



ISSN 2674-8169



Qualis B3

2021-2024

Latindex



DOI

Google
Acadêmico

Checklist para segurança do recém-nascido em sala de parto: Revisão Integrativa de Literatura com Proposição de Recomendações para a Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE

Tatielle Maria Gonçalves¹; Emanuela Passos da Gama²



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n8p437-457>

Artigo recebido em 10 de Julho e publicado em 10 de Agosto de 2026

ARTIGO DE REVISÃO

RESUMO

Introdução: A segurança do paciente constitui um dos principais indicadores da qualidade assistencial, especialmente no período neonatal imediato, quando erros ou condutas descoordenadas podem resultar em desfechos desfavoráveis. Nesse contexto, a síntese das evidências científicas pode subsidiar a elaboração de um checklist para a assistência neonatal em sala de parto, adaptado à realidade institucional e complementar aos instrumentos já existentes. **Objetivo:** Desenvolver um checklist para a assistência neonatal em sala de parto, adaptado à realidade institucional da Santa Casa de Misericórdia de Sobral e fundamentado nas melhores evidências científicas disponíveis. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura, desenvolvida entre junho e julho de 2026, nas bases PubMed/MEDLINE e Embase, utilizando a estratégia PICO modificada. Após a síntese das evidências, os itens identificados foram agrupados por categorias temáticas e comparados às recomendações mais atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria, permitindo a elaboração de um checklist adaptado às rotinas assistenciais da instituição. **Resultados e Discussão:** Foram incluídos 9 estudos publicados entre 2021 e 2025, além de três documentos da Sociedade Brasileira de Pediatria utilizados como referência técnica. As evidências demonstraram que a qualidade da assistência neonatal está diretamente relacionada à utilização de protocolos validados, à preparação da equipe e da sala de parto, à disponibilidade de recursos humanos e materiais, à comunicação efetiva, à liderança, ao treinamento contínuo e à padronização das condutas. Com base nesses achados, foi adaptado um checklist organizado em três etapas: preparação da equipe; preparação da sala de parto e dos materiais; e registro de melhoria contínua da assistência. **Conclusão:** A adaptação de um checklist fundamentado em evidências científicas e nas recomendações da

¹ Médica Residente de Pediatria da Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE.

² Médica Pediatra. Preceptora do Serviço de Pediatria da Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE.

Sociedade Brasileira de Pediatria constitui uma estratégia promissora para padronizar a assistência neonatal e fortalecer a segurança do paciente em sala de parto.

Palavras-chave: Reanimação neonatal. Segurança do paciente. Checklist.

ABSTRACT

Introduction: Patient safety is one of the main indicators of healthcare quality, particularly during the immediate neonatal period, when errors or uncoordinated practices may lead to unfavorable outcomes. In this context, the synthesis of scientific evidence can support the development of a checklist for neonatal care in the delivery room, adapted to the institutional setting and complementary to existing instruments.

Objective: To develop a checklist for neonatal care in the delivery room, adapted to the institutional reality of Santa Casa de Misericórdia de Sobral and based on the best available scientific evidence.

Methods: An integrative literature review was conducted between June and July 2026 using the PubMed/MEDLINE and Embase databases, following a modified PICO strategy. After evidence synthesis, the identified items were grouped into thematic categories and compared with the most recent recommendations of the Brazilian Society of Pediatrics, enabling the development of a checklist adapted to the institution's clinical routines.

Results and Discussion: Nine studies published between 2021 and 2025 were included, along with three documents from the Brazilian Society of Pediatrics used as technical references. The evidence demonstrated that the quality of neonatal care is directly associated with the use of validated protocols, preparation of the healthcare team and delivery room, availability of human and material resources, effective communication, leadership, continuous training, and standardized clinical practices. Based on these findings, a checklist was developed and organized into three stages: team preparation; preparation of the delivery room and materials; and continuous quality improvement documentation.

Conclusion: The adaptation of a checklist based on scientific evidence and the recommendations of the Brazilian Society of Pediatrics represents a promising strategy to standardize neonatal care and strengthen patient safety in the delivery room.

Keywords: Neonatal resuscitation. Patient safety. Checklist.

Instituição afiliada – Universidade Federal do Ceará / Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Autor correspondente: Tatielle Maria Gonçalves; e-mail: tatiellegoncalves@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um conceito que tem se tornado cada vez mais difundido e relevante, uma vez que objetiva reduzir riscos e minimizar danos evitáveis por meio da priorização do cuidado integral ao paciente (Macedo; Calvo, 2025).

Nessa perspectiva, no âmbito da assistência ao parto, a segurança do paciente deve ser compreendida como um pilar central e um importante indicador da qualidade assistencial, visto que o binômio materno-fetal pode ser afetado por intercorrências evitáveis quando medidas de segurança não são adotadas de forma adequada. Em contrapartida, a ausência ou a inadequada implementação dessas medidas pode resultar em danos irreparáveis (Shinkai, 2024).

Notadamente, apesar da ampla disponibilidade de informações acerca das condutas recomendadas e daquelas que devem ser evitadas no período neonatal imediato, sabe-se que muitas delas ainda carecem de validação científica ou não são plenamente exequíveis em contextos assistenciais com recursos limitados (Cruz, 2019). Dessa forma, sempre que possível, as práticas baseadas em evidências científicas devem ser conciliadas com os recursos disponíveis nas unidades de saúde (Pedreira; Belela-Anacleto, 2025).

Nessa perspectiva, com o intuito de garantir a segurança da puérpera e do neonato, é fundamental compreender que o período neonatal imediato representa uma fase crítica, na qual erros ou condutas descoordenadas podem culminar em desfechos desfavoráveis, contribuindo para o aumento da morbimortalidade neonatal (Malveira *et al.*, 2026).

Sob esse prisma, com a finalidade de padronizar o cuidado assistencial, diversos checklists para sala de parto foram desenvolvidos e submetidos à validação científica como estratégia para potencializar a comunicação entre os profissionais de saúde e promover um fluxo assistencial organizado, composto por etapas previamente definidas, capazes de aprimorar a organização do serviço e, consequentemente, fortalecer a segurança do binômio mãe-bebê (Bennet *et al.*, 2016).

Em âmbito mundial, diversos estudos propõem checklists voltados à segurança

do paciente na sala de parto. Todavia, apesar da validação de diferentes instrumentos, ainda não há uma ferramenta única e padronizada que possa ser aplicada de forma universal aos distintos contextos socioassistenciais existentes (Ortiz-Movilla *et al.*, 2024). Além disso, a maior parte desses checklists apresenta enfoque predominantemente obstétrico, contemplando principalmente as etapas relacionadas ao trabalho de parto e ao parto propriamente dito (Fraga *et al.*, 2018), enquanto os cuidados imediatos ao recém-nascido recebem menor detalhamento e sistematização (Franchi *et al.*, 2020).

No Brasil, país de dimensões continentais, observam-se importantes diferenças entre os contextos assistenciais, tanto entre as diferentes regiões geográficas quanto dentro de uma mesma região. A disponibilidade de equipes multiprofissionais completas, com médicos obstetras, neonatologistas e demais profissionais capacitados, ainda não constitui uma realidade uniforme em todo o território nacional. Nessa perspectiva, é imprescindível que estratégias voltadas à segurança dos pacientes sejam adaptadas às diferentes características e necessidades específicas de cada serviço (Leal; Vilela, 2019).

Sob essa óptica, o município de Sobral, situado na região Norte do estado do Ceará e com população superior a 200 mil habitantes, constitui referência para 55 municípios da macrorregião de saúde. Nesse contexto, destaca-se a Santa Casa de Misericórdia de Sobral, hospital de referência regional e hospital-escola, que desempenha papel essencial na formação de estudantes de Medicina e de médicos residentes de diversas especialidades, incluindo Pediatria.

Nessa seara, uma vez que a execução dos checklists na sala de parto frequentemente envolve a equipe de enfermagem, torna-se igualmente relevante o desenvolvimento de um instrumento que contemple, de forma sistemática, as atribuições médicas referentes à assistência neonatal, de modo a padronizar condutas e a favorecer o processo de ensino-aprendizagem, bem como potencializando a integração entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado ao recém-nascido (Brasil, 2013).

Diante desse cenário, a síntese das evidências científicas disponíveis pode subsidiar a elaboração e o aprimoramento de um checklist direcionado à assistência ao



recém-nascido na sala de parto, adaptado à realidade institucional e complementar aos instrumentos já existentes. Além de fortalecer a segurança do paciente neonatal, essa ferramenta poderá contribuir para a qualificação da prática clínica, da formação de estudantes e residentes e da comunicação entre os membros da equipe multiprofissional (Bennet *et al*, 2016).

Assim, considerando o papel da Santa Casa de Misericórdia de Sobral como hospital de referência da macrorregião Norte do Ceará e hospital-escola, este estudo tem como objetivo desenvolver um checklist para a assistência neonatal em sala de parto, adaptado à realidade institucional e fundamentado nas melhores evidências científicas disponíveis, visando padronizar condutas, qualificar a assistência e fortalecer a segurança do paciente.

METODOLOGIA

Foi empreendida uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida entre os meses de junho e julho de 2026, seguindo as etapas delineadas por Souza, Silva e Carvalho (2010), que compreendem a elaboração da pergunta norteadora, a busca na literatura, a coleta de dados, a análise crítica, a discussão dos resultados e a apresentação da revisão.

A pergunta norteadora foi formulada com base na estratégia PICo modificada, na qual cada letra possui um significado específico. Nesse contexto, P relaciona-se à população do estudo, I ao fenômeno de interesse e Co ao contexto (Hosseini et al., 2024). Assim, para melhor compreensão dos elementos constituintes da pergunta norteadora, apresenta-se o Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição da estratégia PICo utilizada na pesquisa

Estratégia	Elementos	Descrição
P	População	Recém-nascidos em sala de parto
I	Fenômeno de Interesse	Práticas assistenciais relacionadas à preparação para o nascimento e à reanimação neonatal
Co	Contexto	Assistência neonatal em sala de parto.

Fonte: elaborado pelas autoras (2026).

A partir desses elementos foi construída a pergunta norteadora: quais práticas assistências, manifestadas por recomendações, protocolos, bundles e checklists descritos na literatura científica, podem subsidiar a elaboração de um checklist para a assistência neonatal em sala de parto, com ênfase na reanimação neonatal e na segurança do paciente?

As buscas dos materiais foram realizadas em duas etapas. Inicialmente, foram consultadas as bases de dados PubMed/MEDLINE e Embase, devido à sua abrangência e relevância de publicações na área da saúde.

A estratégia de busca compreendeu a utilização de descritores padronizados da *Medical Subject Headings* (MeSH), além de termos livres relacionados à assistência neonatal em sala de parto, combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, com o objetivo de ampliar a sensibilidade da busca. Para melhor compreensão da estratégia utilizada, apresenta-se o Quadro 2.

Quadro 2 – Descrição da estratégia PICO utilizada na pesquisa

Componente (PICO)	Descritores/Palavras-chave
População (P)	"Infant, Newborn"[Mesh] OR newborn*
Fenômeno de Interesse (I)	"Resuscitation"[Mesh] OR "Neonatal Resuscitation" AND ("Checklist" OR "Check Lists"[Mesh] OR bundle OR protocol)
Contexto (Co)	"Delivery Room" OR "Delivery Rooms"[Mesh] OR "Delivery room care"

Fonte: elaborado pelas autoras (2026).

Para a seleção de estudos fundamentados nas melhores evidências científicas disponíveis, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão.

Como critérios de inclusão, adotou-se o recorte temporal dos últimos cinco anos, além de artigos publicados nos idiomas inglês ou português, disponíveis na íntegra. Foram excluídos desta revisão relatos de caso, resumos de congressos e materiais que não apresentavam relação direta com o escopo deste estudo.

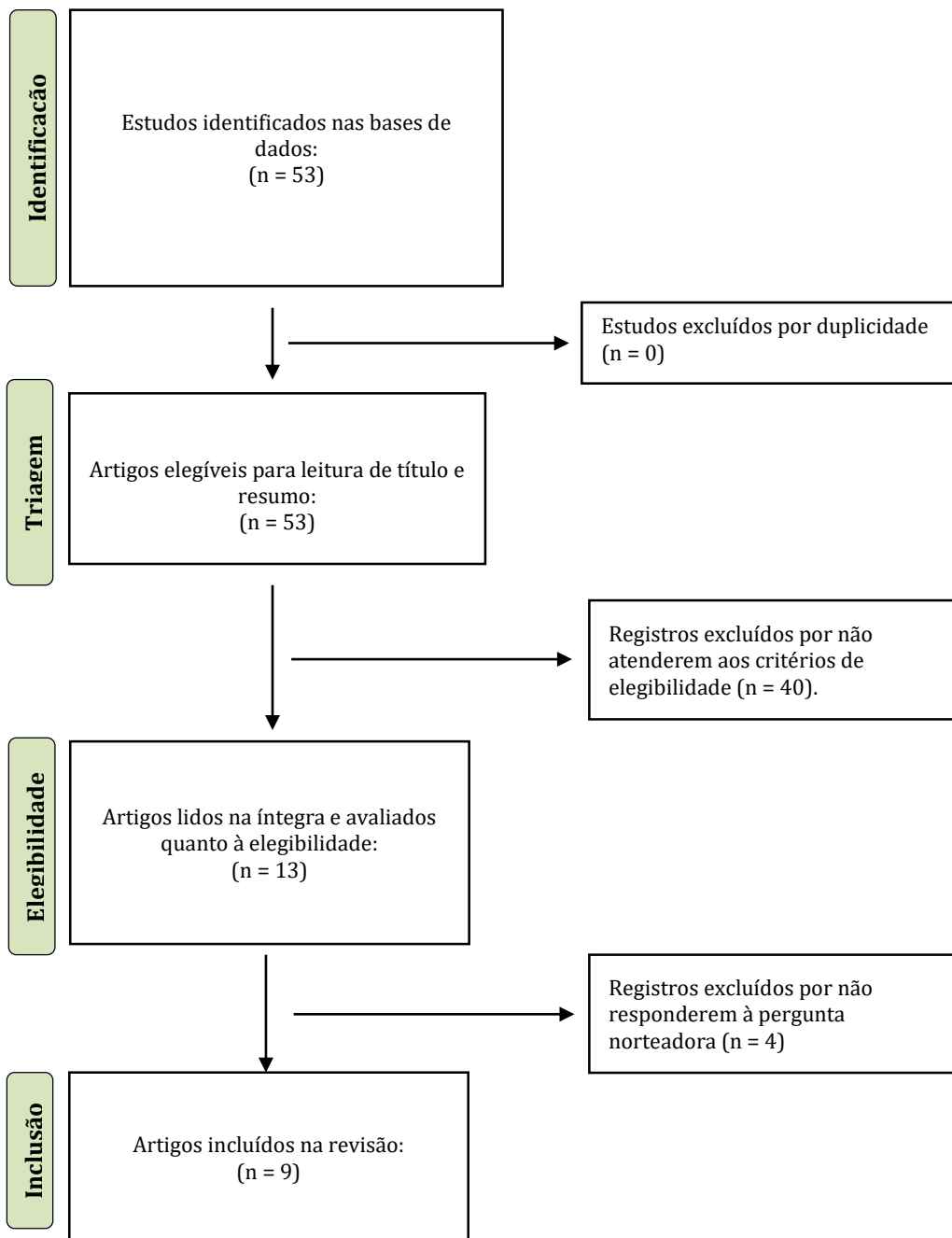
Após a realização das buscas nas bases de dados, os registros foram exportados para o *software Rayyan*, onde foi realizada a identificação e remoção das duplicidades. Em seguida, procedeu-se à leitura exploratória dos títulos e resumos. Os estudos que apresentavam relação com o objetivo da pesquisa foram selecionados para leitura na íntegra, enquanto os demais foram excluídos por não atenderem aos critérios estabelecidos.

Após a leitura integral, foram excluídos os estudos que apenas tangenciavam o tema ou o abordavam de forma indireta, sem contribuir para o escopo desta revisão. Por fim, após a inclusão definitiva dos estudos, realizou-se a leitura das referências dos artigos selecionados, com o objetivo de identificar publicações adicionais potencialmente elegíveis.

Após a síntese das evidências, os itens identificados foram agrupados por categorias temáticas e comparados às recomendações mais atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria (Programa de Reanimação Neonatal), permitindo a elaboração de um checklist adaptado às rotinas assistenciais da Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

RESULTADOS

Figura 1 – Percurso metodológico para seleção de dados



Fonte: elaborado pelas autoras (2026)

Foram incluídos 9 estudos publicados entre 2021 e 2025, provenientes de diferentes países, com predominância de pesquisas voltadas à melhoria da qualidade da assistência neonatal, avaliação da qualidade da reanimação, adesão às diretrizes e

desenvolvimento de ferramentas para padronização da assistência. Além desses estudos, foram incorporados três documentos da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), utilizados como referência técnica para subsidiar a adaptação do checklist.

DISCUSSÃO

A importância da padronização da assistência

Os estudos incluídos nesta revisão permitem afirmar que a qualidade da assistência neonatal está diretamente relacionada à utilização de protocolos validados, os quais permitem a padronização das atividades e o estabelecimento de um fluxo em cadeia, seguindo etapas executadas e checadas quase que simultaneamente, permitindo a correção de erros e, conseqüentemente, melhorando a qualidade da assistência neonatal (Alizadeh, 2025).

Além disso, consoante Whitesel et al. (2022), muito embora já existam algoritmos padronizados e validados, a mera existência de protocolos não garante, por si só, a qualidade da assistência. Isso porque, sobretudo no que concerne à reanimação neonatal, trata-se de um processo intenso e dinâmico, o qual deve ser previamente preparado e testado, visto que a tomada de decisões deve ser rápida e orquestrada para o alcance de desfechos ótimos.

Nesse contexto, diferentemente de protocolos extensos, o checklist constitui uma ferramenta operacional que permite a verificação sistemática das etapas críticas da assistência, reduzindo omissões e favorecendo a execução sequencial das condutas recomendadas (Marsubrin, 2025).

A importância da implementação de checklists é corroborada por Guta (2021), que apresenta dados alarmantes ao apontar que 650 mil recém-nascidos vão a óbito ainda no primeiro dia de vida devido a complicações de asfixia perinatal. Notadamente, o prognóstico está intrinsecamente relacionado à qualidade da assistência prestada.

Nessa perspectiva, Ortiz-Movilla et al. (2022) chamam atenção para a necessidade de compreender que a qualidade da reanimação não se restringe apenas às ações executadas durante as manobras de ressuscitação. Ao contrário, os autores postulam que a qualidade da reanimação é multifacetada, sendo fruto da combinação de instrumentos distintos, porém harmônicos entre si, concatenados em uma cadeia de

eventos que necessariamente passa por treinamento periódico e contínuo, comunicação efetiva, liderança, debriefing, auditoria e monitoramento de indicadores.

Ocorre, porém, que, para o alcance de desfechos satisfatórios, os checklists a serem seguidos devem obter adesão das equipes de saúde. Essa adesão, por seu turno, relaciona-se à adaptação dos instrumentos às realidades institucionais de cada serviço assistencial, uma vez que não se pode esperar aderência a condutas impraticáveis por falta de material, por exemplo (Stephens *et al.*, 2023).

Nesse contexto, estudo observacional empreendido por Salia *et al.* (2025) buscou avaliar a adesão dos profissionais de saúde às diretrizes de reanimação neonatal praticadas em Gana. As etapas observadas compreenderam desde a preparação do material, passando pelas etapas iniciais da reanimação neonatal e pelo desempenho durante as manobras de ressuscitação com ventilação por pressão positiva. Além disso, foi avaliada a adesão às técnicas de prevenção e controle de infecções.

Esse roteiro empreendido por Salia *et al.* (2025) baseou-se em diretrizes de reanimação neonatal e em estudos multicêntricos desenvolvidos em países como Nepal e Quênia, bem como em estudos relacionados ao aprimoramento das técnicas de cuidados neonatais em Gana, como o desenvolvido por Chinbuah *et al.* (2020), que integrou programas de cuidados neonatais e promoveu a capacitação de profissionais de saúde para a assistência ao recém-nascido.

De maneira geral, as evidências convergem para a necessidade de que os cuidados neonatais sejam padronizados, o que demanda o uso de instrumentos validados. Dados do estudo de Salia *et al.* (2025), no entanto, evidenciaram que apenas 53% dos participantes incluídos demonstraram adesão considerada ótima, ao passo que 33% aderiram moderadamente às recomendações e 11% apresentaram baixa adesão.

Isso demonstra, portanto, a necessidade de construção de instrumentos que não apenas estabeleçam o que deve ser feito, mas que também considerem as variáveis locais e institucionais. Além disso, tais instrumentos devem contemplar recomendações específicas acerca da necessidade de capacitação profissional contínua, com treinamentos, auditorias e monitoramento de indicadores (Leeman *et al.*, 2023).

Preparação da equipe e da sala de parto

A assistência na sala de parto pressupõe, de início, uma equipe capacitada, pronta para assumir as responsabilidades e os riscos inerentes aos cuidados assistenciais. Todavia, por maior que seja a capacitação profissional, é imprescindível que o serviço responsável pela assistência disponha de recursos materiais adequados e previamente testados para a condução segura do atendimento, bem como realize a avaliação e a preparação de toda a sala de parto (Whitesel et al., 2022).

Nessa perspectiva, estudo empreendido por Alizadeh et al. (2025) realizou um levantamento nacional no Irã com o objetivo de avaliar a estrutura destinada à reanimação neonatal, considerando os recursos humanos e materiais disponíveis para a assistência. Os autores evidenciaram que apenas 32,2% dos hospitais incluídos contavam com médico neonatologista na equipe.

A importância desse achado associa-se ao fato de a mortalidade neonatal apresentar relação direta com o treinamento obrigatório da equipe em reanimação neonatal, a presença de unidade de cuidados neonatais estruturada e a disponibilidade de médicos pediatras na equipe assistencial, sendo maior na ausência desses profissionais.

Isso se explica porque o período perinatal representa a fase de maior vulnerabilidade do recém-nascido, de modo que a presença de um profissional treinado e capacitado possibilita a identificação precoce de situações de risco, bem como o manejo oportuno de condições potencialmente fatais, como a asfixia neonatal (SBP, 2025).

Dado interessante observado por Alizadeh et al. (2025) é o fato de, no contexto iraniano, haver maior mortalidade neonatal em hospitais que dispõem de neonatologistas ou de residentes de Pediatria ou Neonatologia. Os autores atribuem esse achado ao encaminhamento dos casos mais graves para hospitais de ensino e centros de referência, que concentram equipes especializadas e, consequentemente, pacientes com maior risco de óbito.

Os autores ponderam, no entanto, que, mais importante do que a titulação do profissional responsável pela reanimação neonatal, é sua preparação, treinamento e experiência, seja ele médico ou outro profissional de saúde devidamente capacitado para essa assistência (Alizadeh et al., 2025). Esse achado reforça, mais uma vez, a

necessidade de investimento contínuo na capacitação das equipes (Whitesel et al., 2022).

No que se refere à preparação da sala de parto, os autores também chamam atenção para aspectos fundamentais, sobretudo por se tratarem de medidas relativamente simples de serem implementadas. Nessa perspectiva, o controle adequado da temperatura não estava disponível em 19,1% das instituições avaliadas. Dado ainda mais preocupante refere-se à indisponibilidade de equipamentos para monitorização dos sinais vitais, como o oxímetro de pulso e o monitor de eletrocardiograma, ausentes em 4,6% das instituições (Alizadeh et al., 2025).

Os autores elencam, ainda, a ausência de outros equipamentos indispensáveis aos cuidados de reanimação neonatal, como máscara laríngea, cateteres umbilicais e medicamentos previstos para utilização nessas situações. Logicamente, a indisponibilidade de equipamentos considerados críticos torna inviável a adequada execução das recomendações baseadas em evidências (Kitamura et al., 2022).

Nesse contexto, a utilização de um checklist pré-parto permite a verificação sistemática da disponibilidade dos recursos humanos, da funcionalidade dos equipamentos e da organização da equipe antes do nascimento, reduzindo falhas evitáveis e favorecendo uma assistência neonatal mais segura e padronizada.

Adaptação do checklist para a realidade institucional da Santa Casa de Misericórdia de Sobral

A partir das evidências identificadas nesta revisão e das recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) (Almeida; Guinsburg, 2026), procedeu-se à adaptação de um checklist para utilização na sala de parto da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. A construção do instrumento buscou contemplar as recomendações convergentes encontradas nos estudos analisados e nas diretrizes nacionais, preservando sua aplicabilidade à realidade institucional do serviço.

A adaptação não consistiu na modificação das recomendações técnicas preconizadas pela SBP, mas na reorganização e sistematização dos itens de acordo com o fluxo assistencial da instituição, incorporando aspectos identificados na literatura

como fundamentais para a qualidade da assistência neonatal, tais como a preparação da equipe, a definição prévia de funções, a verificação sistemática dos equipamentos e materiais, a organização da sala de parto e o fortalecimento da comunicação entre os profissionais.

o checklist foi organizado em três etapas sequenciais, correspondentes aos principais momentos da assistência neonatal em sala de parto:

- i) preparação da equipe;
- ii) preparação da sala de parto e dos materiais;
- iii) registro de melhoria contínua da assistência.

Quadro 4 – Etapa 1: Preparação da Equipe

Item	Verificação	Fundamentação
1.1 Composição da equipe	☐ Equipe de reanimação presente antes do nascimento.	SBP (2025); Alizadeh et al. (2025)
	☐ Pelo menos um profissional habilitado em reanimação neonatal presente.	SBP (2025); Alizadeh et al. (2025)
1.2 Definição de liderança	☐ Líder da reanimação previamente definido.	Ortiz-Movilla et al. (2022); Salia et al. (2025)
1.3 Distribuição das funções	☐ Funções de cada membro da equipe previamente definidas.	Salia et al. (2025); Whitesel et al. (2022)
	☐ Responsável pela ventilação identificado.	Salia et al. (2025)
	☐ Responsável pela monitorização identificado.	Salia et al. (2025)
	☐ Responsável pelo registro e apoio durante a reanimação identificado.	Salia et al. (2025)
1.4 Briefing pré-parto	☐ Informações obstétricas relevantes compartilhadas entre os membros da equipe.	Whitesel et al. (2022); Ortiz-Movilla et al. (2022)
	☐ Fatores de risco maternos e fetais discutidos.	Whitesel et al. (2022)
	☐ Necessidade prevista de reanimação discutida previamente.	Whitesel et al. (2022); Ortiz-Movilla et al. (2022)
1.5 Capacitação	☐ Equipe treinada nas recomendações vigentes de reanimação neonatal.	Chinbuah et al. (2020); Leeman et al. (2023); Alizadeh et al. (2025)

Fonte: elaborado pelas autoras (2026).

Quadro 5 – Etapa 2: Preparação da sala de parto e dos materiais

Categoria	Verificação	Fundamentação
2.1 Condições da sala	☐ Temperatura da sala entre 23–25 °C.	SBP (2026); Alizadeh et al. (2025); Kitamura et al. (2022)
	☐ Mesa de reanimação preparada e com acesso adequado.	SBP (2026)
	☐ Fontes de oxigênio, ar comprimido, blender, sistema de aquecimento/umidificação e aspirador testados e funcionantes.	SBP (2026); Alizadeh et al. (2025)
2.2 Manutenção da temperatura do recém-nascido	☐ Fonte de calor radiante ligada.	SBP (2026); Kitamura et al. (2022)
	☐ Materiais para prevenção da hipotermia disponíveis (campos estéreis, compressas, saco plástico, touca, colchão térmico e termômetro).	SBP (2026); Kitamura et al. (2022)
2.3 Avaliação e monitorização	☐ Estetoscópio neonatal disponível.	SBP (2026)
	☐ Oxímetro de pulso com sensor neonatal disponível e testado.	SBP (2026); Alizadeh et al. (2025)
	☐ Monitor cardíaco disponível e funcionando.	SBP (2026); Alizadeh et al. (2025)
2.4 Aspiração	☐ Sistema de aspiração testado e materiais disponíveis (sondas, dispositivo para aspiração de mecônio e seringas).	SBP (2026)
2.5 Ventilação e oxigenação	☐ Balão autoinflável e ventilador manual com peça-T disponíveis e testados.	SBP (2026); Alizadeh et al. (2025)
	☐ Máscaras faciais e máscara laríngea disponíveis em tamanhos adequados.	SBP (2026)
2.6 Via aérea	☐ Laringoscópio testado (lâminas, pilhas e lâmpadas).	SBP (2026)
	☐ Cânulas traqueais, detector colorimétrico de CO ₂ e materiais para fixação disponíveis.	SBP (2026)
2.7 Medicações e acesso vascular	☐ Adrenalina, solução fisiológica, seringas e demais materiais para administração de medicamentos disponíveis.	SBP (2026)
	☐ Material para cateterismo umbilical completo e organizado.	SBP (2026)
2.8 Outros materiais	☐ Materiais estéreis, equipamentos de proteção individual e instrumentos para o clampeamento do cordão disponíveis.	SBP (2026)
2.9 Transporte neonatal (quando indicado)	☐ Incubadora de transporte ligada e aquecida.	SBP (2026)
	☐ Fontes de oxigênio e ar comprimido, ventilador com peça-T e oxímetro conferidos.	SBP (2026)

Fonte: elaborado pelas autoras (2026).



Quadro 6 – Etapa 3: Registro de melhoria contínua da assistência

Item	Verificação	Fundamentação
Registro	☐ Registro completo da assistência realizado em prontuário.	Ortiz-Movilla et al. (2022)
Debriefing	☐ Debriefing realizado após a assistência, quando indicado.	Ortiz-Movilla et al. (2022)
Indicadores	☐ Evento registrado para monitoramento dos indicadores institucionais.	Ortiz-Movilla et al. (2022); Leeman et al. (2023)
Educação permanente	☐ Necessidade de treinamento identificada e comunicada, quando pertinente.	Leeman et al. (2023)

Fonte: elaborado pelas autoras (2026).



CONCLUSÃO

Conclui-se que a adaptação de um checklist fundamentado em evidências científicas e nas recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria constitui uma estratégia promissora para padronizar a assistência neonatal e fortalecer a segurança do paciente em sala de parto. Como limitação, destaca-se que o instrumento ainda não foi validado nem aplicado na prática assistencial. Assim, recomenda-se que estudos futuros avaliem sua validade, aplicabilidade e impacto na qualidade da assistência neonatal.

REFERÊNCIAS

ALIZADEH, P. *et al.* Assessment of equipment and human resources in a national survey of neonatal resuscitation in Iran. **Sci Rep.**, [s. l.], v. 16, n. 1, 2025. doi:10.1038/s41598-025-32553-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41422285/>. Acesso em: 02 ago. 2026.

ALMEIDA, M.; F.; B.; GUINSBURG, R. **Reanimação do recém-nascido <34 semanas em sala de parto**: diretrizes 2026 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: SBP, 2026. Disponível em: https://www.sbp.com.br/?acervo_download=1&post_id=62424&nonce=3541fd8d7f. Acesso em: 03 ago. 2026.

ALMEIDA, M.; F.; B.; GUINSBURG, R. **Reanimação do recém-nascido ≥34 semanas em sala de parto**: diretrizes 2026 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: SBP, 2026. Disponível em: https://www.sbp.com.br/?acervo_download=1&post_id=62422&nonce=6b07d1bac8. Acesso em: 03 ago. 2026.

BENNETT *et al.* Implementing Delivery Room Checklists and Communication Standards in a Multi-Neonatal ICU Quality Improvement Collaborative. **Jt Comm J Qual Patient Saf.**, [s. l.], v. 42, n. 8, p. 369-376, 2016. DOI: 10.1016/s1553-7250(16)42052-0. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27456419/>. Acesso em: 15 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). **Protocolo de prevenção de lesão por pressão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://www.me.ufrj.br/images/pdfs/vigilancia/nsp/protocolo_de_lvps.pdf. Acesso em: 20 jul. 2026.

CHINBUAH, M. A. *et al.* Scaling up Ghana's national newborn care initiative: integrating 'helping babies breathe' (HBB), 'essential care for every baby' (ECEB), and newborn 'infection prevention' (IP) trainings. **BMC Health Serv Res.**, [s. l.], v. 20, n. 1, 2020. doi:10.1186/s12913-020-05225-2. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7422609/>. Acesso em: 03 ago. 2026.

CRUZ, Z. V. **O ato de partejar**: memórias, saberes e práticas de parteiras tradicionais do sudoeste baiano. 2019. Tese (doutorado) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, [s. l.], 2019. Disponível em: <http://www2.uesb.br/ppg/ppgmls/wpcontent/uploads/2020/03/TESE-DE-ZORAIDE->



VIEIRA-CRUZ.pdf. Acesso em: 13 jul. 2026.

FRAGA, T. F. et al. Processo de enfermagem em centro obstétrico: perspectiva dos enfermeiros. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 27, n. 3, 2018. DOI: 10.1590/0104-070720180004600016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/TG5tCJBbFXB3hGS3n6bbYLF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 jul. 2026.

FRANCHI, Juliana Vicente de Oliveira; PELLOSO, Sandra Marisa; FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta; CARDELLI, Alexandrina Aparecida Maciel. Acesso aos cuidados no trabalho de parto e parto e a segurança para a saúde materna. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 28, p. e3292, 2020. DOI: 10.1590/1518-8345.3470.3292 . Disponível em: <https://revistas.usp.br/rlae/article/view/182497>. Acesso em: 20 jul. 2026.

GUTA, N. M. Application of Donabedian quality-of-care framework to assess quality of neonatal resuscitation, its outcome, and associated factors among resuscitated newborns at public hospitals of East Wollega zone, Oromia, Western Ethiopia, 2021. **BMC Pediatr.**, v. 22, n. 1, 2022. 18. doi:10.1186/s12887-022-03638-y. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36258182/>. Acesso em: 01 ago. 2026.

HOSSEINI, M. et al. Formulating research questions for evidence-based studies. **Elsevier**, [s. l.], v. 2, n. 1, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2023.100046>. Acesso em: 25 jul. 2026.

KITAMURA, T. *et al.* Early essential newborn care in national tertiary hospitals in Cambodia and Lao People's Democratic Republic: a cross-sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth.**, [s. l.], v. 22, n. 1, 2022. doi:10.1186/s12884-022-05056-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36195832/>. Acesso em: 03 ago. 2026.

LEEMAN, K. T. *et al.* Development and use of an infant resuscitation performance tool (Infra-RePT) to improve team performance. **Pediatr Res.**, [s. l.], v. 93, n. 1, p. 56-62, 2023. doi:10.1038/s41390-022-02097-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35568732/>. Acesso em: 02 ago. 2026.

LEAL, M. C.; VILELA, M. E. A. Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 35, n. 7, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00223018. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/6985/15194>. Acesso em: 15 jul. 2026.

MACEDO, T. R.; CALVO, M. C. M. Degree of implementation of patient safety in primary health care in three Brazilian capitals. **Cad Saude Publica.**, [s. l.], v. 41, n. 5, jun. 2025. doi:10.1590/0102-311XPT014824. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12212291/>. Acesso em: 09 jul. 2026.



MALVEIRA et al. Quality and Safety Indicators in Neonatal Care: An Integrative Review of Their Evolution. **Port J Public Health**, [s. l.], v. 44, n. 1, p. 66-84, 2025. DOI: 10.1159/000550584. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41835805/>. Acesso em: 14 jul. 2026.

ORTIZ-MOVILLA R. et al. Combined application of various quality assessment tools in neonatal resuscitation. **An Pediatr (Engl Ed)**, [s. l.], v. 97, n. 6, p. 405-414, 2022. doi:10.1016/j.anpede.2022.10.002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36257893/>. Acesso em: 02 ago. 2026.

ORTIZ-MOVILLA *et al.* What Is the Opinion of the Health Care Personnel Regarding the Use of Different Assistive Tools to Improve the Quality of Neonatal Resuscitation?. **Am J Perinatol.**, [s. l.] v. 41, n. 12, p. 1645-1651, 2024. DOI: 10.1055/a-2240-2094. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38190977/>. Acesso em: 14 jul. 2026.

PEDREIRA, M. L. G.; BELELA-ANACLETO, A. S. C. "Safe Care for Every Newborn and Child": Patient Safety as a Priority from the Start. **Rev Lat Am Enfermagem**, [s. l.], v. 33, n. 1, 2025. DOI: 10.1590/1518-8345.0000.4659. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12129444/>. Acesso em: 14 jul. 2026.

SALIA, S. M. *et al.* Adherence to guidelines on quality neonatal resuscitation practices among healthcare professionals in Ghana: an observational study. **BMJ Open.**, [s. l.], v. 15, n. 8, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40829831/>. Acesso em: 01 ago. 2026.

SHINKAI, Michelle Prudêncio. **Desenvolvimento de uma tecnologia para sistematização da assistência de enfermagem à mulher no trabalho de parto e parto**. 2022. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2024. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/78135>. Acesso em: 12 jul. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **A importância do pediatra na assistência perinatal**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2025. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24229e-NA-Almportancia_Pediatra_na_AssistPerinatal.pdf. Acesso em: 02 ago. 2026.

SOUZA, Marcela Tavares; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>. Acesso em: 25 jul. 2026.

STEPHENS, N. The availability and delivery of culturally responsive Australian Aboriginal infant resuscitation education programmes: a structured literature review. **Prim Health Care Res Dev.**, [s. l.], v. 24, n. 1, 2023. doi:10.1017/S1463423623000373. Disponível em:



<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37548185/>. Acesso em: 01 ago. 2026.

WHITESEL, E. et al. Quality improvement for neonatal resuscitation and delivery room care. **Semin Perinatol.**, [s. l.], v. 46, n. 6, 2022. doi:10.1016/j.semperi.2022.151629. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9124044/>.