garantia do seu arquivamento em local apropriado. Além disso, a pesquisadora prevê que alguns participantes podem se sentir cansados ao participar da etapa de construção dos itens do checklist (que dependerá de reuniões periódicas com os enfermeiros) ou no processo de validação, ao preencher os instrumentos de avaliação. Para evitá-lo, garante a liberdade no processo avaliativo, e refere que será disponibilizado o tempo que se fizer necessário para preencher o instrumento de avaliação, no lugar que o participante preferir e reenviar quando puder, desde que essa resposta não ultrapasse 15 dias, pois inviabiliza o andamento do estudo. A pesquisadora destacou também que, devido às limitações dos meios eletrônicos e tecnologias midiáticas, que serão utilizadas na etapa de validação com os juízes especialistas, este prazo poderá ser ampliado, tendo, portanto, a pesquisadora, a obrigatoriedade de enviar e-mails individuais de lembretes, caso o prazo se esgote. Será também esclarecido que somente a pesquisadora e sua orientadora terão acesso às informações dos participantes em todas as etapas. Ademais, será explicado a possibilidade de interrupção da participação a qualquer momento que os participantes julgarem necessário.

Benefícios: O estudo apresentará benefícios diretos aos participantes, pois as pesquisadoras

Endereço: Campus Amílcar Ferreira Sobral, BR 343, RM 3.5

Bairro: Melaújo

CEP: 64.040-000

UF: PI

Município: FLORIANO

Telefone: (88)3533-6510

E-mail: capcoll@ufpi.edu.br

Continuação do Parecer: 4.622/2017

apresentarão um checklist válido que tem o objetivo de melhorar a comunicação entre os profissionais que prestam cuidados aos RN nas Unidades Neonatal, evitando ou minimizando os eventos adversos decorrentes de falhas na comunicação. Dentre os benefícios posteriores, as pesquisadoras destacam a contribuição para maiores discussões acerca do tema. Para tal, enfatizam o previsto na Resolução nº 580/2018, referindo que será realizado um encontro com os profissionais de saúde que prestam serviços na Unidade Neonatal do HRTN no município de Floriano-PI, para apresentação do relatório final de pesquisa (BRASIL, 2018).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A análise documental e apreciação ética da pesquisa foram realizadas. O projeto é relevante, bem elaborado e apresenta uma adequada revisão de literatura sobre o tema. A metodologia está clara constando tipo de estudo, local de estudo, sujeitos da pesquisa, instrumentos e procedimentos para coleta de dados, análise e interpretação dos dados e aspectos éticos e legais da pesquisa. Deste modo, mostra-se adequado do ponto de vista metodológico, e, portanto, útil e eticamente aceitável. A privacidade e a confidencialidade da pesquisa estão asseguradas pelo compromisso das pesquisadoras em utilizar os dados coletados apenas para os fins propostos no protocolo, mantendo-os em local seguro por um período mínimo de 5 anos. Os custos demandados pela pesquisa serão de responsabilidade dos pesquisadores. O coordenador da pesquisa tem formação na área de neonatologia e segurança do paciente e desenvolve pesquisas na temática de modo consistente e frequente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pesquisadoras apresentaram a documentação obrigatória, conforme exigência desse Comitê de Ética em Pesquisa.

Recomendações:

- Esclarecer as etapas de coleta de dados no Método;
- Adequar Cronograma para esclarecer a realização da etapa (3).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais e critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço:	Campus Amílcar Ferreira Sobral, BR 343, KM 3,5		
Bairro:	Metópolis	CEP:	64.040-020
UF:	PI	Município:	FLORIANO
Telefone:	(88)3523-6016	E-mail:	cep@ufpi.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ/CAMPUS AMÍLCAR
FERREIRA SOBRAL - UFPI



Contribuição do Pesquisador: 4.633.661

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB INFORMações BÁSICAS DO PROJETO_1720218.pdf	23/03/2021 11:05:37		Acerto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_tese.pdf	23/03/2021 11:05:07	silvana santiago da rocha	Acerto
Declaração de Pesquisadores	Declaraçao_dos_Pesquisadores.pdf	23/03/2021 11:04:52	silvana santiago da rocha	Acerto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Etapa_de_usabilidade_e_aplicabilidade_do_checklist.pdf	23/03/2021 11:04:40	silvana santiago da rocha	Acerto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_juizes_especialistas.pdf	23/03/2021 11:04:27	silvana santiago da rocha	Acerto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Etapa_de_Construcao_do_Checklist.pdf	23/03/2021 11:04:07	silvana santiago da rocha	Acerto
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada.pdf	18/03/2021 13:27:49	silvana santiago da rocha	Acerto
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	18/03/2021 11:54:29	silvana santiago da rocha	Acerto
Outros	Portucao_de_indicacao_de_permanencia_do_item_do_checklist.pdf	18/03/2021 11:54:00	silvana santiago da rocha	Acerto
Outros	Solicitacao_de_autorizacao_institucional.pdf	18/03/2021 11:53:15	silvana santiago da rocha	Acerto
Outros	Lattes_Silvana.pdf	18/03/2021 11:51:45	silvana santiago da rocha	Acerto
Outros	Lattes_Myhelangela.pdf	18/03/2021 11:51:23	silvana santiago da rocha	Acerto
Outros	Instrumento_para_Avaliacao_da_Operacionalidade_do_checklist.pdf	18/03/2021 11:51:02	silvana santiago da rocha	Acerto
Outros	Instrumento_de_Caracterizacao_dos_Juizes_Especialistas.pdf	18/03/2021 11:50:24	silvana santiago da rocha	Acerto
Outros	Guideline.pdf	18/03/2021 11:49:21	silvana santiago da rocha	Acerto
Outros	Formulario_de_avalicao_dos_tributos_do_checklist_construido.pdf	18/03/2021 11:49:04	silvana santiago da rocha	Acerto
Outros	Carta_convito_para_a_participacao_dos_juizes_na_validacao_do_checklist.pdf	18/03/2021 11:43:38	silvana santiago da rocha	Acerto
Outros	Carta_de_Encaminhamento.pdf	18/03/2021 11:43:17	silvana santiago da rocha	Acerto
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	18/03/2021 11:16:28	silvana santiago da rocha	Acerto

Endereço: Campus Amílcar Ferreira Sobral, BR 343, KM 3,9

Bairro: Meladão CEP: 64.049-550

UF: PI Município: FLORIANO

Telefone: (86)3522-4010 E-mail: cepcats@ufpi.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ/CAMPUS AMÍLCAR
FERREIRA SOBRAL - UFPI



Continuação do Parecer: 1.633.891

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_da_auencia_institucional.pdf	18/03/2021 11:15:55	silvana.santiago.da.rocha	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	18/03/2021 11:15:16	silvana.santiago.da.rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANO, 07 de Abril de 2021

Assinado por:
AMANDO OLIVEIRA MATIAS
(Coordenador(a))

Endereço: Campus Amílcar Ferreira Sobral, BR 343, KM 3,5
Bairro: Meladão CEP: - 64.069-550
UF: PI Município: FLORIANO
Telefone: (88)3522-9110 E-mail: cnpesf@ufpi.edu.br