









VALIDAÇÃO DE UM CHECKLIST PARA ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Roberta Tognollo Borotta Uema¹ 
Thamires Fernandes Cardoso da Silva Rodrigues¹ 
Ivi Ribeiro Back² 
Aline Zulin¹ 
Fernanda Gatez Trevisan dos Santos¹ 
Suelen Cristina Zandonadi Bernal¹ 
Gabriel Mendes Plantier¹ 
Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic¹ 

¹Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil.

²Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil.

RESUMO

Objetivo: construir e validar um *checklist* para o processo de alta hospitalar responsável em uma unidade de terapia intensiva neonatal.

Método: estudo metodológico realizado no período de março a junho de 2022 em quatro etapas: 1) seleção de temas relevantes à saúde do neonato egresso da unidade de terapia intensiva; 2) construção da primeira versão do *checklist*; 3) validação de conteúdo com juízes especialistas mediante à aplicação do Índice de Validade de Conteúdo, aceitando-se o valor de > 0,8 por item; 4) correção e reformulação da versão final. O instrumento para avaliação foi estruturado por meio de uma escala, tipo Likert. A validação foi realizada por meio eletrônico e impresso com abordagem pelos juízes dentro da unidade neonatal, totalizando 16 participantes. Para análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva.

Resultados: o *checklist* foi validado com IVC geral de 0,87. Analisando-se os itens individualmente foi encontrado o Índice de Validade de Conteúdo de 0,92 nos objetivos, 0,89 para linguagem, 0,84 para o conteúdo, 0,79 para a relevância, 0,90 para o layout, 0,94 para a motivação e 0,88 para a cultura.

Conclusão: o *checklist* apresentou Índice de Validade de Conteúdo favorável na grande maioria dos critérios de avaliação, com exceção apenas da relevância. Entretanto, destaca-se que o mesmo pode ser implementado e tende a contribuir para um processo de alta responsável.

DESCRITORES: Estudos de validação. Enfermagem neonatal. Continuidade da assistência ao paciente. Planejamento da alta. Recém-nascido prematuro.

COMO CITAR: Uema RTB, Rodrigues TFCS, Back IR, Zulin A, Santos FGT, Bernal SCZ, Plantier GM, Radovanovic CAT. Validação de um checklist para alta hospitalar responsável em unidade de terapia intensiva neonatal. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2023 [acesso MÊS ANO DIA]; 32: e20230103. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0103pt>

VALIDATION OF A CHECKLIST FOR RESPONSIBLE HOSPITAL DISCHARGE IN A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT

Objective: to create and validate a checklist for responsible hospital discharge processes in a neonatal intensive care unit.

Method: a methodological study conducted from March to June 2022, in four phases: 1) Selection of topics relevant to the health of newborns discharged from the intensive care unit; 2) Elaboration of the first version of the checklist; 3) Content validation with expert judges by applying the Content Validity Index (CVI), accepting values > 0.8 per item; and 4) Correction and reformulation of the final version. The assessment instrument was structured by means of a Likert-type scale. The validation process was performed in electronic and printed means by approaching the evaluators within the neonatal unit, totaling 16 participants. Descriptive statistics was used for data analysis.

Results: the checklist was validated with an overall Content Validity Index of 0.87. Analyzing the items individually, the following Content Validity Index values were found: 0.92 in the objectives, 0.89 for language, 0.84 for the content, 0.79 for relevance, 0.90 for layout, 0.94 for motivation and 0.88 for culture.

Conclusion: the checklist presented favorable Content Validity Index values in the vast majority of the evaluation criteria, with the exception of relevance. However, it is noted that it can be implemented and tends to contribute to a responsible discharge process.

DESCRIPTORS: Validation studies. Neonatal nursing. Patient care continuity. Discharge planning. Premature newborn.

VALIDACIÓN DE UNA LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EL ALTA HOSPITALARIA RESPONSABLE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

RESUMEN

Objetivo: elaborar y validar una lista de verificación para el proceso de alta hospitalaria responsable en una unidad de cuidados intensivos neonatales.

Método: estudio metodológico realizado de marzo a junio de 2022 en cuatro etapas: 1) Selección de temas relevantes a la salud de neonatos que reciben el alta de una unidad de cuidados intensivos; 2) Elaboración de la primera versión de la lista de verificación; 3) Validación del contenido con jueces especialistas aplicando el Índice de Validez de Contenido (IVC), aceptándose valores > 0,8 por ítem; y 4) Corrección y reformulación de la versión final. El instrumento para la evaluación se estructuró por medio de una escala tipo Likert. La validación se realizó por medios electrónico e impreso acercándose a los jueces dentro de la unidad neonatal, totalizando 16 participantes. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: la lista de verificación se validó con un Índice de Validez de Contenido general de 0,87. Cuando se analizaron los ítems individualmente se encontraron los siguientes valores de IVC: 0,92 en los objetivos; 0,89 para el lenguaje; 0,84 para el contenido; 0,79 para la relevancia; 0,90 para el diseño; 0,94 para la motivación; y 0,88 para la cultura.

Conclusión: la lista de verificación obtuvo un Índice de Validez de Contenido favorable en la amplia mayoría de los criterios de evaluación, con la única excepción del aspecto de la relevancia. Sin embargo, se destaca que puede ser implementado y tiende a contribuir a un proceso de alta hospitalaria responsable.

DESCRIPTORES: Estudios de validación. Enfermería neonatal. Continuidad de la asistencia al paciente. Planificación del alta hospitalaria. Recién nacido prematuro.

INTRODUÇÃO

Considera-se como recém-nascido prematuro todo bebê que nasce antes da 37^a semana de gestação. No Brasil, cerca de 11,5% de todos os nascidos vivos são incluídos nessa classificação, tornando-se o décimo país no ranking mundial, fato que demonstra que a prematuridade ainda é uma constante no tangente à saúde neonatal e perinatal¹⁻².

A idade gestacional prematura, ao nascimento associada ao baixo peso, longo período de hospitalização e complicações clínicas advindas deste período, pode contribuir no aparecimento de limitações cognitivas, motoras e de linguagem no futuro, sem contar o risco de intercorrências e reinternações precoces logo após a alta para o domicílio. Neste contexto, faz-se necessário tanto o bom acompanhamento durante a internação, bem como o processo de alta claro e eficaz, no sentido de instrumentalização familiar e/ou parental, para os cuidados com o bebê prematuro egresso da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)³⁻⁵.

A Academia Americana de Pediatria (AAP), desde 2008, preconiza a importância de uma política para alta hospitalar do recém-nascido de risco. Conta nessa declaração a necessidade da avaliação periódica para verificação dos desafios de saúde referentes a essa população, e também recomendações referentes às necessidades dos cuidadores, garantia de acesso aos serviços de saúde e influência da pós-alta na saúde do bebê⁶.

O processo de transição de alta hospitalar, denominado também de alta responsável, é entendido como a transferência de cuidado e que deverá ser realizada por meio de orientações aos pacientes e familiares acerca da continuidade do tratamento, de modo a reforçar a autonomia e proporcionar o autocuidado⁷.

Tal definição se estende à população prematura, visto que a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) coloca como critérios para a alta do prematuro: constatação de que os pais e/ou cuidadores estão treinados e possuem conhecimento e habilidade para alimentar o bebê; prestar cuidados básicos e preventivos; sabem administrar medicamentos; detectar sinais de alerta e sintomas de doenças; conclusão do plano de alta por parte dos cuidadores/ pais ou responsáveis legais e tomada de providências para que as necessidades relacionadas ao cuidado no domicílio foram devidamente atendidas⁸.

Faz-se necessário o uso de um instrumento para alta hospitalar responsável referente aos cuidados com o bebê prematuro⁸ a fim de uniformizar as orientações repassadas aos pais e familiares. Frente ao exposto e considerando a necessidade de um planejamento de alta responsável e específico para a população neonatal, o presente estudo estabeleceu como objetivo construir e validar um *checklist* para processo de alta hospitalar responsável em uma unidade de terapia intensiva neonatal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico desenvolvido por meio da construção e validação de conteúdo de um instrumento para alta hospitalar responsável no âmbito da terapia intensiva neonatal. A construção e validação ocorreu entre os meses de março e junho de 2022 seguindo a sistemática: 1) seleção de temas relevantes à saúde do neonato egresso da unidade de terapia intensiva baseado em evidências científicas levantadas por meio de uma revisão integrativa; 2) construção da primeira versão do instrumento; 3) validação de conteúdo com juízes especialistas mediante à aplicação do Índice de Validade de Conteúdo, aceitando-se o valor de >0,8 por item⁹; 4) correção e reformulação da versão final a ser aplicada na unidade.

Para compor o instrumento, denominado Processo de Alta Neonatal, foram elegidos itens necessários para o seguimento do recém-nascido, em especial o prematuro, e que são preconizados pela Sociedade Brasileira de Pediatria⁸⁻¹⁰, juntamente com uma revisão integrativa conduzida

segundo as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA)¹¹ realizada nas bases de dados Pubmed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores: planejamento de alta AND enfermagem neonatal AND recém-nascido para a BVS e *patient discharge* AND *neonatal nursing* AND *newborn* para a Pubmed.

A revisão possibilitou a seleção dos seguintes temas: alimentação, prevenção de agravos, sinais de alerta, manobra de desengasgo, higiene, sono, vacinação e acompanhamento ambulatorial após alta. Além da busca na literatura, o instrumento foi construído com base na vivência da pesquisadora principal a qual integrou o projeto intitulado “Uma rede de apoio à família prematura”¹² cujo objetivo é justamente incluir a família na vivência da hospitalização do prematuro desde o momento da admissão até a alta médica e da enfermagem.

Optou-se por dividir o *checklist* em colunas que indicam se o familiar e/ou responsável legal foi “orientado”, “supervisionado” ou está “apto” a realizar determinado cuidado sozinho. Cabe ao enfermeiro executar tal função e auxiliar no preenchimento do *checklist*. O instrumento foi construído pelo grupo de enfermeiros que compõem a autoria do estudo.

Considerando que a alta hospitalar inicia-se no momento da admissão, o ideal é que este enfermeiro realize a primeira abordagem à família, orientando itens relativamente simples como a lavagem das mãos, e a cada encontro com a família durante o período de internação, o instrumento seja aplicado até que todos os itens tenham sido orientados e realizados na unidade, até que o familiar e/ou responsável legal pela criança torne-se apto. Apesar de ser atividade focada na figura do enfermeiro, ressalta-se que o acompanhamento do *checklist* e a orientação respaldada pela figura do enfermeiro também são atribuições que devem ser repassadas aos técnicos de enfermagem.

Os juízes especialistas foram selecionados mediante busca no currículo Lattes de acordo com a área de atuação e experiência profissional no contexto do atendimento ao recém-nascido. O contato de e-mail foi obtido por buscas nas páginas da instituição de ensino aos quais os juízes estavam vinculados. Para convidá-los na forma presencial, optou-se por fazê-lo aos profissionais que atuavam na UTIN de um hospital universitário do noroeste do Paraná que tem, aproximadamente, 30 anos de experiência no cuidado de bebês prematuros.

A unidade conta com seis leitos para terapia intensiva e quatro leitos para semi-intensiva e recebe bebês de até 28 dias de vida; conta com dois enfermeiros por turno, quatro técnicos de enfermagem, além de um médico plantonista, residente de pediatria, interno do curso de medicina, um fisioterapeuta e uma fonoaudióloga que atende outros setores dentro do mesmo hospital.

Como critérios de inclusão foram elencados: docentes de cursos de graduação em enfermagem com titulação mínima de mestrado, e enfermeiros e médicos que atuam em uma unidade de terapia intensiva neonatal. A princípio delimitou-se que outros profissionais, dentre eles a área médica, fisioterapia e fonoaudiologia, compusessem a avaliação do *checklist* considerando que a alta hospitalar responsável é um processo multiprofissional e que deve ser realizada em conjunto. Entretanto, foi nula a adesão, apesar de o convite ter sido realizado.

O convite para participar do estudo foi realizado de duas formas: encaminhado via e-mail juntamente com a carta convite formalizando sobre os objetivos da pesquisa, o termo de consentimento livre e esclarecido, o instrumento para coleta de dados e o *checklist* de alta para ser avaliado. Paralelo a isso, os documentos foram impressos e entregues na unidade neonatal estudada para os profissionais que não conseguiriam ter acesso à pesquisa por via eletrônica. O instrumento para avaliação do *checklist* foi composto pela caracterização dos juízes especialistas com informações referentes à idade, à formação, ao tempo de atuação na área, às principais experiências e à familiaridade com a temática, seguido da avaliação propriamente dita do conteúdo do instrumento.

A validação do conteúdo foi composta por uma lista de itens que deveriam ser verificados e que se subdividiam em: objetivo, conteúdo, linguagem, relevância, layout, motivação e cultura. Tais

itens eram avaliados seguindo uma escala ordinal, do tipo Likert, contendo itens de concordância de 1 a 4, sendo 1 (inadequado), 2 (parcialmente adequado), 3 (adequado) e 4 (totalmente adequado). O último item versava sobre comentários gerais e/ou sugestões, e os juízes poderiam emitir sua opinião sobre pontos que não haviam sido abordados no instrumento^{9,13}.

Para análise quantitativa utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o qual consegue mensurar a proporção de juízes que concordam sobre determinados aspectos do instrumento, considerando aceitável um IVC a partir de 0,8 por item. Para alcançar tal valor foi realizada uma somatória das respostas selecionadas como “totalmente adequado” e “adequado” de cada juiz em cada instrumento preenchido e posteriormente dividiu-se este valor pelo número total de respostas (IVC: valor da soma de concordância dos itens / n° total de respostas dos itens)⁹.

Não foi utilizada a técnica de Dephi¹⁴ para a etapa da validação, pois a mesma preconiza a realização de duas a quatro etapas de avaliação entre os juízes a fim de alcançar consenso entre os mesmos. Como o *checklist* apresentou uma resposta positiva na sua primeira avaliação, com IVC global favorável, optou-se por não avaliar novamente.

A análise estatística foi realizada de forma descritiva, sendo os principais resultados apresentados em forma de tabela. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética Permanente em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá

RESULTADOS

O instrumento construído para ser utilizado de forma impressa foi composto em sua primeira versão por 17 itens os quais foram descritos em forma de orientação seguidos das colunas: orientado, supervisionado e apto a realizar tal cuidado. A princípio, o objetivo do instrumento era para que o enfermeiro iniciasse o processo de alta responsável de forma precoce e que a instrumentalização dos cuidados ocorresse de forma contínua durante o período de internação. A primeira versão do instrumento pode ser observada abaixo (Quadro 1):

Quadro 1 – CheckList de Alta Neonatal, Maringá-PR, 2022.

CHECKLIST DE ALTA NEONATAL			
Identificação do bebê:	Data de nascimento:	Data da alta:	
Famíliares orientados no processo de alta:			
PROCESSO DE ALTA			
Orientações de alta	Orientado	Auxiliado	Apto
Amamentação (pega e sucção, cuidados com as mamas).			
Evitar uso de bicos artificiais (chupeta e intermediário de silicone).			
Oferta de leite ordenhado ou fórmula infantil em copo aberto ou mamadeira (posicionamento do bebê durante e após as mamadas).			
Banho do bebê (temperatura da água, local adequado, por onde iniciar).			
Higiene e troca de fraldas (materiais necessários, como realizar, principais cuidados a serem observados).			

Quadro 1 – Cont.

CHECKLIST DE ALTA NEONATAL			
Identificação do bebê:	Data de nascimento:	Data da alta:	
Famíliares orientados no processo de alta:			
PROCESSO DE ALTA			
Orientações de alta	Orientado	Auxiliado	Apto
Eliminações urinárias e intestinais (frequência, coloração, volume. Orientar o esperado de 6 fraldas de urina/dia e que se o bebê estiver exclusivamente recebendo leite materno pode ficar até 1 semana sem evacuar).			
Administração de medicamentos ou polivitamínicos.			
Cuidados com a temperatura e vestimenta do bebê.			
Identificação de sinais de alerta: cianose, palidez, sangramentos, recusa alimentar, hipotonia (“bebê molinho e pouco responsivo”).			
Banho de sol: até às 10 da manhã ou após às 16h.			
Sono do bebê: dormir de barriga para cima, em especial no mesmo ambiente que a mãe até o sexto mês de vida.			
Testes de triagem: pezinho, orelhinha, coraçãozinho.			
Retorno com especialistas se for necessário			
Retorno ao ambulatório do hospital para acompanhamento.			
Manutenção do acompanhamento na Unidade Básica de Saúde de referência.			
Caderneta de vacinação: peso, crescimento, marcos de desenvolvimento e vacinas.			
Visitas e rede de apoio			
Processo aplicado por:	Data:		

Após sua construção, foram enviados convites para 40 juízes, entre eles enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, fonoaudióloga e técnicos de enfermagem que também possuem a graduação em enfermagem. Destes, 16 participaram do estudo, sendo todas enfermeiras, com idade entre 29 e 61 anos e média de 44 anos. O tempo de experiência na área variou entre sete e 41 anos com média de 18 anos. Sete juízas têm título de mestra, oito são doutoras e uma é pós-doutora. Em relação à área de atuação, nove atuam na saúde da criança e sete na UTI neonatal, 11 são docentes e as principais respostas foram quando questionadas sobre outros temas que havia familiaridade: transição do cuidado (4), protocolo de alta (2), aleitamento materno (12), internação e reinternação (3).

O objetivo da validação era que os profissionais avaliassem o instrumento para que este pudesse circular de forma segura no meio científico e se tornasse uma ferramenta importante durante o processo de alta neonatal responsável. O instrumento foi validado com IVC geral de 0,87. Analisando-se os itens individualmente foi encontrado o IVC de 0,92 nos objetivos, 0,84 para o conteúdo, 0,79 para a relevância, 0,90 para o *layout*, 0,94 para a motivação e 0,88 para a cultura. Na tabela 1 é possível observar os valores específicos do IVC de cada item:

Tabela 1 – Índice de Validade de Conteúdo do Instrumento *checklist* de Alta Neonatal, Maringá-PR, 2022.

	Totalmente adequado	Adequado	Parcialmente adequado	Inadequado	IVC*
Objetivos					0,92
Os objetivos são coerentes com as necessidades do público-alvo.	9	8	0	0	1,00
O instrumento auxilia no cuidado dos bebês prematuros que receberam alta hospitalar e suas famílias.	8	8	1	0	0,94
O instrumento pode circular no meio científico da área	7	7	3	0	0,82
O instrumento pode promover mudança de comportamento e atitude dos familiares em relação ao cuidado do bebê.	9	6	2	0	0,88
Conteúdo					0,84
O instrumento é apropriado para auxiliar no cuidado do bebê prematuro que receberá alta hospitalar.	8	7	2	0	0,88
O instrumento é claro e objetivo.	6	7	4	0	0,76
O instrumento está cientificamente correto.	7	5	3	2	0,70
Há sequência lógica no instrumento.	8	7	2	0	0,88
O instrumento ressalta a importância do cuidado.	7	8	2	0	0,88
O título e o subtítulo do instrumento são pertinentes.	7	9	1	0	0,94
Linguagem					0,89
As informações apresentadas são claras e compreensíveis ao se levar em consideração o nível de experiência do público-alvo.	5	10	2	0	0,88
O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo	8	8	1	0	0,94
As informações estão bem estruturadas com relação à ortografia.	7	9	1	0	0,94
A escrita utilizada é atrativa.	5	9	2	0	0,82
Relevância					0,79
Os temas questionados retratam aspectos-chave que devem ser reforçados no cuidado de prematuros que serão egressos do ambiente hospitalar.	8	6	3	0	0,82
O instrumento traz conhecimentos que estimulam o cuidado ao prematuro egresso do ambiente hospitalar.	7	8	2	0	0,88
O instrumento aborda os assuntos necessários para o cuidado de prematuros egressos no domicílio.	5	7	5	0	0,70
O instrumento está adequado e pode ser usado como ferramenta para promover a educação em saúde dos familiares cuidadores do prematuro.	8	5	4	0	0,76

Tabela 1 – Cont.

	Totalmente adequado	Adequado	Parcialmente adequado	Inadequado	IVC*
Layout					0,90
A apresentação do instrumento está atrativa e bem organizada.	2	13	2	0	0,88
O conteúdo está apresentado com letra em tamanho adequado.	6	9	2	0	0,88
O tipo de letra utilizado facilita a leitura do material.	7	10	0	0	1,00
As cores são adequadas e facilitam a leitura.	5	10	2	0	0,88
A disposição das informações está adequada.	6	8	3	0	0,82
O tamanho do instrumento está adequado.	6	10	1	0	0,94
Motivação					0,94
O conteúdo do instrumento desperta interesse para a aplicação.	7	9	1	0	0,94
O conteúdo está motivador e incentiva o pesquisador a prosseguir a aplicação do mesmo.	7	9	1	0	0,94
Cultura					0,88
O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto.	7	8	2	0	0,88

*IVC: Índice de validação de conteúdo.

As principais modificações elencadas pelos juízes estavam relacionadas ao que deveria ser especificamente orientado, de forma que qualquer pessoa que utilizasse o instrumento para a instrumentalização o fizesse da mesma forma. Neste contexto, para cada item do instrumento foi acrescida uma coluna referente ao que deve ser orientado seguido de uma checagem a ser realizada pelo profissional de enfermagem durante o processo de alta, assim como previamente pensado na primeira versão. O instrumento formalizado após adequação das sugestões elencadas pelos juízes pode ser observado no material suplementar:

Vale ressaltar que de todos os itens avaliados, somente a relevância alcançou IVC de 0,79, mas ainda assim próximo do que é preconizado (0,80), fato que não inviabiliza a utilização do instrumento no meio acadêmico e assistencial.

DISCUSSÃO

A existência de instrumentos que orientem a equipe de forma a sistematizar o processo de alta é essencial para organizar o trabalho e fazer com que este flua de forma contínua, considerando que todos os profissionais envolvidos na desospitalização estão aptos a orientar a família, de modo que o objetivo é focado em tornar os cuidadores como protagonistas do cuidado, seguindo as recomendações previamente propostas, juntamente com o desenvolvimento de um processo avaliativo e evolutivo¹⁵.

Ao utilizar uma ferramenta específica para o planejamento de alta, o enfermeiro, enquanto líder da equipe, consegue visualizar este momento como algo contínuo ao longo da internação e sistematizá-lo, assim como faz com a aplicação do processo de enfermagem¹⁶.

É importante destacar que após o advento da pandemia de Covid-19 a população integrante da UTI neonatal sofreu certas alterações. Se no início as unidades recebiam em sua grande maioria bebês nascidos prematuramente, durante os anos de 2020 a 2021, boa parte dos recém-nascidos

que necessitaram de internação intensiva logo após o parto, era classificada como pré-termo tardio, ou a termo¹⁷. Não se sabe exatamente até quando este perfil permanecerá, entretanto o instrumento criado e validado para o processo de alta neonatal pode ser aplicado em bebês maiores, uma vez que as orientações propostas podem ser replicadas a este grupo.

Estudo realizado com pais de bebês hospitalizados em UTI neonatal comprovou que a preparação para alta se inicia no momento da admissão, pois, por mais que o desejo de levar o filho para casa exista de forma intensa, quando o momento acontece os sentimentos que mais prevalecem são o de medo e o pavor. O objetivo da terapia intensiva não é apenas encaminhar para o domicílio um bebê saudável, mas enviá-lo para uma família capacitada, segura e preparada envolvendo orientação, acolhimento e apoio e não deve ser limitado à execução de tarefas 24 horas antes da desospitalização^{18,19}.

Quando os pais de bebês pré-termo são questionados após a alta hospitalar de seus filhos, as dúvidas que emergem são semelhantes e envolvem temas relacionados à amamentação, higiene, sinais de alerta à saúde, problemas de saúde, além das questões emocionais e práticas nos cuidados com o neonato. Nesse momento, tarefas simples tornam-se complicadas, reforçando que a transição do hospital para o domicílio deve ocorrer de forma segura, tranquila e em um contexto de continuidade, para empoderar e fortalecer as famílias no cuidado. Frente a isso, são necessários os instrumentos para educação em saúde e capacitação de pais e cuidadores²⁰.

A utilização de instrumentos tanto para processo de alta responsável como para outras situações que envolvem a saúde da criança hospitalizada é fundamental para o desenvolvimento de uma boa rotina assistencial e para a própria segurança do paciente²¹. O *checklist* construído apresenta em sua versão final não somente os principais cuidados a serem treinados/orientados, mas traz principalmente a forma de orientar. Depreende-se que por ser um processo, muitas das recomendações deverão ser revisadas e novamente treinadas, justificando as três colunas nominadas como orientado, auxiliado e apto.

O uso de ferramentas que auxiliem no desenvolvimento da promoção da saúde das crianças e ao mesmo tempo forneçam subsídios para os profissionais de saúde, articulando as necessidades da família com as orientações necessárias a esse bebê, pode contribuir para a aplicação de um processo de enfermagem pautado em evidências científicas, além de contribuir para a educação continuada e permanente²²⁻²³.

Apesar de o IVC relacionado à relevância ter apresentado valor ligeiramente inferior ao preconizado, quando o número de juízes que avaliou o *checklist* ultrapassa o número seis, pode-se considerar uma taxa de avaliação individual não inferior a 0,79 e global não inferior a 0,80⁹. O instrumento em questão foi avaliado por 16 juízes, logo, apresenta respaldo suficiente para ser utilizado na prática e garantir um processo de alta efetivo.

Destaca-se como limitação do estudo o fato de o instrumento ainda não ter sido aplicado na prática assistencial para avaliação dos resultados a longo prazo. Depreende-se que este processo será necessário em algum momento a fim de comprovar pela ótica tanto dos profissionais que atuam na unidade como das próprias famílias, sua relevância e importância na qualidade de vida dos bebês após a desospitalização.

Também se coloca como uma limitação, a necessidade do *checklist* ser validado por uma equipe multiprofissional a fim de pautar-se nas recomendações tangentes à uma desospitalização segura, agregando saberes de diferentes áreas em prol do bem-estar do bebê. Ainda neste contexto, tem-se o fato de que os profissionais ainda não foram treinados quanto à utilização do *checklist* e este deverá ocorrer de forma sistematizada, abrangendo todos os colaboradores da unidade e não somente à equipe de enfermagem de modo a se tornar uma rotina assistencial. Sabe-se das dificuldades relacionadas ao dimensionamento de pessoal, em especial na figura do enfermeiro,

porém o planejamento de alta necessita ser visualizado como uma prioridade assim como as outras demandas relacionadas à sobrevivência do neonato hospitalizado.

CONCLUSÃO

O *checklist* construído e validado intitulado Processo de Alta Neonatal apresentou IVC global de 0,87 e foi favorável na grande maioria dos critérios de avaliação, com exceção apenas da relevância. O instrumento pode ser implementado no âmbito assistencial e tende a contribuir para o desenvolvimento de alta responsável. Ressalta-se que sua utilização deve ter início no momento da admissão, em especial quando os pais são recepcionados na unidade, a fim de dar início ao processo de alta que acontecerá durante todo o período de hospitalização do bebê.

Apesar de o *checklist* ainda não ter sido utilizado na prática, sua construção ocorreu em consonância com as principais orientações recomendadas pelos órgãos oficiais no tangente ao cuidado neonatal e este pode ser uma ferramenta importante na sistematização da alta da enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Abdek RNM, Khader YS, Batieha AM. The incidence, risk factors, and mortality of preterm neonates: A prospective study from Jordan (2012-2013). *Turk J Obstet Gynecol* [Internet]. 2017 [acesso 2023 Jun 06];14(1):28-36. Disponível em: <https://doi.org/10.4274/tjod.62582>
2. 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* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Mar 30];7:e37–46. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30451-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30451-0)
3. Kc A, Gurung R, Kinney MV, Sunny AK, Moinuddin M, Basnet O, et al. Effect of the COVID-19 pandemic response on intrapartum care, stillbirth, and neonatal mortality outcomes in Nepal: A prospective observational study. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Mar 30];8:e1273–81. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30345-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30345-4)
4. Chateau D, Tan Q, Kearns K, Raimondi C, Vaccaro C, Lavu A, et al. Preterm birth and stillbirth rates associated with socioeconomic disparities during COVID-19 pandemic: A population-based cross-sectional study. *BMJ Paediatr Open* [Internet]. 2023 [acesso 2023 Mar 30];7(1):e001686. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9943698/>
5. Ottolini KM, Andescavage N, Keller S, Limperopoulos C. Nutrition and the developing brain: the road to optimizing early neurodevelopment: A systematic review. *Pediatr Res* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Jun 06];87(2):194-201. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41390-019-0508-3>
6. American Academy of Pediatrics (AAP). Committee on Fetus and Newborn. Hospital discharge of the high-risk neonate. *Pediatrics* [Internet]. 2008 [acesso 2023 Mar 30];122:1119-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2174>
7. Lima MADS, Magalhães AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF,
8. et al. Care transition strategies in Latin American countries: An integrative review. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Jun 06];39:e20180119. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>
9. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Seguimento ambulatorial do recém-nascido de risco [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2012 [acesso 2023 Mar 25]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Seguimento_prematuro_ok.pdf
10. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2011 [acesso 2023 Mar 17];16(7):3061-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>

11. Souza de Nieto G, Rugolo LM, Sadeck LSR, Silveira RC, Garbers R. Nascer prematuro: manual de orientação aos pais, familiares e cuidadores de prematuros na alta hospitalar [Internet]. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016 [acesso 2023 Mar 18]. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/PDF/Manual%20de%20orientacao%20pais%20de%20prematuros.pdf>
12. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and metaanalysis protocol statement. *Syst Rev* [Internet]. 2015 [acesso 2023 Jun 6];4:1. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
13. Bengozi TM, Souza SNDH, Rosseto EG, Radigonda B, Hayakawa LM, Ramalho DP. Uma rede de apoio à família do prematuro. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2010 [acesso 2023 Jun 06];9(1):155-60. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10565>
14. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 9th ed. Porto Alegre, RS (BR): Artmed; 2019.
15. Massaroli A, Martini JG, Lino MM, Spenassato D, Massaroli R. The Delphi method as a methodological framework for research in nursing. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2023 Jul 06];26:e1110017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001110017>
16. Litt JS, Campbell DE. High-risk infant follow-up after NICU Discharge: Current care models and future considerations. *Clin Perinatol* [Internet]. 2023 [acesso 2023 Mar 20];50(1):225-38. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clp.2022.11.004>
17. Nunes ECDA, de Menezes Filho NA. Sistematização da alta de enfermagem – Uma análise fundamentada em Roy. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2023 Mar 19];21(2):01-09. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45875/28547>
18. Aguiar JRV, Dornelles C, Prado ARA, Barros FCLF, Arrieira R de O. Assessment of hospitalizations of newborns in a neonatal ICU during a pandemic. *Rev Urug Enferm* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Mar 18];17(2):e2022v17n2a7. Disponível em: <https://doi.org/10.33517/rue2022v17n2a7>
19. Padratzic HC, Love K. NICU discharge preparation and transition planning: Foreword. *J Perinatol* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Mar 20];42:3-4. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41372-022-01311-x>
20. Gupta M, Pursley DM, Smith VC. Preparing for discharge from the neonatal intensive care unit. *Pediatrics* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Jun 06];143(6):e20182915. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2915>
21. Silva CG, Fujinaga CI, Brek EF, Valenga F. Care of preterm newborns after hospital discharge: Investigation of family demands. *Saud Pesq* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Mar 18];14(2):289-97. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/9035/6605>
22. Melo AVOG, Nascimento MAL. Elaboração e validação de lista de verificação para a segurança da criança hospitalizada. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Jun 06];31:e20210189. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0189>
23. Oliveira ES, Cardoso MVLML, Santos JEP, Linhares IA, Bezerra CM, Martins MC. Questionário para avaliar o conhecimento dos pais sobre alimentação complementar do lactente: construção e validação. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Jun 06];31:e20220011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0011pt>
24. Silva FL, Silva SMA, Grimaldi MRM, Barros LM, Sá GGM, Galindo Neto NM. Ressuscitação cardiopulmonar em gestantes: construção e validação de checklist para avaliar prática da enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Jun 6];31:e20220038. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0038pt>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído do projeto – Uso do telemonitoramento como estratégia de continuidade de cuidado ao bebê prematuro, elaborado durante o período de estágio Pós-doutoral, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, em 2023.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Uema RTB, Radovanovic CAT.

Coleta de dados: Uema RTB.

Análise e interpretação dos dados: Uema RTB, Radovanovic CAT.

Discussão dos resultados: Uema RTB, Radovanovic CAT.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Uema RTB, Rodrigues TFCS, Back IR, Zulin A, Santos FGT, Plantier GM, Bernal SCZ, Radovanovic CAT.

Revisão e aprovação final da versão final: Uema RTB, Rodrigues TFCS, Back IR, Zulin A, Santos FGT, Plantier GM, Bernal SCZ, Radovanovic CAT.

AGRADECIMENTO

Agradecemos aos participantes do estudo que gentilmente cederam seu tempo para participar da coleta de dados.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, parecer n. 5.118.863.

Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 51843221.6.0000.0104

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: José Luís Guedes dos Santos, Maria Lígia Bellaguarda

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini

HISTÓRICO

Recebido: 11 de maio de 2023.

Aprovado: 13 de junho de 2023.

AUTOR CORRESPONDENTE

Roberta Tognollo Borotta Uema

robertaborotta@hotmail.com

MATERIAL SUPLEMENTAR

O seguinte material suplementar está disponível online:

Processo de Alta Neonatal

