

Artigo original

Construção e validação de um formulário para a transição de cuidados para o recém-nascido prematuro

Construction and validity of a form for transition of care for premature newborns

Construcción y validación de un formulario para la transición de la atención al recién nacido prematuro

José Matheus de Melo Santos ^I, Eliana Ofélia Llapa-Rodriguez ^I,
Maria do Socorro Claudino Barreiro ^I, Rosemar Barbosa Mendes ^I,
Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues ^{II}

^I Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, Sergipe, Brasil

^{II} Universidade Federal do Piauí, Florianópolis, Piauí, Brasil

Resumo

Objetivo: construir e validar um formulário para a transição de cuidados com o neonato prematuro. **Método:** estudo metodológico realizado em três etapas: levantamento do referencial teórico-metodológico, análise semântica e validação de conteúdo, baseado no Modelo de Construção de Instrumentos e utilizando o método de Delphi, sendo considerado aprovado quando o índice de validação de conteúdo foi maior que 80%. **Resultados:** o formulário composto por seis domínios foi aprovado após três rodadas, com 64 itens e alcançou uma aprovação média de 89%. **Conclusão:** o formulário de transição de cuidados foi validado quanto a face e conteúdo, disponibilizando uma nova tecnologia a ser utilizada para a transição de informações de forma padronizada e segura.

Descritores: Alta do Paciente; Continuidade da Assistência ao Paciente; Enfermagem Neonatal; Recém-Nascido Prematuro; Tecnologia Biomédica

Abstract

Objective: to construct and validate a form for transition of care for premature newborns. **Method:** a methodological study carried out in three steps: theoretical-methodological framework survey, semantic analysis and content validity, based on the instrument construction model and using the Delphi method, being considered approved when the Content Validity Index was greater than 80%. **Results:** the form consisting of six domains was approved after three rounds, with 64 items, and achieved a mean approval of 89%. **Conclusion:** the transition of care form was validated in terms of face and content, providing a new technology to be used for

standardized and safe transition of information.

Descriptors: Patient Discharge; Continuity of Patient Care; Neonatal Nursing; Infant, Premature; Biomedical Technology

Resumen

Objetivo: construir y validar un formulario para la transición de la atención al recién nacido prematuro. **Método:** estudio metodológico realizado en tres etapas: levantamiento del marco teórico-metodológico, análisis semántico y validación de contenido, con base en el modelo de construcción de instrumentos y mediante el método Delphi, considerándose aprobado cuando el índice de validación de contenido fue superior al 80%. **Resultados:** el formulario compuesto por seis dominios fue aprobado después de tres rondas, con 64 ítems, y alcanzó una tasa de aprobación promedio del 89%. **Conclusión:** el formulario de transición de atención fue validado en términos de apariencia y contenido, proporcionando una nueva tecnología para ser utilizada para la transición de información de forma estandarizada y segura.

Descriptores: Alta del Paciente; Continuidad de la Atención al Paciente; Enfermería Neonatal; Recien Nacido Prematuro; Tecnología Biomédica

Introdução

As estatísticas mundiais relativas ao primeiro decênio do século XXI apresentam um aumento contínuo na taxa de prematuridade. O percentual de nascimento pré-termo mundialmente saltou de 9,8% no ano de 2000 para 10,6% em 2014, totalizando cerca de 14,8 milhões de prematuros em 2014.¹ No Brasil, entre 2012 e 2019 houve uma variação de 10,87% a 9,95%, tendendo à queda durante esse período, mas ainda mantendo uma taxa elevada se comparada aos países europeus – 8,7%.²

São muitas as implicações que um parto prematuro pode acarretar à saúde do recém-nascido, de modo que a necessidade de cuidados intensivos se expressa mais frequente entre os recém-nascidos pré-termo (RNPT), uma vez que estão sujeitos a complicações de saúde intimamente relacionadas ao seu crescimento e desenvolvimento, além da associação com a morbimortalidade nessa população.³ Mediante ao exposto, é necessário proceder com a oferta desse cuidado em unidades de terapia intensiva (UTI), para que possam receber o tratamento até o momento que estejam aptos para a alta.⁴

Findada a hospitalização, o RNPT deve ser direcionado ao seguimento ambulatorial ou atenção básica, onde a criança é acompanhada quanto ao seu crescimento e desenvolvimento, com o objetivo de ofertar atenção integral e humanizada.⁵ Tal premissa é

regimentada segundo a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde da Criança, na qual tem-se que toda criança proveniente de uma UTI deve iniciar seu acompanhamento pelo ambulatório de seguimento e pela atenção básica.⁶

Assim, é fundamental que as informações a respeito da saúde desse RNPT sejam transmitidas durante esse processo de cuidado compartilhado entre as redes envolvidas, com vistas a possibilitar a continuidade dos cuidados para esses pacientes até os dois anos de vida.⁷

Na transição de cuidados ocorre a transmissão de informações referentes à saúde do paciente com o intuito de possibilitar a continuidade da assistência nos próximos níveis de atenção à saúde, está relacionada aos princípios da integração entre os sistemas de saúde e constituída por ações planejadas para a garantia da continuidade da assistência quando há a necessidade de transferência entre localizações diferentes do mesmo serviço de saúde, ou até mesmo entre os diferentes níveis do cuidado à saúde.⁸

Realizada de forma efetiva, apresenta pontos favoráveis, destacando-se menores índices de reinternações hospitalares e a diminuição de eventos adversos.⁹ Quando ineficaz, é causadora de danos à saúde dos RNPT que podem resultar em atrasos ou erros na continuidade do tratamento, realização de exames ou testes de forma repetitiva e desnecessária, podendo causar o aumento no período de acompanhamento ambulatorial, em reinternações hospitalares e na elevação dos custos relacionados à assistência à saúde.¹⁰

A utilização de formulários de transição de cuidados é importante no fortalecimento da segurança do paciente durante a transição das informações, pois possibilita a continuidade do cuidado entre os serviços baseado em um instrumento padronizado e validado.¹¹ Levantamento bibliográfico realizado no período de fevereiro e março de 2021 não identificou a existência de uma ferramenta que auxiliasse a transição de cuidados padronizado nos serviços de saúde com foco voltado aos RNPT. A busca realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando como palavras-chave “transição de cuidados” e “recém-nascido prematuro”.

Face ao exposto, tal ausência dificulta a transmissão das informações do paciente, o que é um entrave à continuidade da assistência. Assim, a criação de uma

ferramenta com essa perspectiva torna-se uma estratégia viável para a aumentar a segurança desse processo.

O desenvolvimento e a implantação dessas estratégias são capazes de proporcionar segurança no processo de transmissão de informações na saúde.¹¹ Por isso, objetivou-se de construir e validar um formulário para a transição de cuidados com o neonato prematuro.

Método

Estudo metodológico realizado em três etapas: levantamento do referencial teórico-metodológico e construção dos itens, análise semântica e a validação de face e conteúdo. Essas etapas corresponderam aos procedimentos teóricos propostos pelo modelo de construção de instrumentos, divididos em seis passos: 1 - Sistema psicológico; 2 - Propriedades de limitação do objeto de estudo; 3 - Dimensionalidade, definição da estrutura interna e semântica; 4 - Definição dos construtos; 5 - Operacionalização, construção dos itens; 6 - Análise dos itens.¹²

A primeira etapa procedeu com o levantamento do referencial teórico-metodológico e a construção dos itens do formulário de transição, o que correspondeu aos cinco primeiros passos dos procedimentos teóricos proposto pelo modelo de construção de instrumentos.¹²

Para tal, o ponto de partida foi a realização da revisão de literatura e análise do material encontrado com a identificação dos elementos considerados importantes para a confecção dos itens a compor o formulário de transição de cuidados neonatal de recém-nascidos prematuros, o que contempla os três primeiros passos dos procedimentos teóricos proposto pelo modelo de construção de instrumentos.¹² Após, realizou-se a construção dos itens a compor o formulário, sendo o equivalente ao quarto e quinto passos dos procedimentos teóricos proposto pelo modelo de construção de instrumento, esta etapa foi realizada entre julho e setembro de 2021.

A segunda etapa correspondeu à realização da validação semântica, com objetivo de analisar cada um dos itens selecionáveis para a composição da primeira versão do formulário, procurando identificar potenciais problemas no entendimento e na aceitação dos termos a serem utilizados nos itens propostos, bem como analisar se os itens atenderiam às

necessidades durante a transição do RNPT, os itens foram analisados quanto à semântica, por especialistas escolhidos por amostragem não probabilística por conveniência e os critérios de inclusão para essa etapa foram: possuir experiência assistencial na área da neonatologia, atuar em unidades de cuidados intensivos neonatal, ou atuar na assistência voltada ao seguimento ambulatorial do RNPT.

A terceira etapa, realizada em setembro e outubro de 2021, constitui-se da validação de face e conteúdo da versão aprovada na etapa anterior. Ressalta-se que a segunda e terceira etapas corresponderam ao passo seis do referencial adotado: análise dos itens.

Na segunda validação foram convidados especialistas escolhidos por amostragem não probabilística intencional, os critérios de inclusão foram: possuir doutorado com temática voltada à neonatologia ou pediatria; possuir nacionalidade brasileira; ser participante de grupo de pesquisa voltado à temática neonatologia/pediatria. O prazo estabelecido para resposta foi de 21 dias.

A busca dos especialistas elegíveis para o estudo foi efetuada na Plataforma Lattes, utilizando a opção "buscar currículo", no qual foi consultado as seguintes palavras-chave: "pediatria", "enfermagem" e "neonatologia", selecionada a opção "doutores", e com preferência definida para somente os currículos atualizados nos últimos 12 meses. A busca resultou em 38 especialistas que atenderam aos critérios de inclusão, em que 14 participaram da etapa de validação semântica e 24 da etapa de validação de conteúdo.

O instrumento de coleta utilizado foi confeccionado no *Google Forms*, composto por três partes: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, identificação dos participantes, e apresentação dos itens do formulário. Organizados por meio de seis seções: I. Identificação do recém-nascido pré-termo; II. Histórico materno e o pré-natal; III. Dados do nascimento/parto; IV. Dados da internação; V. Dados na alta da UTIN; e VI. Acompanhamento/seguimento pós-alta.

Os critérios de avaliação da validação de face e conteúdo foram: Abrangência; Clareza; Coerência; Criticidade dos itens; Objetividade; Redação científica; Relevância; Sequência; Unicidade; e Atualização.¹² Cada seção foi analisada e classificada a partir de uma escala do tipo Likert de cinco pontos ("Concordo Totalmente", "Concordo Parcialmente", "Não concordo e Nem discordo", "Discordo", "Discordo totalmente").

Foram realizadas três rodadas até atingir o alcance de um grau de consenso maior ou igual a 80%. Cada rodada durou 21 dias, encerrando o recebimento de novas análises ao término do prazo. O período de coleta ocorreu de agosto a outubro de 2021. Os dados foram tabulados e submetidos à análise estatística utilizando o Índice de Validação de Conteúdo (IVC), o teste binomial, o coeficiente alfa de Cronbach e o coeficiente de concordância de Kendall.

Para a validação, utilizou-se o IVC de três formas: primeiro foi obtida a concordância dos juízes acerca de cada item, denominado de I-CVI (*Item-Level Content Validity Index*); na segunda etapa foi calculada a proporção de itens que obteve concordância de cada especialista, denominada de S-CVI (*Scale-level Content Validity Index*), que mostrou o quanto cada especialista foi rigoroso em sua avaliação; a terceira etapa consistiu na média do S-CVI, denominada de S-CVI/AVE (*Scale-level Content Validity Index, Average Calculation Method*) que verificou a taxa de aprovação média de cada especialista.

Foi utilizado o teste binomial com nível de significância de 5% para a verificação da proporção de concordância maior ou igual a 0,80. Cada item pôde ser considerado aprovado quando o p-valor foi maior que 0,05. Também foi considerado aprovados os itens com IVC menor que 0,80, desde que o p-valor fosse maior que 0,05.

Utilizou-se o coeficiente alfa de Cronbach para estimar a confiabilidade do questionário aplicado na pesquisa, em que é possível classificar o coeficiente como Excelente ($\alpha \geq 0,9$), Bom ($0,9 > \alpha \geq 0,8$), Aceitável ($0,8 > \alpha \geq 0,7$), Questionável ($0,7 > \alpha \geq 0,6$), Pobre ($0,6 > \alpha \geq 0,5$) e Inaceitável ($\alpha < 0,5$). O coeficiente de concordância de Kendall foi aplicado para avaliar o grau de concordância múltipla entre os juízes, em que este coeficiente varia entre 0 e 1, e quanto maior for o valor do coeficiente, maior é a concordância entre os juízes.¹³ A análise dos dados ocorreu na versão 4.1.0 do *software R*.¹⁴ Para a versão final do instrumento foram consideradas as avaliações e as considerações dos especialistas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, com Parecer número 4.386.213 de 09 de novembro de 2020 e CAAE: 38075120.0.0000.5546. Seguiu os padrões éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A partir do levantamento bibliográfico identificou-se elementos básicos para a composição do formulário proposto, os quais foram elaborados 64 itens, divididos em seis tópicos, denominados domínios: I - Identificação do recém-nascido pré-termo; II - Histórico materno e pré-natal; III - Dados do nascimento/parto; IV - Dados da internação; V - Dados na alta; VI - Seguimento pós-alta. Todos os domínios obtiveram taxa de aprovação média dos juízes superior a 80%, conforme a Tabela 1. Dentre as modificações sugeridas pelos especialistas, destacaram-se a necessidade de mudança da ordem dos itens no formulário, o *layout* dos itens nos domínios e ajustes na escrita. Finalizando essa etapa, construiu-se a primeira versão do formulário para seguir com a validação de conteúdo.

Tabela 1 - Média de decisão dos especialistas por domínio na etapa de análise semântica quanto a manutenção, exclusão e modificação dos itens por domínio.

	Manutenção (%)	Exclusão (%)	Modificação (%)
Domínio I	89,90	-	10,20
Domínio II	91,96	-	8,04
Domínio III	92,14	1,43	6,43
Domínio IV	83,73	6,35	9,92
Domínio V	86,36	9,74	3,90
Domínio VI	87,50	4,46	8,04

Durante a primeira rodada de validação de conteúdo, o domínio referente à identificação do recém-nascido pré-termo obteve valor de I-CVI abaixo de 0,80 em todos os critérios analisados, mostrando a necessidade de ajustes nos itens dessa seção do instrumento. Os critérios Objetividade, Redação científica, Relevância, Sequência, Unicidade, e Atualização foram considerados aprovados, mesmo obtendo I-CVI abaixo de 0,80, pois alcançaram p-valor maior que 0,05. Quanto aos critérios Abrangência, Clareza, Coerência, Criticidade dos itens, foram considerados reprovados. A concordância dos juízes obteve uma taxa de aprovação média (S-CVI/AVE) de 67% (Tabela 2).

Tabela 2 - Concordância dos juízes (I-CVI) na primeira etapa de validação de conteúdo acerca dos domínios I (Identificação do recém-nascido pré-termo), II (Histórico materno e o pré-natal) e III (Dados do nascimento/parto) do instrumento.

Item	Domínio I		Domínio II		Domínio III	
	I-CVI	P-valor	I-CVI	P-valor	I-CVI	P-valor
Abrangência	0,50	0,001	0,50	0,001	0,63	0,041
Clareza	0,58	0,017	0,67	0,122	0,79	1,000
Coerência	0,63	0,041	0,63	0,041	0,71	0,303
Criticidade dos itens	0,58	0,017	0,71	0,303	0,75	0,608
Objetividade	0,71	0,303	0,79	1,000	0,83	1,000
Redação científica	0,75	0,608	0,71	0,303	0,88	0,453
Relevância	0,75	0,608	0,79	1,000	0,79	1,000
Sequência	0,75	0,608	0,83	1,000	0,88	0,453
Unicidade	0,75	0,608	0,75	0,608	0,79	1,000
Atualização	0,67	0,122	0,71	0,303	0,79	1,000
	Alpha de Cronbach = 0,93		Alpha de Cronbach = 0,95		Alpha de Cronbach = 0,94	
	Concordância De Kendall = 0,40		Concordância De Kendall = 0,42		Concordância De Kendall = 0,36	
	(p-valor < 0,001)		(p-valor < 0,001)		(p-valor < 0,001)	
	S-CVI/AVE = 0,67		S-CVI/AVE = 0,71		S-CVI/AVE = 0,78	

No domínio referente ao histórico materno e o pré-natal, o critério Sequência obteve valor de I-CVI acima de 0,80, os demais critérios analisados demonstraram necessidade de ajustes na seção avaliada. Os critérios Abrangência e Coerência foram considerados reprovados, enquanto os demais foram considerados aprovados com necessidade de ajustes. A taxa de aprovação média dos juízes foi de 71% (Tabela 2).

No domínio referente aos dados do nascimento/parto os critérios Objetividade, Redação científica e Sequência foram aprovados. O critério Abrangência foi considerado reprovado e os demais critérios foram considerados aprovados com necessidade de ajustes. A concordância dos juízes na seção referente à identificação do recém-nascido pré-termo obteve uma taxa de aprovação média de 78% (Tabela 2).

Todos os critérios do domínio referente aos dados da internação obtiveram valor de I-CVI abaixo de 0,80, evidenciando a necessidade de ajustes nos itens. Os critérios Coerência, Objetividade, Redação científica, Relevância e Sequência foram considerados aprovados, mesmo obtendo I-CVI abaixo de 0,80, já que alcançaram p-valor maior que 0,05. Quanto aos critérios Abrangência, Clareza, Criticidade dos itens, Unicidade, e Atualização, foram considerados reprovados. A concordância dos juízes na seção obteve

uma taxa de aprovação média de 63% (Tabela 3).

Tabela 3 - Concordância dos juízes (I-CVI) na primeira etapa de validação de conteúdo acerca dos domínios IV (Dados da internação), V (Dados na alta da UTIN) e VI (Acompanhamento/seguimento pós-alta) do instrumento.

Item	Domínio IV		Domínio V		Domínio VI	
	I-CVI	P-valor	I-CVI	P-valor	I-CVI	P-valor
Abrangência	0,54	0,004	0,46	0,46	0,46	0,000
Clareza	0,63	0,041	0,63	0,63	0,67	0,122
Coerência	0,67	0,122	0,54	0,54	0,58	0,017
Criticidade dos itens	0,54	0,004	0,54	0,54	0,54	0,004
Objetividade	0,67	0,122	0,67	0,67	0,63	0,041
Redação científica	0,67	0,122	0,67	0,67	0,67	0,122
Relevância	0,79	1,000	0,63	0,63	0,58	0,017
Sequência	0,71	0,303	0,67	0,67	0,58	0,017
Unicidade	0,63	0,041	0,67	0,67	0,58	0,017
Atualização	0,50	0,001	0,54	0,54	0,54	0,004
	Alpha de Cronbach = 0,95		Alpha de Cronbach = 0,96		Alpha de Cronbach = 0,98	
	Concordância De Kendall = 0,54		Concordância De Kendall = 0,56		Concordância De Kendall = 0,66	
	(p-valor < 0,001)		(p-valor < 0,001)		(p-valor < 0,001)	
	S-CVI/AVE = 0,63		S-CVI/AVE = 0,60		S-CVI/AVE = 0,58	

No domínio referente aos dados na alta da UTIN, todos os critérios analisados obtiveram valor de I-CVI abaixo de 0,80. Os itens foram considerados aprovados com necessidade de ajustes. A análise da concordância dos juízes na seção referente aos dados na alta da UTIN obteve uma taxa de aprovação média de 60% (Tabela 3).

No domínio referente ao acompanhamento/seguimento pós-alta, todos os critérios analisados obtiveram valor de I-CVI abaixo de 0,80. Foram reprovados os critérios Abrangência, Coerência, Criticidade dos itens, Objetividade, Relevância, Sequência, Unicidade e Atualização. Os demais itens foram considerados aprovados com necessidade de ajustes e a análise da concordância dos juízes obteve taxa de aprovação média de 58% (Tabela 3).

Na segunda rodada identificou-se em todos os domínios analisados uma taxa de aprovação média superior a 80%, entre os juízes, assim todos foram considerados aprovados (Tabelas 4 e 5). O domínio com a menor taxa de aprovação atingiu 87%, enquanto aquele com maior taxa alcançou 90%.

Tabela 4 - Concordância dos juízes (I-CVI) na segunda etapa de validação de conteúdo acerca dos domínios I (Identificação do recém-nascido pré-termo), II (Histórico materno e o pré-natal) e III (Dados do nascimento/parto) do instrumento.

Item	Domínio I		Domínio II		Domínio III	
	I-CVI	p-valor	I-CVI	p-valor	I-CVI	p-valor
Abrangência	0,91	0,293	0,83	1,000	0,91	0,293
Clareza	0,87	0,602	0,87	0,602	0,83	1,000
Coerência	0,83	1,000	0,87	0,602	0,87	0,602
Criticidade dos itens	0,91	0,293	0,87	0,602	0,83	1,000
Objetividade	0,83	1,000	0,91	0,293	0,91	0,293
Redação científica	0,87	0,602	0,87	0,602	0,74	0,438
Relevância	0,91	0,293	0,96	0,067	0,91	0,293
Sequência	0,91	0,293	0,96	0,067	0,87	0,602
Unicidade	0,91	0,293	0,83	1,000	0,91	0,293
Atualização	0,87	0,602	0,87	0,602	0,91	0,293
	Alpha de Cronbach = 0,97		Alpha de Cronbach = 0,91		Alpha de Cronbach = 0,95	
	Concordância de Kendall = 0,24		Concordância de Kendall = 0,20		Concordância de Kendall = 0,23	
	(p-valor < 0,001)		(p-valor = 0,003)		(p-valor < 0,001)	
	S-CVI/AVE = 0,88		S-CVI/AVE = 0,88		S-CVI/AVE = 0,87	

A confiabilidade do questionário foi considerada excelente em todos os domínios – uma vez que o coeficiente foi maior ou igual 0,9 e o grau de concordância múltiplas dos juízes obtiveram valores estatisticamente significativos. Dessa forma, a versão do formulário de transição de cuidados foi aprovada com um total de seis domínios e 64 itens.

Tabela 5 - Concordância dos juízes (I-CVI) na segunda etapa de validação de conteúdo acerca dos domínios IV (Dados da internação), V (Dados na alta da UTIN) e VI (Acompanhamento/seguimento pós-alta) do instrumento.

Item	Domínio IV		Domínio V		Domínio VI	
	I-CVI	p-valor	I-CVI	p-valor	I-CVI	p-valor
Abrangência	0,83	1,000	0,83	1,000	0,78	0,796
Clareza	0,91	0,293	0,91	0,293	0,91	0,293
Coerência	0,91	0,293	0,91	0,293	0,91	0,293
Criticidade dos itens	0,87	0,602	0,83	1,000	0,87	0,602
Objetividade	0,96	0,067	0,91	0,293	0,91	0,293
Redação científica	0,91	0,293	0,87	0,602	0,91	0,293
Relevância	0,96	0,067	0,91	0,293	0,91	0,293
Sequência	0,87	0,602	0,91	0,293	0,91	0,293
Unicidade	0,91	0,293	0,87	0,602	0,91	0,293
Atualização	0,87	0,602	0,91	0,293	0,91	0,293
	Alpha de Cronbach = 0,96		Alpha de Cronbach = 0,94		Alpha de Cronbach = 0,92	
	Concordância de Kendall = 0,20		Concordância de Kendall = 0,23		Concordância de Kendall = 0,18	
	(p-valor < 0,004)		(p-valor < 0,001)		(p-valor < 0,012)	
	S-CVI/AVE = 0,90		S-CVI/AVE = 0,89		S-CVI/AVE = 0,90	

Na Figura 1, pode ser observado a versão final do formulário de transição de cuidados aprovada pelos juízes durante a pesquisa.

TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NEONATAL PARA RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO I – IDENTIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO	
1. Nome da mãe: _____	
2. Nome do RN: _____	
3. Data de nascimento: / /	4. Idade gestacional ao nascer (semanas): _____
5. Sexo: () Masculino () Feminino	
6. Local do parto, 6.1 Município de nascimento: _____	
6.2 Hospital/Maternidade: _____	
6.3 Parto: () Domiciliar () Jem trânsito () Jem admissão () em quarto de Pré-parto, Parto e Pós-parto	
7. Município de residência: _____	
8. Unidade de saúde referência: _____	
II – HISTÓRICO MATERNO E O PRÉ-NATAL	
9. Idade da genitora: _____	
10. Gestação desejada/planejada: () Não () Sim	
11. Histórico de prematuridade: () Não () Sim	
12. Número de gestações: Gestação _____ Parto _____ Aborto _____ Natimorto _____	
13. Raça/cor: () Amarela () Branca () Indígena () Parda () Negra	
14. Escolaridade: () Sem instrução () Fundamental incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto () Superior completo	
15. Realização do pré-natal: () Não () Sim	
15.1. Idade gestacional do início: _____	
15.2. Número de consultas: _____	
15.3. Profissional/Categoria que atendeu: () Enfermeiro () Médico	
15.4. Local de realização: _____	
16. Diagnóstico de doença/infeção materna na gestação atual: () Não () Sim, Qual(is): _____	
17. Diagnóstico de complicação fetal na gestação atual: () Não () Sim, Qual(is): _____	
18. Necessidade de cuidados intensivos após o parto: () Não () Sim, Motivo: _____	
III – DADOS DO NASCIMENTO/PARTO	
19. Tipo de parto: () Vaginal () Cesariana	
20. Score Apgar: 1º min- _____ 5º min- _____ 10º min- _____ 15º min- _____ 20º min- _____	
21. Idade Gestacional: () DJUM - _____ semanas () Capuro - _____ semanas	
22. Contato pele a pele: () Não () Sim	
23. Amamentação na primeira hora: () Não () Sim	
24. Necessidade de fórceps: () Não () Sim	
25. Interação mãe-bebê: () Não () Sim	
26. Necessidade de oxigenioterapia: () Não () Sim, Qual(is): _____	
27. Necessidade de reanimação: () Não () Sim, 27.1. Tempo de reanimação (minutos): _____ min	
27.2. Uso de drogas: () Não () Sim, Qual(is): _____	
28. Antropometria ao nascer: Peso- _____ g Comprimento- _____ cm Perímetro cefálico- _____ cm Perímetro torácico- _____ cm	
29. Sinais vitais no nascimento: Frequência cardíaca- _____ bpm Frequência respiratória- _____ ipm Temperatura - _____ °C	
Saturação de oxigênio - _____ % Escala de dor NIPS: _____ (>4 Presença de Dor)	
IV – DADOS DA INTERNAÇÃO	
30. Diagnóstico Principal: _____	
31. Infecção neonatal: () Não () Sim, Qual(is): _____	
32. Malformação congênita: () Não () Sim, Qual(is): _____	
33. Sistema neurológico: () Sem alterações () Com alterações	
34. Sistema ocular: () Sem alterações () Com alterações	
35. Sistema auditivo: () Sem alterações () Com alterações	
36. Sistema cardiovascular: () Sem alterações () Com alterações	
37. Sistema respiratório: () Sem alterações () Com alterações	
38. Sistema gastrointestinal: () Sem alterações () Com alterações	
39. Sistema geniturinário: () Sem alterações () Com alterações	
40. Sistema osteomuscular: () Sem alterações () Com alterações	
41. Sistema tegumentar: () Sem alterações () Com alterações	
42. Nutrição: 42.1. Aleitamento materno, () Exclusivo () Predominante () Complementado () Misto	
42.2. () Por gavage () 42.3. () Dieta enteral () 42.4. () Dieta parenteral () 42.5. () Por GTT	
43. Imunoprofilaxia até o sexto mês: _____	
44. Triagem neonatal realizada: _____	
45. Procedimentos invasivos: _____	
46. Avaliação da dor: () Não () Sim, () Medidas farmacológicas () Medidas não farmacológicas, Qual(is): _____	
47. Presença da família: () Não () Sim	
47.1. Realizado preparação para alta: () Não () Sim, Temáticas abordadas: _____	
47.2. Segurança dos genitores para o cuidado: () Presente () Ausente, evidenciado por: _____	
V – DADOS NA ALTA DA UTIN	
48. Idade cronológica na alta: _____ dias	
49. Idade corrigida: _____ dias	
50. Peso na alta: _____ g	
51. Comprimento na alta: _____ cm	
52. Tempo de internação na UTIN: _____ dias	
53. Tipo de nutrição predominante na alta: 53.1. Aleitamento materno, () Exclusivo () Predominante () Complementado () Misto	
53.2. () Por gavage () 53.3. () Dieta enteral () 53.4. () Dieta parenteral () 53.5. () Por GTT	
54. Necessidade de cuidados especiais: () Não () Sim, Qual(is): _____	
55. Alta para: () UCINCo, Data - / / () UCINCa, Data - / / () Alojamento conjunto, Data - / / () Ambulatório de seguimento, Data - / / () Atenção básica, Data - / /	
56. Avaliação clínica na alta: _____	
57. Necessidade básicas afetadas identificadas: _____	
58. Agendamentos para próximas consultas: _____	
VI – ACOMPANHAMENTO/SEGUIMENTO POS-ALTA	
59. Unidade de seguimento: 59.1. Unidade Básica de Saúde: _____	
59.2. Ambulatório de seguimento: _____	
60. Primeira consulta: / /	
60.1. Idade na primeira consulta: _____ dias	
60.2. Peso na primeira consulta: _____ g	
61. Sinais de agravamento: _____	
62. Alterações em exames complementares: _____	
63. Alterações em exames laboratoriais: _____	
64. Agendamento das consultas de seguimento: _____	
Observação Multidisciplinar: _____	

Figura 1 – Versão validada do Formulário de Transição de Cuidados Neonatal para Recém-nascido Prematuro. Aracaju, SE, Brasil, 2021.

Discussão

As ferramentas de transição de cuidado são importantes para a segurança do paciente, uma vez que permite que a continuidade do cuidado seja transmitida de forma padronizada entre os serviços. No entanto, para serem utilizados com eficácia, essas tecnologias precisam ser validadas após sua construção.^{11,15}

Na validação semântica, os itens analisados foram considerados inteligíveis após os ajustes sugeridos pelos especialistas, sendo as principais sugestões relacionadas à disposição dos itens, reformulação da ordem de apresentação e escrita. A realização de uma rodada de análise semântica fez-se necessário para os ajustes dos itens antes da

validação de conteúdo, semelhante ao que foi observado no estudo, em que foi utilizado essa etapa de validação.¹⁶

O domínio I alcançou uma alta taxa de aprovação, evidenciando a importância da presença de itens voltados à realização da identificação segura do paciente, já que a ausência de um processo de identificação padronizado entre serviços de saúde é uma das principais causas para a ocorrência de falhas. Estudos confirmam que a falta de ferramentas padronizadas que possibilitem a transmissão de informações compromete a segurança do paciente, corroborando com a necessidade de melhoria contínua nos processos de identificação.¹⁷⁻¹⁸

Outros pesquisadores recomendam que para a realização de um processo de identificação seguro seja necessário a presença de pelo menos dois elementos qualificadores, ou seja, pelo menos dois itens independentes, como “nome” e “data de nascimento”.¹⁸ Um estudo demonstrou que as principais informações para a identificação dos pacientes eram o nome do responsável, o nome da criança, a data de nascimento e a idade da criança, sendo equivalente aos itens existente na versão final do formulário proposto.¹⁹

Eventos adversos oriundos do processo de identificação estão atrelados a erros no cadastro ou pela ausência de registro das informações. O estabelecimento de oito itens nesse domínio demonstra a segurança no processo de identificação utilizado no formulário proposto, estando alinhado com estudos que demonstram a importância da adequação do conteúdo das informações necessárias para esse processo.²⁰⁻²¹

Um ponto foi destacado pelos especialistas: a necessidade da manutenção do nome do RNPT e do nome da mãe no processo de identificação, mantendo a identificação do binômio mãe-filho, uma vez que a ausência desses itens desprioriza o cuidado, corroborando pela permanência de ambos no domínio do instrumento referente à identificação.¹⁹

O histórico da genitora e a realização do pré-natal estão associados com o desfecho de prematuridade.²² Além disso, fatores genéticos e comportamentais da mãe, tais como, doenças crônicas, infecções, tabagismo e etilismo, estão associados à complicações no período gestacional.²³ Os estudos evidenciam a necessidade da presença dessas informações no formulário de transição, já que o correto

preenchimento estabelecerá um perfil de risco da genitora associada ao desfecho de prematuridade, além de direcionar os profissionais sobre os fatores durante a gestação que estejam relacionadas com a prematuridade.²²⁻²³

O domínio com as informações referentes ao nascimento e ao parto é relevante para auxiliar os profissionais na compreensão dos fatos ocorridos no momento do parto que possam justificar o desfecho clínico do prematuro, bem como auxiliar no entendimento das necessidades de cuidados futuros dele. Pesquisas que caracterizaram o perfil de pacientes prematuros, mostraram que a maior parte apresentava Apgar menor que 7 no primeiro minuto, evidenciando a importância do registro dessa informação no formulário proposto.²⁴

O domínio IV agrupou as informações referentes à internação do RNPT com objetivo de conhecer a trajetória durante a internação dessa criança. Sabe-se que o período de internação pode variar conforme a evolução clínica e as necessidades do RNPT, informações acerca da nutrição, alocadas neste domínio, mostram-se importantes uma vez que possui relação para definir o prognóstico e acompanhamento dos pacientes que apresentam restrições nutricionais. É comprovado que o início precoce de nutrições enterais e parenterais para os RNPT com restrições ao aleitamento materno é eficaz no ganho de peso dos prematuros, sendo considerada relevante para um melhor prognóstico.²⁵⁻²⁶ Dessa forma, o registro desses dados é crucial para o acompanhamento.

Ainda no domínio IV, foram alocadas as informações referentes à realização dos testes de triagem neonatal recomendados pelo Ministério da Saúde para a detecção de algumas doenças de forma precoce, uma vez que há evidências que ocorrem discrepância na execução dos testes de triagem, identificando desigualdades na realização, por isso também foi incluso o registro dos testes da orelhinha e linguinha, além dos já preconizados.²⁷

Os domínios V e VI incluiu as principais informações da alta hospitalar e ao seguimento ambulatorial do RNPT. Essa parte foi composta por informações que registram as principais necessidades identificadas para o cuidado seguro com essa criança, estudos destacam que as informações contidas nesses domínios possuem relevância, uma vez que são recepcionadas pela equipe multidisciplinar responsável

pelo planejamento do cuidado que será destinado ao prematuro.²⁸⁻²⁹

As informações relacionadas ao preparo da família para o cuidado com o RNPT após a alta, são importantes, uma vez que presença da família durante o período de internação possibilita o estabelecimento de vínculo entre o bebê e a sua rede de apoio, contudo essa participação pode ser considerada instável, mas não pode ser desvinculada no processo de recuperação do RNPT. Assim é fundamental para o profissional que realiza o seguimento entender o nível de instrução dessa família, o que possibilita o desenvolvimento de um processo de preparo para o cuidado após a alta elaborado de forma inclusiva e que possibilite o desenvolvimento da segurança dos membros da rede de apoio no cuidado com o RNPT quando estiver no domicílio.²⁸

No último domínio foi o espaço destinado ao registro dos agendamentos futuros para o acompanhamento ambulatorial com a equipe multidisciplinar, um momento crucial na evolução clínica do prematuro, pois é o ambiente propício para a identificação de potenciais agravamentos na saúde da criança, sendo confirmado por um estudo que concluiu que o acesso a esses serviços são providenciais para melhoria da qualidade de vida e colabora com a redução de vulnerabilidades que a criança está sujeita.²⁹

O estudo teve como limitações a desistência de um especialista no processo de validação e a demora para a obtenção das respostas solicitadas no processo de validação por uma parte dos participantes. Há também a necessidade de realização de um novo estudo para a aplicação do formulário construído para avaliar o seu uso pelos profissionais.

Com a construção e validação desse formulário, torna-se disponível uma tecnologia para possibilitar a segura transição de informações do paciente prematuro, fortalecendo o sistema de referência e contra referência entre os serviços de saúde e possibilitando uma transição de cuidados de forma segura e padronizada.

Conclusão

A validação do formulário foi alcançada pelo método de Delphi, obedecendo as etapas dos procedimentos teóricos do Modelo de Construção de Instrumentos proposto por Pasquali, sendo construído com um total de 64 itens organizados em seis domínios principais, com taxas de aprovação superiores à 85% em todos eles. A condução nas

etapas de validação permitiu que o formulário obtivesse uma construção mediante às análises e contribuições de profissionais especialistas na temática, gerando um formulário de transição de cuidados que será facilmente aplicável à realidade brasileira.

Referências

1. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller AB, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7(1):e37-46. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30451-0
2. Martinelli KG, Dias BAS, Leal ML, Belotti L, Garcia EM, Santos Neto ET. Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Rev Bras Estud Popul*. 2021;38:e0173. doi: 10.20947/S0102-3098a0173
3. Beleza LO, Ribeiro LM, Paula RA, Guarda LE, Vieira GB, Costa KSF. Profile of at-risk newborns attended by nurses in outpatient follow-up clinic: a retrospective cohort study. *Rev Latinoam Enferm*. 2019;27:e3113. doi: 10.1590/1518-8345.2301.3113
4. Freire LM, Camponêz PSP, Maciel IVL, Vieira CS, Bueno M, Duarte ED. Factors associated with non-adherence to outpatient follow-up of neonatal intensive care discharge. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03372. doi: 10.1590/S1980-220X2017029703372
5. Diniz IA, Guimarães BR, Silva JB, Tavares TS, Duarte ED. Discontinuity of outpatient follow-up of risk children: perspective of mothers. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2019;23(2):e20180248. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0248
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2022 dez 02]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>
7. Kuo DZ, Berry JG, Hall M, Lyle RE, Stille CJ. Health-care spending and utilization for children discharged from a neonatal intensive care unit. *J Perinatol*. 2018;38(6):734-41. doi: 10.1038/s41372-018-0055-5
8. Lima MAD, Magalhães AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LA, et al. Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e20180119. doi: 10.1590/1983-1447.2018.20180119
9. Voie MP, Tunby J, Strømsvik N. Collaboration challenges faced by nurses when premature infants are discharged. *Nurs Child Young People*. 2018;30:2. doi: 10.7748/ncyp.2018.e960
10. Yu M, Lee HY, Sherwood G, Kim EM. Nurses' handoff and patient safety culture in perinatal care units: nurses' handoff evaluation and perception of patient safety culture at delivery room and neonatal unit in South Korea. *J Clin Nurs*. 2018;27:e1442-50. doi: 10.1111/jocn.14260
11. Abraham J, Kannampallil T, Brenner C, Lopez KD, Almoosa KF, Patel B, et al. Characterizing the structure and content of nurse handoffs: a Sequential Conversational Analysis approach. *J Biomed Inform*. 2016;59:76-88. doi: 10.1016/j.jbi.2015.11.009
12. Pasquali L. Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.
13. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure os tests. *Psychometrika*.

1951;16:297-334.

14. The R Core Team. R: a language and environment for statistical computing. Vienna (AUT): R Foundation for Statistical Computing; 2021.
15. Van Seben R, Geerlings S, Verhaegh K, Hilders C, Buurman B. Implementation of a transfer intervention procedure (tip) to improve handovers from hospital to home: interrupted time series analysis. *BMC Health Serv Res.* 2016;16(1):479. doi: 10.1186/s12913-016-1730-x
16. Freitas RF, Waecheter HN, Coutinho SG, Gubert FA. Semantic aspects validation in guidelines for the elaboration of Printed Educational Materials for Health Promotion: contribution of Information Design. *InfoDesign.* 2020;17(1):152-69. doi: 10.51358/id.v17i1.759
17. Ventura-Silva JMA, Castro SFM, Sousa SG, Esteves NEC, Monteiro MAJ, Ribeiro OMPL. Identificação do paciente como estratégia de segurança. *Rev Enferm UFPE On Line.* 2020;14:e245056. doi: 10.5205/1981-8963.2020.245056
18. Vieira NC, Amaro MO, Siman AG, Lima JL, Alves EC. A identificação do paciente no alcance de práticas seguras: concepções e práticas. *Rev Enferm Atual In Derme.* 2019;87. doi: 10.31011/reaid-2019-v.87-n.especial-art.156
19. Bernal SCZ, Raimondi DC, Oliveira JLC, Inoe KC, Matsuda LM. Práticas de identificação do paciente em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Cogitare Enferm.* 2018;3(23):e55390. doi: 10.5380/ce.v23i3.53390
20. Rissi GP, Shibukawa BMC, Ferreira AMD, Uema RTB, Merino MFGL, Higarashi IH. Identificação do paciente recém-nascido: revisão de escopo. *Rev Eletrônica Enferm.* 2021;23:67546. doi: 10.5216/ree.v23.67546
21. Rebello LKZ, Quemel FS, Peterlini OL. Estratégias para a implantação do protocolo de identificação do paciente em um hospital de médio porte no Noroeste do Paraná. *Rev Saúde Pública Paraná.* 2019;2:1. doi: 10.32811/25954482-2019v2supl1p31
22. Buendgens BB, Teles JM, Gonçalves AC, Bonilha ALL. Maternal characteristics on the occurrence of late prematurity. *Rev Enferm UFPE On Line.* 2017;11(Suppl 7):2897-906. doi: 10.5205/reuol.11007-98133-3-SM.1107sup201711
23. Teixeira GA, Carvalho JBL, Sena AV, Morais PC, Alves TRM. Maternal features of premature births. *Rev Enferm Atual In Derme.* 2017;81. doi: 10.31011/reaid-2017-v.81-n.19-art.317
24. Jesus RLR, Santos GM, Barreto MTS, Monteiro MJS, Silva RVS, Silva HJN. Characterization of newborns preterm born in the state of Piauí among 2011 to 2015. *Arch Health Invest.* 2019;8(4):217-23. doi: 10.21270/archi.v8i4.3193
25. Pechepiura EP, Freire MH, Martins KP, Pinto MNGR, Moraes SRL. Characterization at birth and nutritional of premature newborns in the intensive unit of a public hospital. *Rev Saúde Pública Paraná.* 2021;4:1. doi: 10.32811/25954482-2021v4n1p48
26. Lopes CC, Machado RC, Lima GC, Reis D, Saunders C, et al. Enteral nutrition practices in preterm infants in the neonatal unit of a public maternity ward. *Mundo Saúde.* 2018;42(3):696-709. doi: 10.15343/0104-7809.20184203696709
27. Mallmann MB, Tomasi YT, Boing AF. Neonatal screening tests in Brazil: prevalence rates and regional and socioeconomic inequalities. *J Pediatr (Rio J).* 2020;96:4. doi: 10.1016/j.jped.2019.02.008
28. Nascimento ACT, Morais AC, Amorim RC, Santos DV. O cuidado realizado pela família ao recém-nascido prematuro: análise sob a teoria transcultural de Leininger. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(4):e20190644. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0644

29. Furtado MCC, Mello DF, Pina JC, Vicente JB, Lima PR, Rezende VD. Ações e articulações do enfermeiro no cuidado da criança na atenção básica. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(1):e0930016. doi: 10.1590/0104-07072018000930016

Contribuições de autoria

1 - José Matheus de Melo Santos

Autor Correspondente

Enfermeiro, mestre - enfo.jmatheus@gmail.com

Concepção, desenvolvimento da pesquisa e redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final.

2 - Eliana Ofélia Llapa-Rodríguez

Enfermeira, doutora - elianaofelia@academico

Revisão e aprovação da versão final.

3 - Maria do Socorro Claudino Barreiro

Enfermeira, doutora - socorrocbarreiro@gmail.com

Revisão e aprovação da versão final.

4 - Rosemar Barbosa Mendes

Enfermeira, doutora - rosemarbm@uol.com.br

Revisão e aprovação da versão final.

5 - Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues

Enfermeira, doutora - iellendantas@hotmail.com

Revisão e aprovação da versão final.

Editora Científica Chefe: Cristiane Cardoso de Paula

Editora Associada: Rosane Cordeiro Burla de Aguiar

Como citar este artigo

Santos JMM, Llapa-Rodriguez EO, Barreiro MSC, Mendes RB, Rodrigues IDCV. Construction and validity of a form for transition of care for premature newborns. *Rev. Enferm. UFSM.* 2024 [Access at: Year Month Day]; vol.14, e6:1-17. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769285009>