

Validação de conteúdo de instrumento de avaliação do recém-nascido

Content validation of an infant evaluation instrument

Validación de contenido de instrumento para evaluación del recién nacido

Luana Amaral Alpirez¹

David Lopes Neto¹

Mitsi Silva Moisés¹

Valéria Pacheco Dias¹

Descritores

Saúde da criança; Serviços de saúde da criança;
Serviços de saúde materno-infantil; Estudos de validação

Keywords

Child health; Child health services; Maternal-child health services; Validation studies

Descriptores

Salud del niño; Servicios de salud del niño;
Servicios de salud materno-infantil; Estudios de validación

Submetido

14 de Outubro de 2017

Aceito

6 de Março de 2018

Resumo

Objetivo: Validar o conteúdo de um instrumento de avaliação do recém-nascido baseado nas intervenções propostas pela Primeira Semana de Saúde Integral.

Métodos: Pesquisa metodológica realizada em duas fases: definição das variáveis do instrumento e validação de conteúdo. Utilizou-se da aplicação da Técnica Delphi a um índice de 70% como nível mínimo de consenso. Para validar a consistência interna do instrumento, foram aplicados o estimador de confiabilidade alfa de Cronbach e o estimador *greatest lower bound*.

Resultados: O instrumento apresentou adequação quanto à aparência geral (90%), facilidade de entendimento (90 a 100%), viabilidade para prática assistencial (100%) e itens contemplados (100%).

Conclusão: O instrumento desenvolvido demonstrou validade de conteúdo e compatibilidade para avaliar o recém-nascido na primeira semana de vida. Poderá, portanto, constituir-se em ferramenta prática para qualificar e direcionar as intervenções em saúde realizadas aos recém-nascido no contexto na Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Objective: To validate the content of an infant evaluation instrument based on the interventions proposed by the First Integral Health Week.

Methods: Methodological research developed in two phases: definition of the instrument variables and content validation. The application of the Delphi Technique was used with a minimum consensus level of 70%. To validate the internal consistency of the tool, the reliability estimator Cronbach's alpha and the estimator *greatest lower bound* were applied.

Results: The instrument was considered appropriate in terms of general lay-out (90%), easy understanding (90 to 100%), feasibility for care practice (100%) and items addressed (100%).

Conclusion: The instrument developed demonstrated content validity and compatibility to assess the infant in the first week of life. Therefore, it can serve as a practical tool to qualify and guide the health interventions involving infants in the context of Primary Health Care.

Resumen

Objetivo: Validar el contenido de un instrumento para evaluación del recién nacido basado en las investigaciones propuestas por la Primera Semana de Salud Integral.

Métodos: Investigación metodológica, realizada en dos fases: definición de variables del instrumento y validación de contenido. Se aplicó la Técnica Delphi a un índice de 70% como nivel mínimo de consenso. Para validar la consistencia interna del instrumento, se utilizaron el estimador de confiabilidad Alfa de Cronbach y el *greatest lower bound*.

Resultados: El instrumento mostró adecuación respecto de apariencia general (90%), facilidad de comprensión (90 a 100%), viabilidad para la práctica asistencial (100%) e items contemplados (100%).

Conclusión: El instrumento desarrollado demostró validez de contenido y compatibilidad para evaluar al recién nacido en su primera semana de vida. Podrá, consecuentemente, constituirse en herramienta práctica para calificar y orientar las intervenciones en salud realizadas a recién nacidos en el ámbito de la Atención Primaria de Salud.

Autor correspondente

Valéria Pacheco Dias
http://orcid.org/0000-0002-6079-1807
E-mail: enf.vpdias@gmail.com

DOI

http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800019



Como citar:

Alpirez LA, Lopes Neto D, Moisés MS, Dias VP. Validação de conteúdo de instrumento de avaliação do recém-nascido. Acta Paul Enferm. 2018; 31(2):123-9.

¹Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.
Conflitos de interesse: nada a declarar.

Introdução

Apesar dos avanços nas taxas de sobrevivência infantil, as estatísticas mundiais revelam que cerca de 15% dos nascimentos esperados resultarão em complicações com risco de vida durante a gravidez, parto ou puerpério, sobretudo na primeira semana de vida.^(1,2)

Em reconhecimento a relevância do tema da mortalidade materna e neonatal para os dias atuais, a Organização das Nações Unidas (ONU) propôs como uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável acabar com mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para 12 por 1.000 nascidos vivos até 2030 (ONU, 2015).⁽³⁾

A criança na primeira semana de vida encontra-se mais vulnerável a agravos relacionados a determinantes biológicos, socioeconômicos e de atenção à saúde, por tratar-se de um período considerado de adaptações no meio extrauterino, o que faz o acompanhamento materno-infantil indispensável a promoção de saúde.⁽⁴⁻⁶⁾ Nesse contexto, a assistência direcionada pelos profissionais ao neonato deve contemplar ações retomadas a identificação das dificuldades enfrentadas pela mãe no cuidado do recém-nascido e na avaliação para detecção de sinais precoce de doença de maneira a que se efetue ações de integralidade do cuidado.⁽⁷⁾

O Brasil apresenta avanços no combate a mortalidade infantil, porém tal fato ainda é considerado como um problema social de alta magnitude. Essa situação tem motivado o Ministério da Saúde (MS) a estabelecer, viabilizar e organizar estratégias a fim de qualificar as Redes de Atenção à Saúde Materno-Infantil instituindo programas e políticas de saúde que contemplem ações de promoção, prevenção de agravos e a vigilância em saúde.^(5,8)

Dentre as propostas desenvolvidas pelo MS para qualificar a assistência direcionada ao RN têm-se desde 1996 a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Trata-se de uma ação mundial, articulada inicialmente pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em parceria com o Fundo das Nações Unidas da Infância e Adolescência (UNICEF), com o objetivo de aprimorar a atenção

prestada pelos profissionais de saúde a partir da definição de um conjunto de critérios para avaliar sistematicamente, classificar e tratar as doenças prevalentes em crianças menores de cinco anos. O AIDPI se propõe a avaliar de maneira sistemática e integral sinais clínicos preditivos de agravos a saúde.^(9,10)

Prosseguindo com a criação de estratégias que visam à redução da mortalidade neonatal o MS em 2004, criou a agenda de Compromissos à Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que consiste na recomendação de diretrizes a partir de linhas de cuidado para todos os níveis de atenção, principalmente na Atenção Primária. Uma das iniciativas que se destaca neste cenário tem sido a linha de cuidados “Atenção Humanizada e qualificada para a gestante e recém-nascido. Está linha de cuidado contém ações direcionadas pela “Primeira Semana Saúde Integral (PSSI)”, que designa prioridades das intervenções em saúde aos primeiros sete dias de vida do recém-nascido.⁽¹¹⁾

As ações preconizadas pela PSSI englobam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, sendo considerado o eixo norteador da atenção integral à saúde da criança. Prevê, ações intersetoriais comprovadamente eficazes e necessárias para a promoção da saúde do neonato, porém, não há uma sistematização no processo de avaliação que permita que todos os recém-nascidos sejam avaliados considerando a mesma sequência de itens e critérios preconizados na agenda de Compromissos à Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil para a PSSI.^(5,12)

Desse modo, este estudo teve como objetivo validar o conteúdo de um instrumento de avaliação do recém-nascido baseado nas intervenções propostas pela Primeira Semana de Saúde Integral; no quadro de procedimentos de avaliação e classificação da criança de 0 a 2 meses do Manual AIDPI Neonatal e no Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada.

Métodos

Estudo descritivo, de abordagem quantitativa, de desenvolvimento metodológico, do tipo de valida-

ção de conteúdo por meio da aplicação da técnica *Delphi*, realizado em duas etapas:⁽¹³⁾

- a) Desenvolvimento de um instrumento para avaliação do recém-nascido na PSSI: O instrumento foi desenvolvido com base nas ações preconizadas na linha de cuidado “Primeira Semana de Saúde Integral” da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, no quadro de procedimentos de avaliação e classificação da criança de 0 a 2 meses do Manual AIDPI Neonatal. Este quadro de procedimentos possibilita avaliar e determinar a presença de doença grave ou infecção localizada na criança e no Manual Técnico Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.⁽¹²⁻¹⁵⁾

A composição do instrumento foi dividida em quatro blocos: Bloco A – dados de identificação da mãe, do pai, da criança e do profissional de saúde, antecedentes obstétricos da puerpera, informações gerais sobre o pré-natal, parto e nascimento. Bloco B - *check-list* dos sinais de perigo ao recém-nascido construído, tendo por base os itens de avaliação e classificação da criança de 0 a 2 meses, conforme o Manual AIDPI Neonatal. Bloco C – contempla itens para avaliar as ações preconizadas na Primeira Semana de Saúde Integral sendo eles: triagem clínica neonatal, situação vacinal da criança, orientações sobre o aleitamento materno, cuidado de higiene do recém-nascido e da mãe. Bloco D – avaliação do estado geral da mãe (puerpério), situações de risco para mãe-bebê, agendamentos de consultas.

- b) Validação de conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na PSSI com uso da Técnica *Delphi*: Adotou-se o índice de 70% como nível mínimo de consenso a ser obtido pelos juízes na validação do instrumento.⁽¹⁶⁾ Nessa etapa, o estudo foi realizado em três fases. Sendo a primeira delas a fase de análise de conteúdo do instrumento por juízes especialistas atribuindo escores (1- não pode ser avaliado; 2- ruim; 3 – bom; 4- ótimo) em relação aos aspectos de aparência geral, facilidade de entendimento, viabilidade para prática assistencial e

pertinência dos tópicos. A segunda fase corresponde à correção e incorporação das sugestões no instrumento segundo análise dos juízes e a terceira fase refere-se à validação estatística do conteúdo do instrumento.

A seleção dos juízes procedeu pela busca em currículos disponibilizados na Plataforma *Lattes* e nos organogramas do Ministério da Saúde, das secretarias municipais, estaduais de saúde para identificar os profissionais que estavam atuando na Gestão da Saúde da Criança e da Rede Cegonha.

Foram convidados 14 profissionais para atuarem como juízes. Desses, 10 aceitaram fazer parte da pesquisa. Os juízes selecionados receberam uma carta-convite por *e-mail*, que explicava o objetivo do estudo e os critérios da escolha deles, tendo eles o prazo de até 20 dias para devolução do material avaliado. Todos os juízes receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um questionário para caracterização dos juízes, um questionário do instrumento a ser analisado e um formulário com instruções.

Todos os instrumentos foram devolvidos pelos 10 juízes no prazo estabelecido e obteve-se o consenso de 95% de concordância para todos os itens por blocos do instrumento de avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral, sendo, portanto, validado na primeira fase *Delphi*.

Os dados foram coletados no período de abril a junho de 2014 e analisados por meio de estatística descritiva, medindo-se a porcentagem de concordância dos juízes para cada item por bloco. Para validar a consistência interna das respostas dos juízes, foram aplicadas duas medidas capazes de estimar a confiabilidade, o alfa de *Cronbach* e o estimador *glb* (*greatest lower bound*).⁽¹⁶⁾ O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, CAAE 28809114.1.0000.5020.

Resultados

Quanto à caracterização sociodemográfica dos juízes participantes da pesquisa, identificou-se que dos dez juízes, nove eram mulheres, com idade entre 33 e 53 anos, tempo de serviço em neonatologia e/ou

pediatria entre 05 e 26 anos de trabalho, pós-graduação *lato sensu* (especialista) (7) e *stricto sensu* em nível de mestrado (2) e doutorado (1). Em relação a atuação na área da saúde da criança, verificou-se que quatro juízes desenvolviam suas atividades na atenção primária à saúde, quatro na gestão e planejamento, da assistência à criança hospitalizada com *expertise* em validação de tecnologias educacionais e um na docência do ensino superior.

Houve consenso de 95% pelos juízes quanto aos itens avaliados na Fase I da Técnica *Delphi*, o que determinou, nessa fase, o encerramento da validação do instrumento. Para a análise, foram considerados os 10 questionários devolvidos.

Considerando os conceitos *bom* e *ótimo* demonstrados, verificou-se que houve consenso entre os juízes de 90%, no Bloco A, referente aos itens *aparência geral* e *facilidade de entendimento*. No bloco B (avaliação de sinais de perigo no recém-nascido), houve unanimidade de concordância de 100% entre os juízes, alcançado dessa forma a validade de conteúdo. A avaliação do Bloco C, apontou os conceitos *bom* e *ótimo*, com um consenso de 90 a 100% dos juízes quanto aos itens avaliados. Quanto aos itens propostos em relação ao Bloco D do instrumento, os conceitos *bom* e *ótimo* denotaram concordância de 100% entre os juízes.

A análise estatística descritiva, calculando as medidas de tendência central e variância entre as notas dos juízes, confirmou o consenso em relação aos itens avaliados (Tabela 1).

De acordo com a tabela 1, analisando os quatro itens avaliados pelos juízes, observou-se que para o bloco A, B, C e D a média variou entre (3,5 e 3,8), (3,7 e 3,9), (3,7 a 4,0) e (3,9 a 4,0) respectivamente, ficando próxima da nota máxima da variação evidenciando o consenso das notas entre *bom* e *ótimo*. No bloco C no item *viabilidade para a prática assistencial*, a nota máxima foi alcançada, corroborando com a concordância entre os juízes em relação a este bloco do instrumento. Já média e a mediana se aproximaram, o que demonstrou uma simetria dos dados; o desvio padrão evidenciou que o grau de variabilidade entre as notas foi mínimo, confirmando o consenso dos juízes em relação aos Blocos A, B, C e D do instrumento.

Tabela 1. Medidas de tendência central e variância nas notas de julgamento dos juízes especialistas sobre o conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral - bloco A, B, C e D

Bloco	Média	Mediana	DP	Máx.	Mín.
Bloco A					
1. Aparência Geral	3,5	4,0	0,707	4	2
2. Facilidade de entendimento	3,7	4,0	0,675	4	2
3. Viabilidade de Prática assistencial	3,8	4,0	0,422	4	3
4. Itens contemplados	3,5	3,5	0,527	4	3
Bloco B					
1. Aparência Geral	3,9	4,0	0,316	4	3
2. Facilidade de entendimento	3,7	4,0	0,483	4	3
3. Viabilidade de Prática assistencial	3,9	4,0	0,316	4	3
4. Itens contemplados	3,8	4,0	0,422	4	3
Bloco C					
1. Aparência Geral	3,7	4,0	0,675	4	2
2. Facilidade de entendimento	3,8	4,0	0,632	4	2
3. Viabilidade de Prática assistencial	4,0	4,0	0,000	4	4
4. Itens contemplados	3,8	4,0	0,632	4	2
Bloco D					
1. Aparência Geral	3,9	4,0	0,316	4	3
2. Facilidade de entendimento	3,9	4,0	0,316	4	3
3. Viabilidade de Prática assistencial	4,0	4,0	0,000	4	4
4. Itens contemplados	4,0	4,0	0,000	4	4

DP – Desvio Padrão; Máx. – Máxima; Mín. – Mínimo

Em relação as modificações sugeridas pelos juízes têm-se, no quesito *itens contemplados* que dois juízes recomendaram suprimir a informação *número do GIL* (Gerenciador de Informações Locais), por não ser este um sistema de informação universal, tendo sido este campo alterado para Cartão Nacional de Saúde. Ainda neste item, um juiz propôs inserir um campo para *intercorrência pós-natal* e outros dois juízes sugeriram a inserção do campo *tipo de parto* (*normal, cesáreo e fórceps*), sugestões incorporadas ao instrumento.

Já no bloco C duas sugestões foram apontadas por parte de um dos juízes, as quais foram consideradas pertinentes e inclusas no instrumento: complementar o questionamento quanto ao *aleitamento materno*, incluindo um espaço para avaliar se o recém-nascido estava em *Aleitamento Materno Exclusivo (AME)* ou em *Aleitamento Materno Misto (AMM)* e a outra foi inserir um campo para avaliar *problemas com a mama*, visando oportunizar a avaliação da mama da puérpera.

No bloco D em item denominado *Situações de risco para o bebê e para a mãe*, no qual aparece a nomenclatura *Mãe com deficiência auditiva, visual e/ou mental*. Um juiz sugeriu alterar a nomenclatura,

seguindo a legislação vigente, para *Mãe com deficiência física, sensorial (auditiva e visual) e mental*.

Em relação ao layout do instrumento houve sugestões de modificações de dois juízes para o Bloco A e um juiz que atribuiu o conceito *ruim*, para o Bloco C. As modificações sugeridas foram acatadas e dizem respeito à aumentar o tamanho da fonte (letra) e do espaçamento para o preenchimento das respostas visando facilitar a leitura e a compreensão do conteúdo do instrumento. No que se refere à *pertinência*, do instrumento os Blocos A e C atingiram 90% de consenso e os Blocos B e D 100% de concordância entre os juízes.

Antes de verificar a consistência interna do instrumento, verificou-se se os aspectos estavam mensurando a mesma variável. Percebeu-se altas correlações entre os itens A1, A2, C1, C2, D1, D2, enquanto que os itens do Bloco B se apresentaram correlacionados consigo mesmos. Os itens C3, D3, D4 não estão presentes por apresentaram desvio-padrão igual a zero (Figura 1). Com isso, afirma-se que os aspectos Aparência Geral e Facilidade de entendimento, para os Blocos A, C e D, medindo a mesma variável, foram considerados como um único aspecto. Como o Bloco B tratou de sinais de perigo, tendo aspectos distintos dos outros três blocos, há probabilidade de afirmar que os itens desse bloco estejam medindo uma mesma variável sobre a qualidade dos itens de sinais de perigo.

Para avaliação da consistência interna, foram assumidas as seguintes dimensões: Dimensão 1: aparência geral e facilidade de entendimento (itens A1, A2, C1, C2, D1, D2); Dimensão 2: questões sobre sinais de perigo (itens B1, B2, B3, B4);

Dimensão 3: nesta dimensão estão os itens A3, A4 e C4, embora estes itens estejam relacionados com a viabilidade prática e sobre os itens contemplados pelo instrumento, não evidencia a existência de evidências de que os itens formam uma dimensão, mas para fins de cálculo de consistência, eles foram agregados constituindo a dimensão.

A consistência interna do instrumento está relacionada com a capacidade dos itens de uma mesma dimensão serem consistentes com o que de fato se pretende medir. Para itens em uma mesma dimensão, a consistência interna foi medida através da confiabilidade, que é a razão entre a variância do item e a variância do constructo.

Antes de calcularmos o alfa de *Cronbach* e o estimador *glb*, foi importante notabilizar que houve correlações perfeitas entre os seguintes pares de itens (Figura 1): (A2, C1), (C2, D1), (C2, D2), (D1, D2) e (B1, B3). A medida *glb* não pode ser calculada na presença de correlações perfeitas. Além disso, enfatiza-se que o alfa de *Cronbach* tende a apresentar um valor alto se existirem medidas com correlações perfeitas, podendo gerar uma estimativa impossível para a confiabilidade. Portanto, para medir a confiabilidade da dimensão 1, foram utilizados somente os itens A1, A2 e C2 e para a confiabilidade da dimensão 2, foram utilizados os itens B1, B2 e B4.

As estimativas dos limites inferiores para a confiabilidade utilizando o alfa de *Cronbach* e o *glb* ficaram assim descritos: Dimensão 1 – aparência geral e facilidade de entendimento: Alfa de Cronbach (0,9281) e *glb* (0,9302); Dimensão 2 - sinais de perigo: Alfa de Cronbach (0,8365) e *glb* (0,8678);

	A1	A2	A3	A4	B1	B2	B3	B4	̄	̄	̄	̄	̄
A1	1	0.81	0.37	-0.15	0.25	-0.16	0.25	0	0.81	0.75	-0.25	0.75	0.75
A2	0.81	1	0.16	-0.16	-0.16	-0.31	-0.16	-0.23	1	0.88	-0.16	0.88	0.88
A3	0.37	0.16	1	0.5	-0.17	-0.33	-0.17	-0.25	0.16	-0.17	-0.17	-0.17	-0.17
A4	-0.15	-0.16	0.5	1	-0.33	-0.22	-0.33	0	-0.16	-0.33	0.33	-0.33	-0.33
B1	0.25	-0.16	-0.17	-0.33	1	0.51	1	0.67	-0.16	-0.11	-0.11	-0.11	-0.11
B2	-0.16	-0.31	-0.33	-0.22	0.51	1	0.51	0.76	-0.31	-0.22	-0.22	-0.22	-0.22
B3	0.25	-0.16	-0.17	-0.33	1	0.51	1	0.67	-0.16	-0.11	-0.11	-0.11	-0.11
B4	0	-0.23	-0.25	0	0.67	0.76	0.67	1	-0.23	-0.17	-0.17	-0.17	-0.17
C1	0.81	1	0.16	-0.16	-0.16	-0.31	-0.16	-0.23	1	0.88	-0.16	0.88	0.88
C2	0.75	0.88	-0.17	-0.33	-0.11	-0.22	-0.11	-0.17	0.88	1	-0.11	1	1
C4	-0.25	-0.16	-0.17	0.33	-0.11	-0.22	-0.11	-0.17	-0.16	-0.11	1	-0.11	-0.11
D1	0.75	0.88	-0.17	-0.33	-0.11	-0.22	-0.11	-0.17	0.88	1	-0.11	1	1
D2	0.75	0.88	-0.17	-0.33	-0.11	-0.22	-0.11	-0.17	0.88	1	-0.11	1	1

Figura 1. Correlações entre os itens. Os itens C3, D3 e D4 não estão presentes devido a falta de variabilidade

Dimensão 3 – viabilidade prática e itens contemplados Alfa de Cronbach (0,7404) e *glb* (0,7339).

Embora não exista uma escala universal para a confiabilidade, é comum considerar valores acima de 0,7 como aceitáveis, o que tornou os julgamentos dos juízes consistentes para as três dimensões.

Discussão

Considerando a importância do período de nascimento para a mãe e para o recém-nascido, a agenda mundial de saúde pós 2015 estabelece que a sobrevivência do RN deve se tornar uma prioridade global, cabendo a cada país se mover no sentido de promover boas práticas de cuidados especiais neonatais, especialmente na detecção de sinais de perigo.^(17,18)

A prática clínica ampliada com os saberes, sentimentos e vivências da mãe e familiares auxiliam os profissionais de saúde no diagnóstico, planejamento dos cuidados e tratamento adequado. Devendo ser, portanto, uma ação de cooperação e articulação entre profissional, mãe e família, daí observa-se a importância da construção de um instrumento para sistematização da assistência nesse período.⁽¹⁹⁾

Os índices obtidos no processo de validação de conteúdo do instrumento estudado indicaram alta confiabilidade. A análise feita a partir dos juízes especialistas contribuiu na construção do material na medida em que sugeriram mudanças em terminologias e inserções de itens de avaliação. Todas as sugestões foram incorporadas ao conteúdo, de modo que favorecerão o sucesso na aplicação do instrumento.

A elaboração de um instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral, pode colaborar na qualificação do cuidado, perinatal, em todos os níveis de assistência, ao ponto de reconhecermos as situações de risco e a provisão de cuidados apropriados e resolutivos para o provimento desenvolvimento de respostas positivas para a sobrevivência e qualidade de vida das crianças recém-nascidas, com a efetiva participação da equipe multiprofissional de saúde que atua por meio da triagem clínica neonatal.^(20,21)

Apesar do comprovado rigor na validação de conteúdo do instrumento, deve-se prosseguir com

as etapas seguintes, para equivalência operacional e de mensuração. Para tanto, é necessário à sua aplicação em campo de prática, para que seja possível verificar sua eficiência.

Conclusão

Os resultados obtidos no estudo da confiabilidade e da validade do instrumento de avaliação do recém-nascido na primeira semana de saúde integral apontaram propriedades psicométricas aceitáveis à sua utilização nos serviços de saúde pública na atenção à criança na primeira semana de vida. O consenso dos juízes forneceu evidências para a validação do constructo (instrumento) e do conteúdo, com a inclusão dos itens por eles recomendados. A validade concorrente de cada item, separadamente, e o instrumento de forma global, foram medidos com desfecho significativo, seguindo o rigor metodológico da técnica Delphi. Por fim, sugere-se a realização de estudos futuros para verificação da aplicabilidade do instrumento de avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral, visando contribuir para o aprimoramento da assistência ao recém-nascido na Atenção Primária à Saúde, inclusive, com sua disposição por meio da tecnologia da informação em meio eletrônico.

Colaborações

Alpirez LA, Lopes Neto D, Moisés MS e Dias VP declaram que contribuíram com a concepção do projeto, redação do artigo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Otolorin E, Gomez P, Currie S, Thapa K, Dao B. Essential basic and emergency obstetric and newborn care: from education and training to service delivery and quality of care. *International J Gynecol Obstet*. 2015; 130(2):46-53.
2. Lassi AS, Salam RA, Das JK, Bhutta ZA. Essential interventions for maternal, newborn and child health: background and methodology. *Reprod Health*. 2014; 11(Suppl1):1.

3. Organização das Nações Unidas (ONU). Guia sobre desenvolvimento sustentável- 17 objetivos para transformar o nosso mundo. Genebra; ONU: 2015
4. Teixeira GA, Costa FM, Mata MS, Carvalho JB, Souza NL, Silva RA. Fatores de risco para a mortalidade neonatal na primeira semana de vida. *Fundam Care Online*. 2016; 8(1):e4036-46.
5. Gaiva MA, Dias NS, Siqueira VC. Atenção ao neonato na estratégia saúde da família: avanços e desafios para a atenção integral. *Cogitare Enferm*. 2012; 17(4):730-7.
6. Castro AC, Duarte ED, Diniz IA. Intervenção do enfermeiro às crianças atendidas no ambulatório de seguimento do recém-nascido de risco. *Rev Enferm Centro-Oeste Mineiro*. 2017; 7(1159):1-8.
7. Reichert AP, Guedes AT, Pereira VE, Cruz TM, Santos NC, Collet N. Primeira semana saúde integral: ações dos profissionais de saúde na visita domiciliar ao binômio mãe-bebê. *Rev Enferm UERJ*. 2016; 24(5):1-6.
8. Andrade RD, Santos JS, Maia MA, Mello DF. Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(1):181-6.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Manual AIDPI Neonatal Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
10. Fujimori E, Higuchi CH, Cursino EG, Veríssimo MLÓR, Borges ALV, Mello DF, et al. Ensino da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância na graduação em enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013; 21(3):1-8.
11. Carvalho LM, Anjos DS, Rozendo CA, Costa LM. Agenda de compromisso para a saúde integral e redução da mortalidade infantil em um município de alagoas. *Rev Bras Promoc Saude*. 2013; 26(4):530-8.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução de mortalidade infantil. Série, Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 2004.
13. Hasson F, Keeney S. Enhancing rigour in the Delphi technique research. *Technol Forecast Soc Change*. 2011; 78:1695-704.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2a ed. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 2012.
15. Moreira MD, Gaiva MA. Abordagem do contexto de vida da criança na consulta de enfermagem. *Fundam Care Online*. 2017; 9(2):e432-440.
16. Almeida MA, Pergher AK, Canto DF. Validation of mapping of care actions prescribed for orthopedic patients onto the nursing interventions classification. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010; 18(1):1-8.
17. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951; 16(3):297-334.
18. Requejo JH, Bhutta ZA. The post-2015 agenda: staying the course in maternal and child survival. *Arch Dis Child*. 2015; 100(Suppl1):76-81.
19. Reichert AP, Rodrigues PF, Cruz TM, Dias TK, Tacla MT, Collet N. Percepção de mães sobre o vínculo com enfermeiros na consulta à criança. *Rev Enferm UFPE Online*. 2017; 11(2):e483-90.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2a ed. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 2009.
21. Leal GC, Wolff, LD, Gonçalves LS, Peres A M, Oliveira FA. Práticas de atenção perinatal em maternidades de risco habitual: avaliação na perspectiva de mulheres. *Cogitare Enferm*. 2016; 21(2):1-8.