



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Sabrina Silva dos Santos

**CONSTRUÇÃO DE ELEMENTOS ESTRUTURAIS DE UM DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM: ATRASO DO DESENVOLVIMENTO FÍSICO NO LACTENTE**

**REDENÇÃO
2018**

SABRINA SILVA DOS SANTOS

CONSTRUÇÃO DE ELEMENTOS ESTRUTURAIS DE UM DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: ATRASO DO DESENVOLVIMENTO FÍSICO NO LACTENTE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Tecnologia e Cuidados de Saúde no Cenário dos Países Lusófonos

Orientadora: Dra. Flávia Paula Magalhães Monteiro

**REDENÇÃO
2018**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Santos, Sabrina Silva dos.

S239c

Construção de elementos estruturais de um diagnóstico de enfermagem: atraso do desenvolvimento / Sabrina Silva dos Santos. - Redenção, 2018.

136f: il.

Dissertação - Curso de Mestrado Acadêmico Em Enfermagem, Programa De Pós-graduação Em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2018.

Orientador: Prof. Dra. Flávia Paula Magalhães Monteiro.

1. Diagnóstico em enfermagem. 2. Lactente. 3. Crescimento e Desenvolvimento. 4. Insuficiências no Crescimento. I. Título

CE/UF/BSCL

CDD 610.73

SABRINA SILVA DOS SANTOS

**CONSTRUÇÃO DE ELEMENTOS ESTRUTURAIS DE UM DIAGNÓSTICO
DE ENFERMAGEM: ATRASO DO DESENVOLVIMENTO FÍSICO NO
LACTENTE.**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico
em Enfermagem (MAENF) da Universidade
da Integração Internacional da Lusofonia Afro-
Brasileira (Unilab), como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: 27 / 02 / 2018.

BANCA EXAMINADORA

Flávia Paula Magalhães Monteiro

Flávia Paula Magalhães Monteiro
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB
Presidente

Tahissa Frota Cavalcante

Tahissa Frota Cavalcante
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB
Examinadora Interna

Emanuella Silva Joventino

Emanuella Silva Joventino
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB
Examinadora Interna

Vanessa Emille Carvalho de Souza Freire

Vanessa Emille Carvalho de Souza Freire
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB
Examinadora externa ao Programa

Aos meus pais, Pedro Cunha dos Santos e Maria de Lourdes Silva dos Santos, por abrirem mão dos seus sonhos para sonhar os meus. Meu primeiro e maior amor! Ao meu amado esposo, Eldevan Nascimento, meu melhor amigo. Seguindo comigo sempre!

AGRADECIMENTOS

Ao Eterno e Bondoso Deus, toda a minha gratidão. Porque dEle, por Ele e para Ele são todas as coisas. Ele é bom pra mim!

Aos meus pais, por toda dedicação, afeto, carinho, esforço, empenho e muito amor para que tudo isso foi possível. Uma vida inteira não será suficiente para recompensa-los. Assim, a vocês, todo o meu amor. O mérito aqui é todo de vocês.

Ao meu amor de sempre, meu esposo Eldevan Nascimento, por seguir comigo em todos os momentos, sempre torcendo e me fazendo acreditar sempre no melhor. Compartilhar a vida, o amor e minhas conquistas com você é, no mínimo, extraordinário. Nós, felizes! Amo-te.

As minhas irmãs queridas, Sara e Shirley, e minha sobrinha Nicolý, por todo apoio, incentivo, admiração e torcida ao longo dessa jornada. Vocês são as melhores!

À minha orientadora, Prof^a Dra^a Flávia Paula Magalhães Monteiro, pelo privilégio de compartilhar comigo tantos ensinamentos ao longo desse caminho, pelo grau de exigência em cada detalhe da minha trajetória, pois me fez crescer e a cada dia me superar. Obrigada por acreditar e investir em mim me concedendo inúmeras oportunidades ao longo desses dois anos.

Aos membros da Banca Examinadora pela disponibilidade de compartilhar comigo seus ricos ensinamentos na melhoria desse trabalho.

À minha família Cunha e família Silva que, mesmo distante, sei que estão vibrando e torcendo por mim, desde o primeiro dia.

As minhas queridas e amáveis amigas, Cleana e Netinha, por todo apoio e carinho. As viagens à Redenção foram sempre muito mais prazerosas com vocês ao meu lado. Obrigada por tudo!

Aos amigos que o mestrado me fez encontrar: Alex, desde os tempos da graduação, sempre com palavras de acalento em momentos difíceis e partilhando das mesmas emoções. Allyson, por todos os momentos de risos e refrigério. Ao sergipano mais cearense que há, Marks, amigo e meu companheiro de casa em Redenção. Obrigada por todo apoio! A minha doce e querida, Gilmara, minha companheira de quarto, confidente, dividimos ansiedade, tristeza, angústia, mas muitos sorrisos, alegrias e carinho.

Ao amigo, Jair Pereira, por sempre ter uma palavrinha mágica de admiração e apoio.

Aos companheiros do Grupo de Processo de Cuidar em Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente, em especial, Socorro, Raul, Evair e Jamila, por dividir comigo o conhecimento.

A todo corpo docente do Programa de Pós-Graduação MAENF pela contribuição em prol do meu crescimento profissional.

“Porque nEle vivemos, e nos movemos, e existimos (...)”
Atos 17.28

RESUMO

O estudo teve por objetivo a construção dos elementos estruturais de um diagnóstico de enfermagem voltado para o atraso do desenvolvimento físico no lactente. Estudo do tipo metodológico, constituído por etapas sistematizadas e pré-estabelecidas, por meio da análise de conceito, segundo o referencial teórico de Walker e Avant e revisão integrativa. A busca das referências foi realizada em seis bases de dados: SCOPUS, PubMed, LILACS, Web of Science, Science Direct e nos periódicos do Journal Human Growth and Development. Foram utilizados os descritores: Crescimento e Desenvolvimento, Crescimento, Insuficiência de Crescimento, Deficiências do Desenvolvimento e Lactente, e suas sinonímias em inglês e espanhol, sendo interligados pelo operador booleano AND e OR. A análise de conceito foi subsidiada por 60 estudos. É evidenciado que o fenômeno do desenvolvimento físico compreende as alterações/mudanças biológicas e ambientais, as quais não são avaliadas, somente, por meio da mensuração dos índices antropométricos. Outrossim, os artigos utilizados durante a pesquisa, apontam que o atraso do desenvolvimento físico não se resume, apenas, a ausência de crescimento mas, incorpora complexidades relacionadas ao estado obstétrico da mãe, do neonato, ambiente familiar, estímulos neuropsicológicos entre outros fatores. Por meio da compreensão da definição estabelecida, foi possível a identificação de 12 fatores relacionados, tais como: alterações nas condições neonatais, alterações nas condições obstétricas, alterações nas condições nutricionais no lactente, doenças genéticas, doenças crônicas, fatores socioeconômicos maternos adversos, estado de saúde materno inadequado, restrição do crescimento fetal, baixa estimulação biopsicossocial no lactente, fatores ambientais, condições da saúde mental alterada da mãe, doenças infecciosas; e oito características definidoras como atraso neuropsicomotor, atraso na habilidade motora fina e grossa, velocidade do crescimento abaixo do esperado, transtorno comportamental, deficiências sensoriais (tato, paladar, olfato, audição, visão), dificuldade na linguagem, alteração na função cognitiva e insuficiência de crescimento sobre o atraso do desenvolvimento físico no lactente. Foi perceptível que a avaliação do atraso do desenvolvimento físico, principalmente na faixa etária no lactente, constitui-se uma tarefa complexa e de muitas singularidades, pois dada a complexidade do fenômeno, o desenvolvimento físico não ocorre separadamente aos demais domínios do desenvolvimento, mas mantém relação estreita com cada um, podendo receber influências e também influenciar. Portanto, referente à análise de conceito realizada com o material selecionado da revisão integrativa, foi possível a identificação de atributos, antecedentes e consequentes, os quais estão presentes no diagnóstico de enfermagem proposto referente ao atraso do desenvolvimento físico no lactente. Assim, a elaboração de uma estrutura diagnóstica referente ao atraso do desenvolvimento em lactentes justifica-se pela necessidade do entendimento claro e preciso do conceito do fenômeno crescimento, a fim de torna-lo compreensível ao enfermeiro com vistas a sua melhor aplicação na sua prática clínica. O conhecimento do enfermeiro a respeito do conceito e dos parâmetros para avaliação do atraso do desenvolvimento físico em lactentes proporciona uma avaliação mais criteriosa, específica durante as consultas e facilita a compreensão sobre o assunto e o repasse das informações para dos cuidadores, além de operacionalizar de forma mais precisa a consulta de puericultura, pois o enfermeiro terá consciência do domínio que estará avaliando, os fatores envolvidos e determinantes para o desenvolvimento ou atraso do desenvolvimento físico no lactente. Ademais, o estudo corresponde às primeiras etapas necessárias a construção de um diagnóstico de enfermagem, de modo que o cumprimento das outras etapas em trabalhos futuros pode contribuir para a construção de um novo diagnóstico de enfermagem e o retorno

desse domínio e classe servindo como subsídios para futuros estudos voltados a validação por especialistas e clínica para possível proposição do diagnóstico de enfermagem na taxonomia NANDA-I.

Palavras chave: Insuficiências no Crescimento. Lactente. Crescimento e Desenvolvimento. Diagnóstico de Enfermagem.

ABSTRACT

The purpose of the study was to construct the structural elements of a nursing diagnosis aimed at delaying physical development in the infant. Methodological study, consisting of systematized and pre-established stages, through concept analysis, according to the theoretical reference of Walker and Avant and integrative review. References were searched in six databases: SCOPUS, PubMed, LILACS, Web of Science, Science Direct and the journals of the Journal Human Growth and Development. The descriptors: Growth and Development, Growth, Growth Insufficiency, Developmental Disabilities and Infant, and their synonyms in English and Spanish, were interconnected by the Boolean operator AND and OR. The concept analysis was subsidized by 60 studies. It is evidenced that the phenomenon of physical development comprises biological and environmental changes / changes, which are not evaluated, only, through the measurement of anthropometric indices. Moreover, the articles used during the research indicate that the delay of physical development is not only a lack of growth, but also incorporates complexities related to the obstetric state of the mother, neonate, family environment, neuropsychological stimuli among other factors. By understanding the established definition, it was possible to identify 12 related factors, such as: changes in neonatal conditions, changes in obstetric conditions, changes in infant nutritional conditions, genetic diseases, chronic diseases, adverse maternal socioeconomic factors, inadequate maternal health, restriction of fetal growth, low biopsychosocial stimulation in the infant, environmental factors, altered mental health conditions of the mother, infectious diseases; and eight defining characteristics such as neuropsychomotor retardation, delayed fine and gross motor ability, slower than expected growth velocity, behavioral disorder, sensory deficiencies (touch, taste, smell, hearing, vision), language impairment, cognitive impairment and insufficiency of growth over the delay of physical development in the infant. It was perceptible that the assessment of the delay of the physical development, mainly in the infantile age, constitutes a complex task and of many singularities, because given the complexity of the phenomenon, the physical development does not occur separately to the other domains of the development, but maintains relationship with each other, being able to receive influences and also to influence. Therefore, regarding the concept analysis performed with the selected material of the integrative review, it was possible to identify attributes, antecedents and consequents, which are present in the proposed nursing diagnosis regarding delayed physical development in the infant. Thus, the elaboration of a diagnostic structure regarding delayed development in infants is justified by the need for a clear and precise understanding of the concept of the growth phenomenon, in order to make it understandable to nurses with a view to their better application in their clinical practice. Nurses' knowledge about the concept and parameters for assessing the delay of physical development in infants provides a more careful, specific assessment during consultations and facilitates the understanding of the subject and the transfer of information to caregivers, as well as the nurses will be aware of the field they will be evaluating, the factors involved and determinants for the development or delay of the physical development in the infant. In addition, the study corresponds to the first steps necessary to construct a nursing diagnosis, so that the fulfillment of the other stages in future work can contribute to the construction of a new nursing diagnosis and the return of this domain and class serving as subsidies for future studies aimed at validation by specialists and clinic for possible proposition of the nursing diagnosis in NANDA-I taxonomy.

Key words: Growth Failures. Infant. Growth and Development. Nursing Diagnosis.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Descritores com as suas respectivas definições do Medical Subject Headings-MeSH e Descritores em Ciências da Saúde.....	47
QUADRO 2- Cruzamentos realizados nas bases de dados e periódicos selecionados.....	48
QUADRO 3- Resultados obtidos a partir do primeiro cruzamento Delay AND Growth and Development AND Infant: amostra inicial; quantitativo obtido durante a busca; e quantitativo final obtido após submissão das etapas avaliativas e critérios de inclusão e exclusão em cada base de dados e periódicos selecionados.....	51
QUADRO 4- Resultados obtidos a partir do primeiro cruzamento Development Disabilities AND Infant OR Deficiencies in Growth and Development: amostra inicial; quantitativo obtido durante a busca; e quantitativo final obtido após submissão das etapas avaliativas e critérios de inclusão e exclusão em cada base de dados e periódicos selecionados.....	52
QUADRO 5- Resultados obtidos a partir do primeiro cruzamento Delay AND Physical Development AND Infant: amostra inicial; quantitativo obtido durante a busca; e quantitativo final obtido após submissão das etapas avaliativas e critérios de inclusão e exclusão em cada base de dados e periódicos selecionados.....	53
QUADRO 6- Resultados obtidos a partir do primeiro cruzamento Delay AND Growth OR Somatic Growth AND Infant: amostra inicial; quantitativo obtido durante a busca; e o quantitativo final obtido após submissão das etapas avaliativas e critérios de inclusão e exclusão em cada base de dados e periódicos selecionados.....	53
QUADRO 7- Resultados obtidos a partir do primeiro cruzamento Failure to Thrive AND Infant: quantitativo obtido durante a busca; e quantitativo final obtido após submissão das etapas avaliativas e critérios de inclusão e exclusão em cada base de dados e periódicos selecionados.....	54

QUADRO 8- Resultados obtidos a partir do primeiro cruzamento Delay AND Maturational Development AND Lactente: quantitativo obtido durante a busca; e o quantitativo final obtido após submissão das etapas avaliativas e critérios de inclusão e exclusão em cada base de dados e periódicos selecionados.....	54
QUADRO 9- Conceitos extraídos da literatura acerca do fenômeno do desenvolvimento físico.....	62
QUADRO 10- Conceitos extraídos da literatura acerca do fenômeno do atraso do desenvolvimento físico.....	64
QUADRO 11- Atributos referentes ao fenômeno do desenvolvimento físico.....	66
QUADRO 12- Atributos referentes ao fenômeno do atraso do desenvolvimento físico.....	67
QUADRO 13- Apresentação dos Fatores Relacionados (FR) do diagnóstico de enfermagem Atraso do desenvolvimento físico no lactente.....	74
QUADRO 14- Apresentação das Características Definidoras (CD) do diagnóstico de enfermagem Atraso do desenvolvimento físico no lactente.....	91
QUADRO 15- Proposta dos elementos estruturais do Diagnóstico de Enfermagem Atraso do desenvolvimento físico no lactente.....	102

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Quantitativo total de referências encontradas em cada cruzamento nas bases de dados e periódicos selecionados na Revisão Integrativa.....	49
TABELA 2- Distribuição dos artigos conforme caracterização.....	57
TABELA 3- Apresentação dos antecedentes identificados e a frequência com que se repetiam nos estudos selecionados a partir da revisão integrativa.....	72
TABELA 4- Apresentação dos consequentes identificados e a frequência com que se repetiam nos estudos selecionados a partir da revisão integrativa.....	73

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- Modelo de uma estrutura de um diagnóstico real de enfermagem (NANDA-I, 2015).....	19
FIGURA 2- Modelo de um diagnóstico de enfermagem (NANDA-I, 2015).....	20
FIGURA 3- Modelo de um diagnóstico de enfermagem com foco no problema (NANDA-I, 2015).....	21
FIGURA 4- Etapas do método da Revisão Integrativa.....	41
FIGURA 5- Zonas de icterícia de Kramer.....	75
FIGURA 6- Escala de Apgar.....	75
FIGURA 7- Tratamento medicamentoso sugerido nos casos de Hipertensão específica na gravidez.....	76
FIGURA 8- Gráficos dos índices antropométricos (peso, comprimento, PC, IMC) presentes na caderneta da criança da menina e do menino.....	78
FIGURA 9- Teste BSID-II.....	84
FIGURA 10- Tolerance, Annoyed, Cut down e Eye-opner (T-ACE).....	86
FIGURA 11- The CAGE Questionnaire Adapted to Include Drugs (CAGE-AID).....	86
FIGURA 12- Avaliação do Estado Nutricional em gestantes Segundo IMC.....	87
FIGURA 13- Padrões de fezes normais e fezes suspeitas de acordo com a Caderneta da Criança- MS (2017).....	91
FIGURA 14- Gráfico de Velocidade de Crescimento.....	94
FIGURA 15- The Early Childhood Behavior Questionnaire (ECBQ) fatores, dimensões e definições.....	95
FIGURA 16- Pontuação da frequência dos comportamentos avaliados pelo Perfil sensorial infantil (Infant/toddler sensory profile).....	97
FIGURA 17- Desenvolvimento da linguagem no período de 0 a 6- padrões normais.....	99

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIDPI- Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
- CAPS- Centro de Atenção Psicossocial
- CAPES- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CD- Características Definidoras
- CEP- Comitê de Ética em Pesquisa
- DE- Diagnóstico de Enfermagem
- ESF- Estratégia Saúde da Família
- FR- Fatores Relacionados
- MS- Ministério da Saúde
- PALOP- Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
- RI- Revisão Integrativa
- SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem
- SUS- Sistema Único de Saúde
- UAPS- Unidade de Atenção Primária em Saúde
- WHO- Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. OBJETIVO.....	26
2.1. Objetivo Geral.....	26
2.2. Objetivos Específicos.....	26
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
3.1. Diagnóstico de Enfermagem como Tecnologia do Cuidado em Saúde.....	27
3.2. Tecnologia do Cuidado no cenário dos países lusófonos.....	32
3.3. Conceito.....	34
3.4. Análise de Conceito.....	36
3.4.1. Modelos de Análise de Conceito proposto por Walker e Avant (2011).....	38
3.4.2. Revisão Integrativa.....	39
4. MÉTODO.....	43
4.1. Tipo de Estudo.....	43
4.2. Análise do Conceito <i>Atraso no Crescimento Infantil</i> por Walker e Avant (2011).....	43
4.3. Revisão Integrativa por Mendes, Silveira e Galvão (2010).....	46
5. RESULTADOS.....	57
5.1. Categorização dos estudos.....	57
5.2. Resultados e discussões da análise de conceito.....	57
5.3. Análise do Conceito <i>Atraso do desenvolvimento Físico no lactente</i>	60
5.3.1. <i>Identificação dos possíveis usos do conceito Atraso do desenvolvimento físico no lactente</i>	61
5.3.2. <i>Determinação dos Atributos do conceito Atraso do desenvolvimento físico no lactente</i>	66
5.3.3. <i>Construção de um “caso modelo” e “caso contrário”</i>	70
5.3.4. <i>Determinação dos antecedentes e consequentes do conceito Atraso do desenvolvimento físico no lactente</i>	71
5.4. Identificação da definição do diagnóstico <i>Atraso do desenvolvimento físico no lactente</i>	73
5.5. Fatores Relacionados e Características Definidoras do diagnóstico <i>Atraso do desenvolvimento físico no lactente</i>	73
5.6. Proposta dos elementos estruturais para o diagnóstico de enfermagem <i>Atraso do desenvolvimento físico no lactente</i>	101

6. DISCUSSÃO	103
7. CONCLUSÃO	111
REFERÊNCIA	113
APÊNDICES	119
Apêndice A	119
Apêndice B	120
Apêndice C	121
Apêndice D	127
ANEXO	131

1. INTRODUÇÃO

O interesse pela temática surge a partir da vivência profissional enquanto enfermeira no acompanhamento das consultas infantis, principalmente, aquelas destinadas à avaliação do crescimento e desenvolvimento, nas quais é possível perceber a complexidade envolvida nesses processos. De modo geral, a avaliação nestas consultas tem-se restringido ao registro das medidas antropométricas, avaliação de alguns reflexos e estado comportamentais. Ademais, a falta de um conceito claro sobre o domínio físico do desenvolvimento dificulta a compreensão do mesmo e ainda o processo de avaliação durante a prática da consulta de enfermagem à assistência a saúde da criança.

Assim, a literatura aponta que o desenvolvimento físico constitui um dos indicadores de saúde da criança cujos conceitos necessitam serem mais bem esclarecidos, tendo em vista que muitos pesquisadores apresentam diferentes abordagens conceituais em relação aos aspectos desse domínio do desenvolvimento (CASAROTTO et al.; 2015)

Somando-se a isso, no que se refere às terminologias da taxonomia NANDA-I específicas aos diagnósticos de enfermagem percebe-se a dificuldade na determinação de um conceito padrão para crescimento e desenvolvimento na apresentação da edição da NANDA-I 2012-2014 em que os dois processos aparecem juntos. Nessa versão, crescimento e desenvolvimento estavam inseridos no domínio 13 e apresentavam-se em classes distintas, a saber: Classe 1- Crescimento apresentando como diagnósticos *Risco de Crescimento desproporcional; Atraso no Crescimento e no desenvolvimento*. Classe 2- Desenvolvimento o qual apresentava como diagnóstico *Atraso no crescimento e no desenvolvimento; Risco de atraso no desenvolvimento*. Essa edição trazia uma nota de rodapé a qual anunciava a retirada do diagnóstico, caso não houvesse pesquisas que fomentassem a separação dos fenômenos crescimento e desenvolvimento, o que verdadeiramente aconteceu na edição NANDA- I 2015-2017 onde houve a exclusão do diagnóstico “atraso no crescimento e desenvolvimento”.

No âmbito infantil, o crescimento, como parte inerente do desenvolvimento físico obedece a um padrão que pode sofrer alterações se houver exposição a condições internas e externas do meio (malformações congênitas, hereditariedade, desnutrição severa, etc.). Os efeitos poderão ser permanentes com repercussão na vida adulta (BRASIL, 2012; MONTEIRO 2013; CASAROTTO et al.; 2015; ROJAS et al.; 2016).

No geral, tem-se observado o fenômeno crescimento integrado ao desenvolvimento global da criança o que possibilita interpretação obscura sobre os dois

fenômenos. Em face disso, os profissionais de saúde relatam dificuldades tendo em vista que, apesar das diferenciações presentes do desenvolvimento e no crescimento, esses fenômenos tais fenômenos não ocorrem de forma separada, mas compreende-se como processos sequenciais, ordenados e inter-relacionados (KYLE, 2011; MONTEIRO, 2013). Todavia, os fenômenos integrados são complexos o que dificulta a implementação de intervenções aos dois simultaneamente.

Segundo Marcondes Setian e Carraza (2002), o fenômeno crescimento refere-se diretamente ao processo oriundo da divisão celular do organismo, o que resultará no consequente aumento da massa corpórea que pode ser identificada em unidade tais como g/dia, g/mês, kg/ano, cm/mês, cm/ano. Por conseguinte, o fenômeno do desenvolvimento, fundamenta-se no ganho de capacidade. Corroborando com isso, Wong (2006. p 395) refere-se ao crescimento como “aumento no número e no tamanho das células resultando em um aumento de tamanho e de peso do todo ou de qualquer de suas partes”. Ainda no mesmo estudo, o desenvolvimento, é definido como “o surgimento e expansão das capacidades do indivíduo através do crescimento, da maturidade e do aprendizado”.

Em recente estudo, Rojas et al.; (2016. p 2) reitera que “o crescimento engloba as mudanças físicas que ocorrem desde o período pré-natal até a idade adulta. O desenvolvimento consiste nas mudanças biológicas, cognitivas e socioeconômicas”. Assim, considera-se que os determinantes sociais, culturais e econômicos serão componentes ativos no avanço, atraso ou anulação parcial, ou total do processo.

Nesse contexto, outros autores preferem o emprego fragmentado dos domínios, incluindo o biossocial em que estão questões referentes ao crescimento propriamente dito (cérebro e corpo) associado aos fatores internos e/ou externo e cognitivo que resulta nas habilidades e competências individuais por meio da criatividade, construção do pensamento, memória e linguagem, psicossocial o qual envolve o campo das emoções, personalidade e os relacionamentos pessoais (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006; BEGER, 2011).

O crescimento caracteriza-se como parte do desenvolvimento físico no qual pode estar inter-relacionado a outros domínios, mas sem ocorrer uma dependência entre eles, tendo em vista que uma criança poderá apresentar seu crescimento normal, no entanto, mostrar déficits no seu processo de desenvolvimento ou ainda desenvolver suas habilidades, porém pode evidenciar carências nutricionais ao longo do seu crescimento (MONTEIRO, 2013).

Todavia, o entendimento sobre o crescimento enquanto parte do desenvolvimento físico é comumente encontrado na literatura havendo a associação de ambos, mas sem

apresentar de modo preciso e específico o primeiro como uma das partes que compõe o segundo, pois existe a dificuldade em entender os processos, principalmente no que se refere ao crescimento, de modo separado (POTTER, 2013; ROJAS et al.; 2016).

A literatura menciona que, sequencialmente, o crescimento, se dá do topo para baixo (padrão céfalo-caudal) e do centro do corpo para fora (padrão próximo-distal). Os lactentes apresentam uma aceleração no grau do desenvolvimento físico, enquanto no infante esse processo é um pouco mais lento (BOYD; BEE, 2011).

Em face disso, estudos comprovam que os dois primeiros anos de vida da criança compreendem o período de maior progressão do desenvolvimento físico. Portanto, compreende-se então que o desenvolvimento físico é evidenciado, não apenas, pelas medidas antropométricas, mas por indicadores incluindo avaliação de reflexos e estados comportamentais dos bebês, os quais estão relacionados com os demais domínios (sensorial, motor, linguagem, cognitivo e psicossocial) do desenvolvimento que ocorre rapidamente nos primeiros anos. Isso ocorre, pois no nascimento o mesencéfalo e a medula espinhal estão plenamente desenvolvidos. Essas estruturas regulam funções vitais como os batimentos cardíacos, respiração, atenção, sono, andar, eliminação, e os movimentos da cabeça e do pescoço, os quais os neonatos poderão realizar com relativa competência (BOYD; BEE; KYLE, 2011; MONTEIRO, 2013).

De acordo com a literatura, um dos indicadores da abrangência do desenvolvimento físico pode ser observado por meio do sistema nervoso, o qual continua seu processo de maturação durante toda a lactância, sendo que, o aumento da circunferência craniana indica o crescimento cerebral. É nessa fase em que os bebês necessitam receber o maior número de estímulos possíveis, pois o cérebro dos bebês possui uma maior plasticidade, ou seja, capacidade do cérebro de mudar em resposta à experiência (KYLE, 2011).

Nesse sentido, o lactente, necessita crescer em um ambiente estável e em ordem para maximizar o rápido crescimento e plasticidade cerebral, pois qualquer alteração nesses primeiros meses, como por exemplo, dieta nutricional deficiente, ambiente familiar hostil, falta de estímulos externos, entre outros, podem ter efeitos sutis, mas de longo alcance no crescimento do bebê e, concomitantemente, comprometer todo o seu desenvolvimento cognitivo, motor e psicológico (BOYD; BEE; 2011).

Para a avaliação padrão do crescimento infantil saudável são consideradas as medidas antropométricas: peso, comprimento e circunferências cranianas e torácicas do

recém-nascido e lactente. A Caderneta de Saúde da Criança utiliza como parâmetros para avaliação do crescimento de crianças (menores de 10 anos) os seguintes gráficos: perímetro cefálico (de zero a 2 anos), peso para a idade (de zero a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos), comprimento/estatura para a idade (de zero a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos), índice de massa corporal (IMC) para a idade (de zero a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos). A inclusão do IMC como parâmetro de avaliação permite que a criança seja mais bem avaliada na sua relação peso/comprimento (para menores de 2 anos) ou peso/altura (para maiores de 2 anos) (BRASIL, 2012).

Nessa perspectiva da avaliação do acompanhamento do crescimento infantil, faz-se necessário que a mesma seja realizada de forma regular, pois aumenta a probabilidade de detecção precoce de determinadas alterações, viabilizando as devidas condutas em tempo hábil, objetivando o controle de agravos os quais venham comprometer a saúde da criança, bem como seu crescimento e desenvolvimento normal e saudável (BRASIL, 2012). O enfermeiro desempenha papel importante no acompanhamento do desenvolvimento físico, sendo de extrema importância deter o conhecimento necessário e apropriado para realização da avaliação no lactente, além de competência para tomada de decisões e suporte assistencial e educacional para orientação familiar ao passo que deve considerar o bebê no contexto socioeconômico, cultural e familiar no qual está inserida (FALBO et al.; 2012).

Compreendendo a importância do acompanhamento do crescimento com base nas medidas antropométricas, vale ressaltar que outros fatores como: a hereditariedade, diferenças de gêneros, nutrição, imunização, sequência de erupção e esfoliação dos dentes e reflexos e estados comportamentais devem ser considerados como marco durante a avaliação e acompanhamento infantil (BOYD; BEE; KYLE, 2011; BRASIL; WONG, 2011).

Diante da complexidade do desenvolvimento físico e tomando por base a avaliação do crescimento, é necessário que o enfermeiro conheça os padrões normais do crescimento saudável para identificar algum atraso ou desvio do padrão considerado normal com base nos parâmetros mencionados anteriormente. Nesse contexto, no Brasil, o enfermeiro desempenha papel fundamental durante as consultas de acompanhamento da saúde da criança, sendo de suma importância o conhecimento sobre esses indicadores que determinam o processo de crescimento, a fim de promover uma assistência que vai além da marcação na Caderneta da Criança e seu prontuário, consultas compartilhadas e grupos de educação em saúde (KYLE, 2011; WONG, 2011).

O acompanhamento infantil realizado pelo enfermeiro brasileiro ocorre principalmente no cenário da Estratégia de Saúde da Família- ESF, onde toda a criança de 0 a 6 anos deve ser acompanhada continuamente. Por outro lado, pela escassez de recursos humanos e materiais esse acompanhamento ocorre de forma fragmentada, e as evoluções que deveriam ser contínuas, presentes e significativas, muitas vezes são falhas.

De modo geral, no Brasil, os profissionais conhecem os instrumentos que devem ser utilizados durante as consultas na primeira infância, mas poucos fazem uso dessa tecnologia para subsidiar seu atendimento. Muitos desses profissionais não contam com quantitativo suficiente de insumos, atende uma grande demanda populacional de crianças no mesmo turno de consultas, o que limita o tempo dispensado nas consultas de avaliação do crescimento infantil.

Por outro lado, alguns profissionais se mostram despreparados, inseguros no que se refere ao manuseio e conhecimento técnico apropriado dos instrumentos como: a Caderneta da Criança, os Cadernos de Atenção Básica 33- Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, o Caderno de Atenção Básica 23- Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar e o Manual da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), entre outros (ROJAS et al.; 2016).

Apesar das deficiências encontradas durante o acompanhamento à saúde da criança seja por falta de infraestrutura, saber teórico prático ou mesmo falta de recursos humanos, o Brasil, tem avançado nessa assistência em relação a outros países pertencentes à lusofonia. É perceptível o avanço na promoção e prevenção da saúde da criança, o que tem ocorrido de forma bem discreta nos países africanos, como por exemplo, em Cabo Verde, onde as doenças respiratórias agudas, diarreia e infecções perinatais ainda são as principais causas de morbimortalidade, além da condição da má nutrição crônica.

Em Cabo Verde, há atendimentos infantis e programas de imunização, porém ainda existem fragilidades na qualidade nos cuidados prestados, deficiências na organização na imunização e insuficiências de recursos mesmo com a existência de um Programa Nacional de Atendimento à Criança e Adolescente (WHO, 2014).

A situação de Moçambique é semelhante, pois apesar de apresentar alguns avanços no seu sistema de saúde, o país, ainda continua a ter uma das mais baixas taxas de sobrevivência infantil e elevadas taxas de mortalidade infantil em menores de 5 anos. As crianças e mulheres em Moçambique estão inseridas nos grupos de vulnerabilidades em virtude da má nutrição. Outrossim, se observam a falta de recurso para acesso às condições

saudáveis de alimentação e saúde, distribuição desigual de alimentos entre os familiares o que representa aumento da vulnerabilidade da população infantil às doenças infecciosas (WHO, 2014).

De acordo com o estudo de Machado, Alves e Couceiro (2011, p 200) “em Portugal, a evolução da saúde materna e infantil é uma história de sucesso, referida no Relatório Mundial de 2008”. Isso se deve a redução da taxa de mortalidade infantil que caiu de forma consistente e rápida de 77,5 em 1960 para 3,6‰ em 2009, fato presente após a detecção das melhorias nas condições socioeconômicas dos portugueses, bem com ao processo das reformas no que se refere aos cuidados em saúde específicos para a assistência da criança (MACHADO, 2008).

Apesar da discrepância do sistema de saúde dos países africanos, comparados a Portugal e ao Brasil, percebe-se que ainda há uma fragmentação nos cuidados direcionados a saúde da criança. Os fatores de limitação no atendimento e cuidados infantis não se restringem somente aos determinantes socioeconômicos e de saúde-doença, tampouco aos poucos recursos profissionais. Todavia, tais condições se referem aos fatores resultantes de um processo prolongado de limitações para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança comprometendo toda sua trajetória de vida.

Ademais, acredita-se que por falta de um programa específico direcionado para a criança no cenário dos países lusófonos, há a dificuldade e até mesmo a inexistência do conhecimento e aplicação prática dos diagnósticos de enfermagem nesses locais. Desse modo, sendo a taxonomia da NANDA-I de caráter internacional, é pouco provável que os profissionais nos cenários desses países façam uso desta taxonomia para o atendimento das necessidades das crianças.

Em face disso, destaca-se que até mesmo no Brasil, os enfermeiros, têm relatado dificuldades na aplicação de diagnósticos de enfermagem, vinculados à taxonomia NANDA-I e associam tal dificuldade à falta de clareza sobre alguns termos apresentados nos rótulos dos diagnósticos de enfermagem, sua abrangência e o público para quem se direciona o problema de saúde.

Na intenção de compreender a taxonomia como algo em constante evolução a qual é passiva de transformações há a possibilidade de construção, revisão e validação de novos diagnósticos de enfermagem, pois a profissão permite essas configurações, tendo em vista que algo estudado há anos poderá apresenta-se de modo distinto de modo individual ou coletivo; os conhecimentos estão em constante mudança, conceitos e definições mudam com

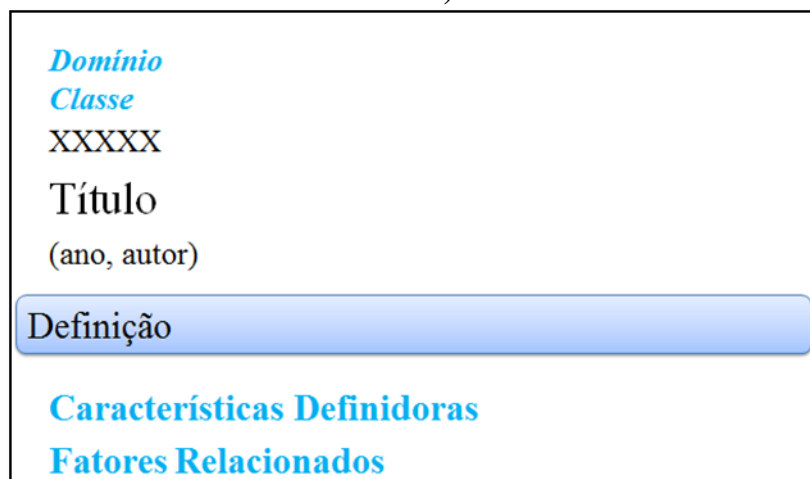
o passar do tempo; condições históricas e culturais, o que determina na taxonomia a retirada ou revisão de um diagnóstico, a mudança dele para outro domínio, a revisão do diagnóstico após ser constatado que determinado fenômeno não abrange por completo a estrutura já existente, enfim todas essas possibilidades são presentes ao se pensar em uma estrutura para a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2014).

Os diagnósticos de enfermagem (DE) propõem a construção de uma linguagem clínica hegemônica entre os profissionais, à medida que intenciona universalizar os problemas de saúde presentes em determinada pessoa, família ou coletividade.

A construção de um DE obedece a seguinte estrutura: título, definição, classe, domínio, características definidoras (CD) e fatores relacionados (FR). Ademais, o DE pode ser caracterizado como: *Diagnóstico com foco no problema* corresponde ao DE com foco no problema que corresponde a uma resposta humana indesejada a condição de saúde existente em determinado momento (ex: Atraso no crescimento infantil); *Promoção da saúde*, que consiste na motivação em melhorar e manter o que já está sendo compreendido como bom e satisfatório daquela resposta humana; e *Diagnóstico de Risco*, que compreende as manifestações referentes a respostas de saúde/condições humanas futuras (NANDA-I, 2015).

A Figura 1 apresenta os elementos que compõem a estrutura de um diagnóstico com foco no problema.

Figura 1- Modelo de uma estrutura de um diagnóstico real de enfermagem (NANDA-I, 2015).

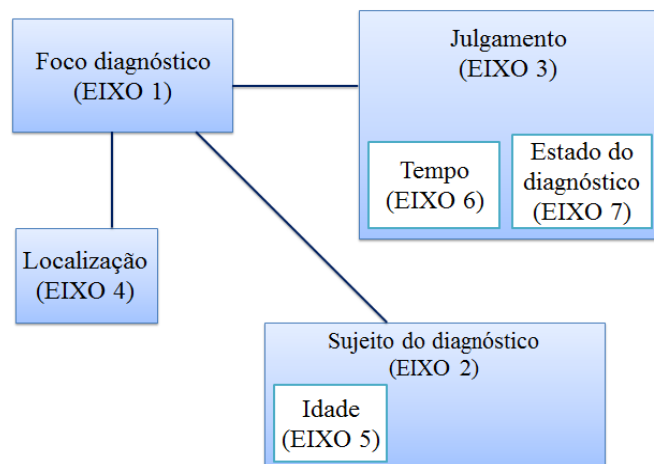


FONTE: própria autora.

A taxonomia de enfermagem é composta por eixos: Eixo 1- foco do diagnóstico; Eixo 2- sujeito do diagnóstico (indivíduo, família, grupo, cuidador, comunidade, etc. a quem

o diagnóstico se destina); Eixo 3- julgamento (ineficaz, prejudicado, atrasado, etc.); Eixo 4- localização (vesical, auditivo, cerebral, etc.); Eixo 5- idade (faixa etária do sujeito na qual o diagnóstico se aplica: lactente, criança, adulto, etc.); Eixo 6- tempo (crônico, agudo, intermitente, etc.); Eixo 7: situação do diagnóstico (voltado a um problema, de risco, de promoção da saúde, real) (NANDA-I, 2015; MONTEIRO, 2013) (FIGURA 2).

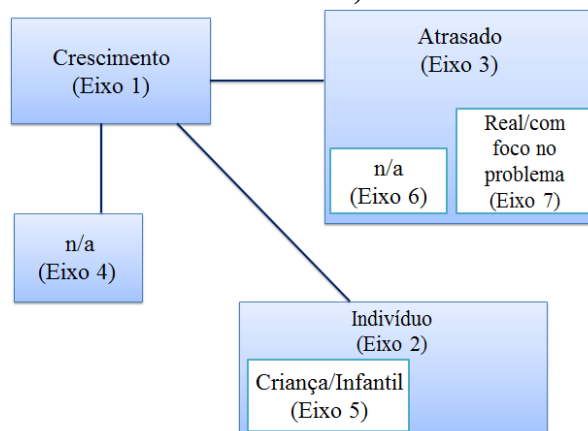
Figura 2- Modelo de um diagnóstico de enfermagem (NANDA-I, 2015).



FONTE: (NANDA-I, 2015-2017)

A Figura 3 apresenta a estrutura de um diagnóstico com foco no problema (Ex. diagnóstico de enfermagem Atraso no crescimento infantil).

Figura 3- Modelo de um diagnóstico de enfermagem com foco no problema (NANDA-I, 2015).



FONTE: própria autora.

O diagnóstico atraso no crescimento e desenvolvimento trazia como definição “desvios em relação aos padrões do grupo etário”. As Características Definidoras (CD) mencionadas eram: afeto embotado; atraso em desempenhar atividades típicas do grupo etário; crescimento físico alterado; desatenção; dificuldade em desempenhar habilidades típicas do grupo etário; incapacidade de desempenhar atividades de autocontrole apropriadas à idade; incapacidade de realizar atividades de autocuidado apropriadas à idade; tempo de reação diminuído (HERDMAN, 2012).

Destarte, a identificação das CD do diagnóstico atraso no crescimento e desenvolvimento na prática clínica de enfermagem, especificamente, na avaliação do crescimento não são perceptivelmente claras, pois envolvem atributos que vão além de condições objetivas perpassando por questões subjetivas, por exemplo, afeto embotado que possivelmente não esteja relacionado com o crescimento, mas ao desenvolvimento.

As características mencionadas no diagnóstico englobam comportamentos que estão presentes em todos os domínios do desenvolvimento, o que dificulta a avaliação e o julgamento clínico durante a consulta à criança, na medida em que o enfermeiro poderá encontrar dificuldades em identificar essas características, bem como não dispor de habilidades para compreender todas essas CD, comprometendo assim a precisão do diagnóstico de enfermagem (HERDMAN, 2012).

Conforme o que já foi descrito como estando presente nas CD, percebe-se que os aspectos do crescimento abordado pelo diagnóstico envolviam indicadores, tais como os de reflexos e estados comportamentais, habilidades motoras, fatores ambientais, psicossociais e a avaliação física propriamente dita (HERDMAN, 2012).

Em relação aos Fatores Relacionados (FR), destacam-se: consequências de incapacidade física; cuidado inadequado; deficiências ambientais; deficiências de estimulação; dependência prescrita; indiferença; múltiplos cuidadores; responsividade inconsistente; separação de pessoas significativas (HERDMAN, 2012).

De acordo com a descrição presente na NANDA-I (2015-2017, p.48), “os fatores relacionados são um componente que integra todos os diagnósticos de enfermagem com foco no problema”. Nesse sentido, os FR evidenciam fatos, influências e a origem de determinados fator que estão possivelmente relacionados com o diagnóstico.

No entanto, percebe-se que os fatores evidenciados na NANDA-I 2012-2014 não expressam de maneira objetiva sua proximidade com o diagnóstico. A falta de clareza dos fatores relacionados ao fenômeno atraso no crescimento dificulta a seleção das possíveis

intervenções de enfermagem, as quais podem interferir de maneira direta na condução da assistência prestada (HERDMAN, 2012).

Nesse prisma, os diagnósticos de enfermagem, são ferramentas úteis e indispensáveis na assistência de enfermagem sendo estas tecnologias do cuidado leve-duras. O domínio da tecnologia do cuidado expresso, também, pela aplicabilidade do DE na assistência ao paciente permite que esta seja oferecida de forma segura e eficaz permitindo um cuidado mais centrado na condição/situação de saúde/doença do paciente, família e coletividade embasando a prática profissional, não somente em ações tecnicistas, mas em um arcabouço clínico que consolida e determina seu fazer técnico científico. Logo, o cuidado em enfermagem demanda essa etapa da identificação, classificação e aplicação do DE; No entanto, há certa resistência e fragilidade em sua aplicação clínica e prática de modo geral entre os profissionais o que acaba limitando a sua total funcionalidade e sucesso na assistência em saúde e na enfermagem (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

As pesquisas envolvendo os diagnósticos têm apresentado maiores proporções no âmbito da enfermagem, seja no campo da construção/revisão e/ou validação entendendo que, o trabalho em enfermagem por meio do cuidado, necessita desenvolver uma dinâmica com objetividade, aplicabilidade e dialética, direcionadas às necessidades do sujeito/família/coletivo. Nos estudos de Andriola e Delgado (2016), as pesquisadoras realizaram o processo da construção de um DE direcionado a faixa etária adolescente e cada uma tratou de um domínio, crescimento e desenvolvimento, respectivamente e de forma separada o que aponta para a dificuldade em se analisar ambos os fenômenos em um único estudo.

Outrossim, nos estudos de Monteiro (2013) é perceptível a análise do conceito e construção de um DE do domínio de promoção da saúde voltado para o lactente, mas direcionado para o fenômeno do desenvolvimento e suas dimensões sem uma ênfase maior ao domínio do desenvolvimento físico. Assim, ressalta-se a necessidade e a importância do estudo e a construção do DE real, com a faixa etária lactente o qual será direcionado para a utilização no suporte ao cuidado de lactentes com atraso do desenvolvimento físico.

Nesse contexto, é de fundamental importância que os diagnósticos se apresentem de forma clara, objetiva e direcionada para as condições de saúde/doença esperadas e presentes em diversos contextos, com intuito de facilitar a inferência realizada pelo enfermeiro, no que diz respeito não só “a quem” e ao “que se relaciona”, mas que possa compactar as características essenciais, consequentes e antecedentes do fenômeno a qual ele

se destina, sendo possível por meio das competências e habilidades do profissional enfermeiro identifica-lo durante o processo da assistência ao paciente (BITTAR; 2006; GRITTEM, 2007; HONORATO et al.; 2015).

Na busca por uma melhor definição dos diagnósticos de enfermagem, os quais podem aparecer de modo dúbio, ambíguo e com sentido vago estão os estudos direcionados a análise de conceito que de modo geral reúnem esforços, métodos específicos e estratégias distintas em sua pesquisa, com intuito de clarificar determinados conceitos que ainda permanecem incongruentes e sem consenso na literatura, implicando diretamente na tomada de decisão por juízos diagnósticos na prática clínica profissional como, por exemplo, o conceito de *atraso do desenvolvimento físico*, fenômeno relacionado ao domínio de enfermagem Crescimento e Desenvolvimento da NANDA-I 2012-2014 (HERDMAN, 2012).

Faz-se necessário a compreensão do fenômeno de uma forma mais aprofundada, pois o mesmo não se limita apenas a ações pontuais de identificação antropométrica, sendo necessário conhecimento a respeito do conceito para a identificação dos padrões e picos normais de crescimento, a fim de tornar possível a verificação e intervenção nos casos os quais apresentem indicadores do atraso do desenvolvimento físico.

Os estudos de Vonaesch (2017), Guerreiro et al. (2016) e Guimarães et al. (2013), demonstram que a avaliação do desenvolvimento infantil vem se tornando cada vez mais presente no campo das pesquisas. Todavia, no cenário de prática do enfermeiro a falta de compreensão clara sobre os indicadores do desenvolvimento físico relacionado ao crescimento torna a sua avaliação confusa, pois a falta de consenso em sua definição prejudica a sua interpretação durante as avaliações.

A falta de intimidade e aproximação com a temática faz com que, a consulta de puericultura, se resume em pesar e medir o lactente tornando esse processo automatizado e sem muito propósito gerando a impossibilidade das ações de promoção de saúde e prevenção aos agravos à saúde da criança qual a consulta também se propõe.

Ademais, com a retirada do diagnóstico Atraso no Crescimento e Desenvolvimento na edição da NANDA-I (2012-2014) torna-se significativo pensar na dificuldade dos profissionais enfermeiros na identificação do atraso do desenvolvimento físico no lactente como aparato científico para o embasamento das condutas da categoria, principalmente na atuação do enfermeiro na ESF.

É notório, também, que não houve a realização de estudos envolvendo os fenômenos separadamente e que, a falta de consenso em se demarcar o conceito de cada

fenômeno, constitui-se um campo de estudo complexo em que a literatura não consegue desassociar um processo do outro, embora cada fenômeno possua suas especificidades.

Acredita-se que a análise de conceito do fenômeno *atraso do desenvolvimento físico*, torna-se relevante em virtude de se observar uma incongruência por parte dos profissionais da saúde que lidam com o fenômeno tanto na prática quanto na pesquisa, relativa à concepção e a operacionalização do termo crescimento, o qual se constitui um dos componentes do desenvolvimento físico.

Os conceitos não são permanentes nem imutáveis, sendo seu entendimento passivo de análises as quais poderão propor uma nova maneira de ser entendido e aplicado, ou mesmo a inclusão de novos atributos que venham contribuir para um melhor entendimento, tendo em vista que o conceito será um produto em construção e nunca totalmente finalizado.

Nesse sentido, a elaboração de um diagnóstico referente ao atraso do desenvolvimento em lactentes justifica-se pela necessidade do entendimento claro e preciso do conceito do fenômeno do desenvolvimento físico, a fim de torna-lo compreensível ao enfermeiro com vistas a sua melhor aplicação no processo da assistência ao lactente. Nesse ínterim, o grau de dificuldade conferido ao enfermeiro quando observado os dois núcleos conceituais, crescimento e desenvolvimento presente no DE, inviabiliza o seu poder de julgamento enquanto diagnosticador, pois é complexo e demasiadamente alto seu grau de compreensão. Ademais, as ferramentas utilizadas para a verificação dos dois fenômenos são distintas, sendo necessário serem aplicadas de maneira distinta (ANDRIOLA, 2016).

O conhecimento do enfermeiro, a respeito do conceito e dos parâmetros para avaliação do atraso do desenvolvimento físico em lactentes, proporcionará uma avaliação mais criteriosa e específica durante as consultas e facilitará a compreensão do mesmo sobre o assunto e o repasse das informações para os cuidadores, além de operacionalizar de forma mais precisa a consulta de puericultura ao passo que o enfermeiro terá consciência do domínio que estará avaliando, os fatores envolvidos e os determinantes sociais e de saúde para o desenvolvimento ou atraso do desenvolvimento físico no lactente.

Concomitante ao processo de avaliação por intermédio do enfermeiro faz-se necessário um olhar mais apurado durante a avaliação no lactente, tomando por base todas as especificidades presentes nessa fase do ciclo vital o que determina a avaliação dos indicadores clínicos específicos. Na NANDA-I (2012-2014) as CD e FR do Atraso no crescimento e desenvolvimento referem-se a faixa etária infantil, porém não discriminavam as peculiaridades existentes no que diz respeito aos primeiros mil dias de vida.

Consoante a isso, para a clarificação desse conceito com intuito de melhor traduzir as nuances existentes no DE, é necessário que se seja realizado um processo denominado de Análise de Conceito, processo este que se materializa com a realização da busca na literatura por meio do método da Revisão Integrativa para posterior construção do conhecimento (HERDMAN, 2012; WALKER; AVANT, 2011).

Nesse prisma, apesar de não considerado como um conceito em si um diagnóstico de enfermagem possui em sua composição o que se denomina de núcleo conceitual no qual passa a ser entendido como a junção dos fatores temporais que antecederam determinado conceito e os que são consequência dele (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Desse modo, acredita-se que as diferenças nas abordagens conceituais do fenômeno *atraso do desenvolvimento físico no lactente*, atributos essenciais, consequentes e antecedentes podem determinar prejuízos quanto a sua aplicabilidade clínica o que poderá afetar o processo de cuidado comprometendo resultados e intervenções. Diante disso, faz-se necessário o reconhecimento de tecnologias do cuidado leve-dura pautada em fundamentações científicas, as quais cumpram métodos rigorosos para a sua construção e aplicação, possibilitando a sua melhor qualidade durante a consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro. Consoante às implicações, o profissional enfermeiro deve estar apto no campo teórico e clínico, a fim de refletir sobre a utilização adequada de determinado diagnóstico sendo capaz de reconhecer sua relevância científica para aquela situação individual ou coletiva buscando um maior envolvimento intelectual do trabalho *morto vivo* em ato (MERHY, 2007; HONORATO et al.; 2015;).

Ante ao exposto, evidencia-se a necessidade da busca de respostas para os seguintes inquéritos: Quais os atributos do fenômeno atraso do desenvolvimento físico no contexto no lactente? Quais os antecedentes e consequentes do fenômeno atraso do desenvolvimento físico no lactente? Qual a definição do fenômeno de atraso do desenvolvimento físico no lactente? Quais definições conceituais e referências empíricas relacionadas aos elementos essenciais que compõem o fenômeno atraso do desenvolvimento físico no lactente?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

- Construir os elementos estruturais de um diagnóstico de enfermagem voltado para o atraso do desenvolvimento físico no lactente.

2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar conceitos, atributos, antecedentes e consequentes do fenômeno atraso do desenvolvimento físico no lactente, na literatura;
- Elaborar definições conceituais e referências empíricas relacionadas aos elementos estruturais do fenômeno atraso do desenvolvimento físico no lactente.

3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1. Diagnóstico de Enfermagem como Tecnologia do Cuidado em Saúde

No cenário atual da assistência em saúde, em específico na área da enfermagem, as tecnologias têm apresentado boa perspectiva ao passo que se mostram como propostas de transformação em relação ao processo de cuidado em saúde nos diversos campos de sua classificação como tecnologias dura, leve e leve-dura (BONFADA, 2010).

A tecnologia em saúde envolve um processo complexo de definição, pois sua compreensão abrange a prática clínica. Assim, no que concerne ao envolvimento das relações dos sujeitos (profissional/ paciente/ equipe) pode-se entender a tecnologia como leve, pois envolve basicamente essa relação direta, inata do ser humana; aos processos envolvendo o desenvolvimento de habilidades e competências específicas, bem como o manuseio de instrumentais, máquinas e protocolos, é perceptível o processo aliada as tecnologias leve-dura. Na operação e construção de máquinas e equipamentos a tecnologia dura é a que melhor se aplica (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010; HONORATO et al.; 2015).

Assim, Merhy e Feuerwerker (2009) em uma publicação no artigo “*Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea*” faz a seguinte afirmação:

O processo de produção envolve sempre certos componentes: o trabalho do homem em si, o conjunto de elementos que são tomados como matéria-prima e os que são utilizados como ferramentas ou instrumentos de trabalho. E esses componentes estão articulados em função do projeto que se está colocando em marcha. Este modo de organizar o processo de trabalho envolve certa sabedoria, que permite ao homem juntar todos esses componentes e com seus atos ‘vivos’ realizar certo produto. Ou seja, não basta apenas projetar, é necessário certo saber tecnológico para juntar aqueles três componentes e transformá-los em um produto específico (MERHY; FEUERWERKER 2009, p 3).

Desse modo, o uso das tecnologias em saúde determina um conjunto de ações as quais objetivam uma condução da assistência de forma qualificada, intuindo o enriquecimento do cuidado prestado pelo profissional de saúde à pessoa receptora deste cuidado, do qual advém como resultado de um produto que pode ser um bem durável, um processo de cuidado sistematizado ou produtos simbólicos (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010; KOERICH et al.; 2011).

Em face disso, verifica-se que a tecnologia e o cuidado em enfermagem estabelecem forte relação à medida que ressalta a ideia de que por meio do cuidado prestado, o uso das tecnologias faz-se notória desde o estabelecimento de vínculos com os sujeitos até a

aplicação do plano de cuidado por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE, a qual representa de forma clara a utilização das tecnologias leve-dura por meio da aplicação do processo de enfermagem. Por conseguinte, embasada na ciência da enfermagem houve o reconhecimento do advento da tecnologia do cuidado, tanto como processo, quanto como produto (SOUZA, 2011).

A utilização das tecnologias em saúde, em quaisquer de suas classificações, quando operacionalizada de forma correta contribui diretamente com a qualidade, eficácia, efetividade e resolutividade da assistência, ou seja, possibilita condições que contribuem para um cuidado com estabelecimento de condutas que se destinam a melhora do paciente, otimização dos resultados e eficiência por parte dos envolvidos.

A compreensão da SAE como tecnologia do cuidado, implica em qualificar a assistência de enfermagem intencionando aprimorá-la por meio de uma prática clínica reflexiva, resultante do aporte científico e clínico de todas as etapas do Processo de Enfermagem, os quais devem subsidiar as ações da profissão (GRITTEM, 2007; SOUZA, 2011).

Segundo Schwonke et al. (2011), “o contexto da assistência à enfermagem vem sendo influenciado por mudanças no âmbito da tecnologia, gerando inquietações e indagações sobre os benefícios, riscos e as relações existentes”. Consoante o discurso do autor, as inovações e as intervenções tecnológicas visam à melhoria do cuidado prestado, porém, deve estar claro que o conhecimento do enfermeiro não deve ser pautado, apenas, na utilização das inovações tecnológicas provenientes das máquinas, mas também nas relações estabelecidas entre enfermeiro-usuário e na construção de mecanismos e instrumentos que viabilizem esse cuidado.

Esse entendimento necessita ser amplamente difundido junto aos profissionais de saúde para que haja maior valorização e apreço pelas tecnologias leves e leve-dura, as quais são determinantes e imprescindíveis no cuidado ao paciente.

Corroborando com isso, tem-se que:

[...] a idéia de tecnologia envolve não só os equipamentos/ferramentas/ instrumentos envolvidos na produção, mas também certo saber tecnológico e um modus operandi, que inclusive dão sentido ao que será ou não a “razão instrumental” do equipamento. Destacamos também que o processo de trabalho pode estar organizado de modo a limitar ao máximo a autonomia do homem em sua efetivação, tanto por haver um planejamento prévio feito por outrem guiando cada passo do produtor, como por haver um

predomínio da lógica de manejo dos instrumentos no comando do processo. Nessas situações, o trabalho morto captura o trabalho vivo e dá a tônica do processo de trabalho (MERHY; FEUERWERKER 2009, p 4).

Destarte, na utilização das tecnologias de saúde não se deve estar centrado demais na lógica do saber fazer, apenas, o que condiz às tecnologias leves em detrimento ao uso do maquinário, tampouco deter-se a utilização de comandos sem raciocínio crítico reflexivo a fim de que o trabalho seja, apenas, tecnicista e imediatista.

Nesse sentido, é perceptível que por meio do ato de reflexão e criticidade a partir das condutas de enfermagem, e com base no que é presente e apresentando pelos sujeitos/pacientes que necessitam de cuidados e nas suas condições de saúde a construção e aplicação dos diagnósticos de enfermagem é de fundamental importância para a melhoria da assistência já ofertada. Ademais, suscita o entendimento sobre enxergá-la como uma tecnologia leve-dura ou de processo, pois necessita de um conjunto de saberes técnico-científico por parte do profissional para que possa ser aplicado na prática, com vistas a atender as necessidades de saúde naquele momento operacionalizando os resultados e as intervenções de enfermagem, além de configurar-se como a concretização de um processo estruturado e que oferece suporte para o cuidado (MERHY, 2007; SALVADOR et al.; 2012).

No estudo de revisão, realizado por Salvador et al. (2012) os autores mencionaram que os estudos trouxeram como vantagens do uso das tecnologias no cuidado em enfermagem: integração e utilização de dados para o cuidado e pesquisa em saúde, troca de informações dos pacientes para realização contínua do cuidado e segurança, redução de erros na administração de medicamentos e efeitos adversos das unidades de cuidados, melhoria e qualificação da prática profissional, qualificação da assistência, desenvolvimento de vínculo e empatia dos valores e emoções, sistematização de informações do cuidado para a tomada de decisão e o juízo diagnóstico.

Observa-se que a tomada de decisão por meio do juízo diagnóstico é relacionável no contexto da tecnologia em saúde, pois reúne as competências e habilidades do enfermeiro para a identificação de características e fatores relacionados ou não a condição de saúde e doença do indivíduo, família e coletivo sendo necessário instrumento, no caso específico o próprio diagnóstico de enfermagem contido na NANDA-I, com intuito de auxiliá-lo na tomada de decisão e juízo diagnóstico.

Ante o exposto, os diagnósticos de enfermagem são ferramentas úteis e indispensáveis na assistência prestada pelo enfermeiro podendo ser considerados como tecnologias do cuidado leve-duras. O domínio da tecnologia do cuidado expresso, também, pela aplicabilidade do DE na assistência ao paciente permite que esta seja oferecida de forma segura e eficaz, permitindo um cuidado mais centrado na condição/situação de saúde/doença do paciente, família e coletividade, embasando a prática profissional não somente em ações tecnicista, mas em um arcabouço clínico que consolida e determina sua prática clínica. Logo, o cuidado em enfermagem demanda essa etapa da identificação, classificação e aplicação do DE, no entanto há certa resistência e fragilidade em sua aplicação clínica e prática, de modo geral, entre os profissionais o que acaba limitando a sua total funcionalidade e sucesso na assistência em saúde e na enfermagem (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

As pesquisas envolvendo os diagnósticos têm apresentado maiores proporções no âmbito da enfermagem, seja no campo da construção/revisão e/ou validação entendendo que o trabalho em enfermagem, por meio do cuidado, necessita desenvolver uma dinâmica com objetividade, aplicabilidade e dialética direcionadas às necessidades do sujeito/família/coletivo.

Assim, é de fundamental importância que os diagnósticos se apresentem de forma clara, objetiva e direcionada para as condições de saúde/doença esperadas e presentes em diversos contextos, com intuito de facilitar a inferência realizada pelo enfermeiro, no que diz respeito não só “a quem” e ao “que se relaciona”, mas que possa compactar atributos essenciais, consequentes e antecedentes do fenômeno a qual ele se destina sendo possível, por meio das competências e habilidades do profissional enfermeiro, identifica-lo durante o processo da assistência ao paciente (BITTAR; 2006; GRITTEM, 2007; HONORATO et al.; 2015).

Na busca por uma melhor definição dos diagnósticos de enfermagem, os quais podem aparecer de modo dúbio, ambíguo e com sentido vago, estão os estudos direcionados a análise de conceito que, de modo geral, reúnem esforços, métodos específicos e estratégias distintas em sua pesquisa, com intuito de clarificar determinados conceitos que ainda permanecem incongruentes e sem consenso na literatura, implicando diretamente na tomada de decisão por juízo diagnósticos na prática clínica profissional, como por exemplo, o conceito de *atraso do desenvolvimento físico* fenômeno relacionado ao diagnóstico de enfermagem Crescimento e Desenvolvimento da NANDA-I (2012-2014).

A falta de clareza na definição do fenômeno *atraso do desenvolvimento físico*, atributos essenciais, antecedentes e consequentes, podem determinar prejuízos quanto a sua aplicabilidade clínica o que poderá afetar o processo de cuidado comprometendo resultados e intervenções. Diante disso, faz-se necessário o reconhecimento de tecnologias do cuidado leve-dura pautada em fundamentações científicas as quais cumpram métodos rigorosos para a sua construção e aplicação, possibilitando a sua melhor qualidade durante a consulta de enfermagem. Por sua vez, o enfermeiro, deve estar apto no campo teórico e clínico, a fim de refletir sobre a utilização adequada de determinado diagnóstico sendo capaz de reconhecer sua relevância clínica para aquela situação individual ou coletiva buscando um maior envolvimento intelectual do trabalho morto vivo em ato (MERHY, 2007; PEREIRA et al.; 2010; HONORATO et al.; 2015;).

Em face disso, sendo a taxonomia NANDA-I reconhecida internacionalmente, entende-se que seu impacto é significativamente relevante na prática da enfermagem e no avanço das tecnologias do cuidado em saúde. Neste sentido, a expansão tecnológica por meio da globalização e industrialização, também determina o avanço das tecnologias de cuidado, promovendo a sua ascensão por meio dos equipamentos mais sofisticados, criação de tecnologias duras para melhor assistir o paciente e auxiliar nos procedimentos de enfermagem, intencionando a rapidez dos processos técnicos e a melhoria na assistência, bem como a promoção e prevenção de agravos em tempo oportuno e com o menor ou nenhum prejuízo ao indivíduo (BARRA et al.; 2006; SCHWONKE et al.; 2011).

Desse modo, compete ao enfermeiro, o cumprimento das exigências que visem atender de modo efetivo a demanda da sua clientela levando-o a compreensão e execução de novas propostas metodológicas para a sistematização do seu cuidado em saúde. Nesse sentido, a partir da década de 50, a enfermagem vem buscando novos mecanismos que orientem e subsidiem seu fazer enquanto processo de ação-reflexão-ação no intuito de construir de maneira sólida sua base enquanto ciência. Nesse mesmo período, o Processo de Enfermagem, surge como uma das propostas para a sistematização do fazer teórico-prático do enfermeiro.

Nessa perspectiva, a utilização e a aplicabilidade da SAE por meio do Processo de Enfermagem configuram-se como um dos mais evidentes mecanismos de utilização de tecnologia do cuidado em saúde. A segunda etapa do processo, a etapa do diagnóstico, requer do profissional um conjunto de conhecimentos teóricos e clínicos, atitude crítica reflexiva para tomada de decisão, além de habilidades para o manuseio da NANDA-I e conhecimento

para que se possa estabelecer o tipo de diagnóstico para cada situação/condição de saúde/doença; riscos relacionados, bem como a manutenção da condição que se deseja melhorar (HERDMAN; KAMITSURU, 2014).

Ademais, são necessários o conhecimento e a destreza na identificação das CD de alguns DE e os FR. Sendo assim, nessa etapa do processo de enfermagem, tem-se o estabelecimento de saberes e conhecimentos com a junção de um saber já estruturado, que é construído sendo capaz de modificar e melhorar um processo de cuidado, como é o caso dos DE.

Em face disso, é notório o rigor metodológico para a construção de novas taxonomias o que resulta em um processo demorado e de baixa adesão no campo das pesquisas, tendo em vista que o processo obedece alguns critérios que levam em consideração os critérios de evidência e as referências bibliográficas, as quais embasam o processo para as especificações e definições de cada fator relacionado e características definidoras ou fatores de riscos, o que determina certo grau de qualidade científica ao produto que se pretende construir (DELGADO, 2016).

3.2. Tecnologia do Cuidado no cenário dos países lusófonos.

A garantia da internacionalidade da taxonomia NANDA-I e os avanços tecnológicos no contexto da saúde ainda são incipientes, para garantir que todas as condutas de enfermagem sejam pautas e regidas pelo processo sistemático de enfermagem, pois se encontra muitos entraves para a sua aplicação, como por exemplo, a falta de recursos financeiros, recursos humanos e falta de infraestrutura.

De acordo com Fronteira e Dussault (2010), em seu trabalho “Recursos humanos de saúde em países africanos de língua oficial portuguesa: problemas idênticos, soluções transversais?” apresentam que segundo o Relatório da Organização Mundial da Saúde- OMS (2006) já era evidente um déficit global de aproximadamente 4,3 milhões de trabalhadores de saúde, sendo o principal déficit relacionado à falta de médicos, enfermeiras e parteiras. Ademais, a OMS, relatou que “dos 57 países que enfrentam uma crise dos RHS, 36 são africanos. Três dos Palop (Moçambique, Angola, e Guiné Bissau) estão entre os mais afetados”.

As autoras mencionaram ainda que “em nenhum dos países existiam informações completas para descrever inteiramente o corpo de trabalhadores, nem a dinâmica da sua evolução” (FRONTEIRA; DUSSAULT; 2010), o que dificulta a obtenção das informações

em relação aos profissionais enfermeiros e seu processo de trabalho nesses países. O estudo identificou que possuem déficits consideráveis de profissionais qualificados nas diversas categorias, sendo esta deficiência mais percebida na categoria médica, farmacêutica, profissionais com nível técnico- as parteiras. O quantitativo de enfermeiros ainda é mínimo para garantir a cobertura populacional nesses países, mas encontra-se em processo de crescimento. O modelo médico hegemônico é predominante, havendo uma dependência desse profissional por parte dos outros profissionais além de questões conflituosas relacionadas às questões culturais em cada país (FRONTEIRA; DUSSAULT; 2010).

Constata-se a precariedade não apenas no que se refere aos recursos humanos, mas também aos recursos para a efetivação do cuidado, como a falta de insumos instrumentos de trabalho, medicamentos, equipamentos, informação, entre outros o que gera segundo o estudo impacto negativos na assistência prestada essas pessoas e a desmotivação profissional em realiza-la. Os países Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe possuem similaridades e discrepâncias entre eles, pois todos apresentam e enfrentam dificuldades referentes ao seu modelo de assistência o que acaba colocando em causa a eficiência, eficácia e resolutividade do seu processo de cuidado em saúde. No entanto, a similaridade com as dificuldades encontradas em cada um desses países, abre possibilidades de intervenções conjuntas com vistas a resolução das dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde e seus profissionais, levando em conta que, de acordo com as autoras, a partilha da mesma língua é, também, algo benéfico (FRONTEIRA; DUSSAULT; 2010).

Como já mencionado anteriormente, as dificuldades nesses campos da saúde no cenário desses países são imensos. Infelizmente, reconhece-se que a pouca informação ainda é fator determinante para se obtenção real da situação de saúde, o que impossibilita a visão mais ampla e apurada das dificuldades e potencialidades existentes. Pensar nas tecnologias de cuidado em cenários com tantas fragilidades requer, antes de tudo, empatia e sensibilidade em primeiro plano com o “ser” humana para poder chegar à compreensão do “ser” enfermeiro.

Diante do cenário apresentado, é pouco provável o conhecimento sobre a classificação de tecnologias do cuidado (leve; leve-dura; dura), no contexto da atuação profissional do enfermeiro, entendendo que este, por sua vez, desenvolve tecnologia leve por meio do seu cuidado ainda que fragilizado ao passo que propõe e fomenta estratégias para a melhoria desse cuidado.

Referente ao campo das tecnologias duras, o conhecimento dos equipamentos e sua operacionalização são existentes, tendo em vista que há hospitais de médio e grande porte

nesses países que contam com os mais variados tipos de atendimentos. Ademais, o investimento intelectual e financeiro na criação de *software* e aplicativos (app) para promoção e prevenção, principalmente das doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, tem crescido bastante em outros países, mas com o olhar voltado para sua expansão e aplicação nos países africanos (MENEZES, 2013; TANNURE; PINHEIRO, 2010). No entanto, não há embasamento e informação suficiente para demonstrar o uso da tecnologia leve-dura, em específico os DE, pois não há evidências na literatura que apontem para a sua implementação nesses países, principalmente no que concerne a consulta de acompanhamento infantil, pois se sabe que, as atividades desenvolvidas na Atenção Básica por meio das Unidades de Atendimento Primário a Saúde (UAPS) são específicas do Sistema Único de Saúde desenvolvido no Brasil.

Portanto, considera-se que a construção/validação e/ou revisão dos DE aliada a ações práticas é identificado e reconhecido como tecnologias do cuidado em enfermagem, o que pode inferir possibilidades para alcance da assistência não apenas no cenário brasileiro, mas em outros, como os países lusófonos, principalmente no atendimento a saúde da criança com a análise do conceito atraso do desenvolvimento físico no lactente intencionando, assim, melhoria e qualificação do desempenho profissional e do cuidado de enfermagem.

3.3. Conceito

Um conceito é mais que uma palavra ou construção mental acerca de um fenômeno. Os conceitos constroem-se por meio de atributos, diretos ou indiretos, da realidade, sendo utilizados para algum propósito comum. A sua utilização de forma isolada não permite que os indivíduos possam descrever situações e se comunicar efetivamente (RODGERS, 2000; ENDERS; BRITO; MONTEIRO, 2004; FERNANDES et al.; 2011).

Segundo Fernandes et al. (2011), “como representações de uma dada realidade, os conceitos possuem atributos de caráter dinâmico, mutáveis na dimensão temporal e contextual, sendo sua evolução influenciada pelo uso e aplicação”. Desse modo, no contexto do conhecimento científico os conceitos devem ser avaliados levando em consideração seus atributos essenciais, os aspectos quanti e qualitativos das pesquisas na área, as limitações da contextualização do conceito, quais questionamentos nascem a partir desse conceito e sobre quais já se tem uma resposta clara, bem como a identificação das definições disponíveis e a periodicidade das suas análises, intencionando, principalmente, o contínuo aprimoramento do conceito (FERNANDES et al.; 2011; TALMELLI; GRATÃO; RODRIGUES, 2016).

Na enfermagem, como em outros campos de estudo, há conceitos tradicionais e novos que formam o embasamento teórico da prática e assim assumem um papel importante no pensar e fazer enfermagem. Porém, algumas vezes esses conceitos são abstratos, confusos ou encontrados na literatura sem um consenso e clarificação, o que dificulta a sua aplicabilidade na prática profissional e sua pesquisa científica (ENDERS; BRITO; MONTEIRO, 2004; FERNANDES et al.; 2011; TALMELLI; GRATÃO; RODRIGUES, 2016).

Analisando a produção referente ao conceito de crescimento, estudos apontam uma discrepância relativa à concepção e aplicabilidade do termo, principalmente no cenário teórico-prático da enfermagem, tornando sua compreensão complexa e dificultando sua aplicação, especificadamente, no acompanhamento do Programa de Puericultura.

Para Rodgers e Knafl (2000) o conceito por ser explícito pode adquirir terminologia obscura e ambígua que pode gerar uma divergência entre a teoria ocorrendo certa dubiedade na prática clínica.

Em face disso, os estudos referentes ao desenvolvimento ou clarificação de determinados conceitos em enfermagem, tem chamado atenção dos pesquisadores. Esses estudos são realizados como forma de resgatar a enfermagem enquanto ciência, alicerçada na prática, no intuito de qualificar seu processo de cuidado, superando os problemas apresentados, norteadas por conceitos fundamentos e possíveis de serem verificados na realidade teórico-prática (ALVES et al.; 2014).

Ademais, as verificações dos atributos/características essenciais e da definição dos conceitos ocorrem por meio de *análise de conceito*. A literatura apresenta uma variedade de modelos para a técnica de análise de conceito, os quais tem em comum o exame dos atributos críticos de um determinado conceito, com finalidade de esclarecer, reconhecer e descrever para uma melhor compreensão. Os conceitos são dinâmicos, influenciados pelo tempo e por um contexto específico (RODGERS, 2000). São analisados por meio dos atributos críticos da sua composição intencionando um melhor uso do termo com aperfeiçoamento dos símbolos utilizados na sua comunicação (WALKER; AVANT, 2011).

No Brasil, os estudos sobre análise de conceito, ainda são recentes tendo seu início a partir do ano 2000. No campo da enfermagem, os estudos nessa linha têm representado um avanço, mas faltam discussões sobre esses métodos o que resulta em fragilidades do desenvolvimento das pesquisas. Na literatura mundial, há lacunas referentes esses métodos o que limita as discussões, especificadamente, do desenvolvimento do trabalho

do pesquisador que muitas vezes leva-o a tomar suas próprias decisões em relação ao conceito estudado (RODGERS; KNAFL, 2000).

3.4. Análise de conceito

Muitos conceitos utilizados na enfermagem não possuem uma elaboração concisa, o que gera precariedade na sua aplicação clínica (MORSE, 1995), sendo necessária à sua análise conceitual, a fim de fundamentar um padrão para a sua operacionalização e fomento das questões científicas (SOUZA, 2014).

A análise de conceito tem sua raiz nas concepções filosóficas de Aristóteles que, a partir da verificação dos conceitos na realidade, desenvolveu métodos para análise das suas características essenciais (RODGERS, 2000). O resultado da análise do conceito é considerado pertinente quando a sua consistência alinha-se à prática profissional, ou seja, com a realidade e o contexto no qual ele será inserido e aplicado (RODGERS; KNAFL, 2000).

O conceito agrupa atributos, os quais direcionam a sua diferenciação diante dos falsos conceitos sendo estes verificados por meio da compreensão das abstrações da realidade. Desse modo, a análise de conceito, tem a finalidade de evidenciar os atributos essenciais do conceito, bem como separar os atributos irrelevantes por meio de uma análise profunda, delineando as características críticas do fenômeno estudado intencionando a atualização científica e operacional do conceito, pois os conceitos são modificáveis (RODGERS, 2000; FERNANDES et al.; 2011).

Os atributos críticos que configuram a essência de um determinado conceito podem ser agrupados em antecedentes e consequentes. Compreendem-se como antecedentes os acontecimentos ou incidentes que antecedem o fenômeno estudado. A investigação desses acontecimentos é relevante, pois fornece subsídio para o aporte dos pressupostos teóricos do conceito que se pretende estudar. Os acontecimentos ou incidentes que sucedem o fenômeno apontam para os resultados indicados no conceito denominam-se de consequentes. Por meio da verificação dos atributos críticos é possível a construção ou aperfeiçoamento da aplicabilidade do conceito, bem como surgimento de novas definições e ideias antes negligenciadas, e ainda possibilidades de novos questionamentos e problematização para novas pesquisas (WALKER; AVANT, 2011; FERNANDES et al.; 2011).

Nessa perspectiva, a análise de conceitos na enfermagem, visa à padronização e um maior rigor na utilização dos seus termos, evidenciando seu caráter científico no intuito de ampliar e facilitar o conhecimento dos profissionais, oferecendo suporte para o entendimento

do conceito por intermédio de aspectos que ultrapassam o uso da palavra, propriamente dita e que emergem a partir de um contexto histórico que, leva em consideração a sua aplicabilidade de uma forma real ainda que este de configure de forma abstrata (WALKER; AVANT, 2011).

Assim, relacionado ao conceito do desenvolvimento físico, a análise de conceito é fundamental para a clarificação do fenômeno, tendo em vista a presença de incongruências na literatura, o que gera dificuldades para a composição de um aparato científico embasado por meio das pesquisas, ocasionando dubiedade na sua aplicação clínica na assistência à saúde da criança.

Conforme Monteiro (2013), “como resultados, a análise do conceito fornece ao teórico ou ao investigador uma compreensão básica dos atributos dos conceitos subjacentes e ajuda a definir claramente o problema e permitir a construção de hipóteses”.

Ante o exposto, para a realização exitosa de análise de conceito e contemplação de todas as suas dimensões, faz-se necessário à exploração do conceito e todos os seus componentes, partindo da definição dos seus, atributos críticos, definições, antecedentes, consequentes (RODGERS, 1989; SCHWARTZ-BARCOTT; KIM, 2000). Essa realização é possível por meio da utilização dos principais métodos de análise conceitual, propostos por Walker e Avant (2011) e por Rodgers (2000).

Portanto, para a análise do fenômeno atraso do desenvolvimento físico, foi utilizado o processo de análise de conceito proposto por Walker e Avant (2011); na segunda etapa, a identificação de conceitos, atributos, antecedentes e consequentes do fenômeno ocorreram por meio do levantamento da literatura seguindo os passos da revisão integrativa proposto por Mendes, Silveira e Galvão (2010).

3.4.1. Modelo de Análise de Conceito proposto por Walker e Avant (2011)

Este método para análise de conceito, fundamentado em Wilson (1963), é comumente usado na Enfermagem, principalmente nos estudos de validação dos DE que utilizam o método de Hoskins (1989). De acordo com essa abordagem são analisados os atributos críticos/essenciais que compõem determinado conceito, descartando os atributos considerados irrelevantes (WALKER; AVANT, 2011).

O modelo de Walker e Avant (2011) inclui oito passos, que estão pormenorizadas sequencialmente, mas que na prática da sua aplicação pode ocorrer de modo simultâneo.

1. *Seleção do conceito*: refere-se à escolha do conceito a ser estudado, o qual deverá refletir a área de maior interesse do pesquisador. É fundamental a escolha de um conceito ligado ao campo de experiência do pesquisador e que desperte curiosidade, interesse e preocupação na pessoa.
2. *Determinação dos objetivos da análise conceitual* – refere-se ao objetivo da realização da análise de conceito. E a partir da análise o que se pretende alcançar ou realizar: desenvolvimento de uma tecnologia leve; de diagnósticos de enfermagem; esclarecimento de conceitos vagos ou imprecisos utilizados na prática profissional; etc.
3. *Identificação dos possíveis usos do conceito*- levantamento bibliográfico minucioso e metódico do conceito avaliado. Identificação tanto do uso científico quanto empírico do conceito.
4. *Determinação dos atributos críticos ou essenciais*- passo fundamental na análise do conceito, pois a partir deste passo é possível a identificação e diferenciação das palavras e expressões as quais realmente remetem a essência do conceito, as ideias que ele transmite e suas características. Em qualquer modelo de análise de conceito, a busca dos elementos de definição do conceito, é feita pela técnica de análise de conteúdo. Alguns questionamentos poderão ajudar nessa investigação, tais: *como o autor define o conceito? Quais características ou atributos do conceito são apontados por ele? Que ideias o autor discute sobre o conceito?*
5. *Construção de um caso modelo*- elaboração de um caso modelo, contendo as características essenciais do conceito. O modelo deverá ser baseado na vida real, garantindo assim, a confiança da utilização do conceito nas situações concretas.
6. *Desenvolvimento de outros casos*- caso limítrofe, contem alguns dos atributos críticos ou essenciais do conceito, mas não todos eles. Já o caso contrário, apresenta elementos e construções do “não conceito”. O caso contrário provê exemplo
7. *Identificação dos antecedentes e consequentes do conceito*- investigação de incidentes que, a priori, são necessários para a ocorrência do conceito e de eventos, a posteriori, que surgem ou resultam da presença do fenômeno.
8. *Definição de referências empíricas para os atributos essenciais*- pode ocorrer, em alguns casos que, as referências empíricas sejam semelhantes aos atributos essenciais. São categorias ou classes de fenômenos observáveis as quais possibilitam, quando presentes, a definição operacional do conceito.

Ressalta-se a necessidade de seguir todas as etapas propostas pelo referencial da análise de conceito, pois tais procedimentos comporão o passo a passo para a construção de resultados que subsidiarão os demais processos da construção do diagnóstico. A alteração ou não execução de alguma das etapas poderá acarretar em prejuízos organizacional e estrutural de todo o processo da análise de conceito.

3.4.2. Revisão Integrativa

A Revisão Integrativa (RI) é um método de revisão que possibilita a busca, análise crítica e a condensação das evidências disponíveis sobre o objeto de estudo o qual se pretende investigar, sendo que seu produto final o resulta na atualização do conhecimento o qual está sendo estudado, além de possibilitar a identificação de lacunas e limitações que deverão ser direcionadas para o desenvolvimento de pesquisas futuras (POLIT; BECK, 2011; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2010).

A descrição dos métodos para a condução de revisão da literatura, na assistência a saúde tem sido explorada desde os anos de 1970, com a intenção de sintetizar os achados dos estudos primários e com isso fomentar as generalizações dos resultados alcançados ao se investigar determinado fenômeno (WHITTEMORE; KNALF, 2005).

Devido a sua amplitude, em comparação com outros métodos a RI pode incluir estudos com diferentes delineamentos, como por exemplo, estudos observacionais e experimentais. Desse modo, a sua funcionalidade operacionaliza a elaboração de uma visão ampla e aprofundada sobre o fenômeno de interesse do pesquisador. No entanto, apesar da sua rica contribuição para o campo da pesquisa a falta de compromisso em atender ao alto grau de exigência e complexidade exigidos no desenvolvimento desse método, de modo geral, pode contribuir para uma série de incorreções e vies na pesquisa o que remete a resultados e conclusões com limitações e deficiências (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2010).

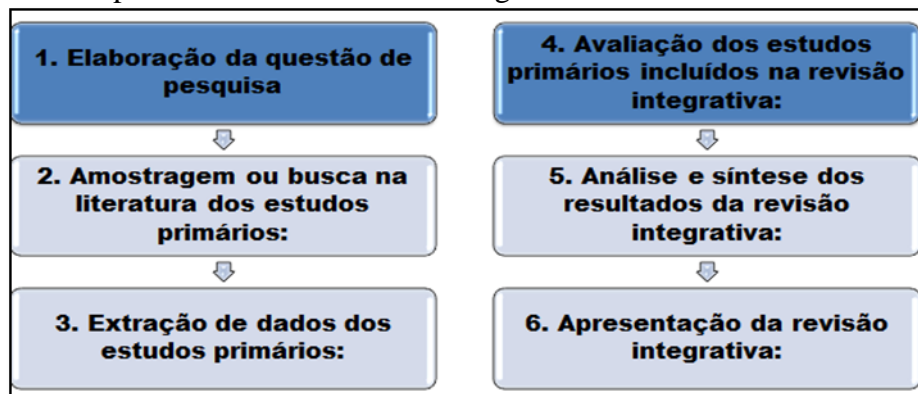
Em face disso, no âmbito das pesquisas em enfermagem, a RI potencializa a construção do conhecimento, o qual reflete na elaboração de um saber fundamentado e uniformizado para a prática clínica da categoria. Ademais, é valioso esse método para a enfermagem, pois em decorrência da falta de tempo e a dificuldade na obtenção de forma integral de algumas pesquisas e o avançado volume a RI proporciona essa “fotografia” com tudo que há disponível sobre o fenômeno de interesse, disponibilizando de maneira rápida o seu acesso aos demais interessados garantindo acesso às pesquisas, pois em um único estudo

o leitor poderá ter uma visão integral do ponto onde fenômeno se encontra e tem tido maior relevância, garantindo a expansão do conhecimento (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2010; SOARES et al.; 2014).

Segundo, Mendes, Silveira, Galvão (2010) a contribuição desse método para o campo das pesquisas em enfermagem, baseia-se na possibilidade de combinações referentes aos dados da literatura teórica e literatura empírica. Desse modo, a partir da utilização e elaboração de uma RI várias possibilidades de estudo podem surgir, dependendo do propósito a qual ela será destinado, pois pode ser utilizada para definir conceitos, examinar teorias, revisar evidências e analisar assuntos metodológicos sobre um tópico específico (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2010).

A revisão integrativa é de suma importância nos estudos direcionados à análise de conceito, pois para a abstração do núcleo conceitual do fenômeno é necessário à exploração exaustiva da literatura científica e empírica. Dessarte, a RI para a análise de conceito do fenômeno atraso do desenvolvimento físico no lactente, seguiu as seis etapas apresentadas a seguir.

Figura 4- Etapas do método da revisão integrativa.



FONTE: MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2010.

A primeira etapa exige que, o pesquisador, baseie-se na definição de uma problemática que desperte o seu interesse, de preferência pertencente ao seu contexto clínico, pois o mesmo deverá sugerir hipótese para iniciação desse processo. Na segunda etapa, a seleção das bases de dados é de suma importância a busca rigorosa e exaustiva, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão que deverão ser elencados pelo pesquisador, bem como os descritores que serão utilizados na busca. No entanto, a possibilidade de uma busca ampla

poderá suscitar viés no estudo se não analisada de forma crítica e rigorosa. Para esta etapa, recomenda-se a realização por dois revisores (POLIT; BECK, 2011; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2010).

Por conseguinte, na terceira etapa, o pesquisador tem como objetivo a organização sistemática das informações de modo conciso, para construção de um banco de dados que seja de fácil compreensão, acesso e manejo. O objetivo da construção do banco de dados é comportar informações referentes à amostra do estudo (sujeitos), objetivos, metodologia, resultados e as principais conclusões de cada estudo selecionado (POLIT; BECK, 2011; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2010).

Dessa forma, o revisor terá acesso fácil e de modo organizado as informações-chaves de cada estudo, facilitando sua aplicação no momento da composição dos resultados (RODGERS, 2000; WHITTEMORE; KNAFL, 2005). No caso dos estudos de análise de conceito, a utilização dos modelos de análise é fundamental nesse momento. A quarta etapa, equivale à análise de dados dos estudos convencionais. Nessa etapa o pesquisador necessita colocar em prática sua análise crítica, pois os estudos deverão ser analisados minuciosamente com a utilização de abordagens e instrumentos específicos, a fim de verificar a confiabilidade e a veracidade dos achados, pois essa propriedade crítica do revisor poderá implicar em mudanças para a prática clínica (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2010; CAVALCANTE, 2011).

A penúltima etapa corresponde à discussão dos estudos convencionais, permitindo ao pesquisador a identificação de conclusões e implicações oriundas da RI e que podem interferir ou impactar na forma de condução da prática clínica, e nesse caso as condutas de enfermagem (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2010).

A sexta e última etapa da RI, consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise crítica dos estudos selecionados. Essa etapa pode apresentar os resultados em forma de tabelas, gráficos, diagramas. É de extrema importância, já que os resultados a serem apresentados pelo pesquisador poderão delinear toda a trajetória da condução do que foi realizado nas etapas anteriores, trazendo a tona os impactos produzidos pelos resultados dos estudos e a forma como foram analisados pelo revisor (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2010).

Ante o exposto, acredita-se que a condução da análise de conceito do atraso do desenvolvimento físico no lactente, por meio da análise de Walker e Avant (2011) e pelo

método da Revisão Integrativa definida por Mendes, Silveira e Galvão (2010), foram importantes na condução e elaboração do aporte teórico do fenômeno, pois por meio da RI, buscou-se a identificação dos atributos essenciais, consequentes e antecedentes do fenômeno atraso do desenvolvimento físico no lactente.

4. MÉTODOS

4.1. Tipo de Estudo

Estudo do tipo metodológico, constituído por etapas sistematizadas e preestabelecidas, intencionando o planejamento e a execução da análise do objeto de estudo. Refere-se, principalmente, a construção e organização de ferramentas direcionadas a coleta de dados específicos, aumentando a confiabilidade e a validade das técnicas e instrumentos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

Com base nos estudos de análise de conceito e construção de diagnósticos de enfermagem, foi realizada uma análise de conceito segundo o referencial teórico de Walker e Avant (2011), originado do modelo de análise de conceito de Wilson (2005). O produto final dessa análise resultou na construção de elementos estruturais que visam compor a construção de um diagnóstico de enfermagem voltado para o fenômeno atraso do desenvolvimento físico no lactente.

A análise do conceito atraso do desenvolvimento físico no lactente foi operacionalizada por meio da proposta da Revisão Integrativa (RI) recomendada por Mendes, Silveira e Galvão (2010). Por meio desta análise, foi possível o alcance dos conceitos, atributos essenciais, antecedentes e consequentes do fenômeno supracitado.

Por fim, realizada a revisão integrativa da literatura e a análise do conceito em estudo foi elaborado um instrumento contendo o conceito, atributos essenciais, consequentes e antecedentes do fenômeno atraso do desenvolvimento físico no lactente.

4.2. Análise do Conceito *atraso do desenvolvimento físico no lactente* por Walker e Avant (2011)

Como mencionado anteriormente, as etapas do modelo de Walker e Avant (2011) foram utilizadas na análise de conceito do objeto desse estudo.

1. Seleção do conceito

Nesse estudo, a escolha foi analisar o conceito *desenvolvimento físico*, por ser um conceito ainda vago, não havendo consenso na literatura sobre a sua definição o que acaba ocasionando certa dificuldade na sua aplicação prática durante as consultas de acompanhamento de puericultura, realizada por enfermeiros.

2. Determinação dos objetivos da análise conceitual

O objetivo da realização da análise do conceito, *desenvolvimento físico*, esteve relacionado com a necessidade de deixar claro este conceito e sua definição, intencionando sua melhor aplicabilidade na prática clínica da enfermagem durante a avaliação do desenvolvimento físico no lactente. Além disso, a partir da análise do conceito supracitado, há possibilidade de subsidiar a construção de um diagnóstico de enfermagem real direcionado para o lactente. Por conseguinte, esse estudo teve por objetivo: analisar o conceito do fenômeno *do atraso do desenvolvimento físico* no lactente na literatura; Identificar conceitos, atributos, antecedentes e consequentes do fenômeno *atraso do desenvolvimento físico* na literatura; construir definições conceituais e referências empíricas relacionadas ao *atraso do desenvolvimento físico no lactente*.

3. Identificação dos possíveis usos do conceito

Nessa etapa da análise, por meio da busca na literatura mais especificadamente, pelo método da RI foi possível uma mensuração direta de como o conceito estava sendo utilizado e empregado. Além da busca nas bases de dados selecionadas pelo pesquisador, fez-se necessário as consultas a outras fontes de informações como: dicionários, literatura impressa, enciclopédias buscando o reconhecimento do conceito e, logo em seguida, a seleção de quais referências possuíam maior significância em relação ao objetivo da análise.

4. Determinação dos atributos críticos ou essenciais

Sendo a principal etapa da análise de conceito, sua finalidade é apresentar as principais características associadas ao conceito o qual está sujeita a análise. De acordo com Lopes, Silva, Araújo (2013), “um diagnóstico de enfermagem não é um conceito em si, entretanto, cada diagnóstico é composto por um núcleo conceitual”. Nessa perspectiva, esse núcleo conceitual está relacionado a elementos antecedentes e consequentes a um fenômeno, os quais remetem a formulação de um conceito.

Assim, por meio da revisão da literatura, foi levantado tudo o que diz respeito ao foco da prática clínica de enfermagem, o conceito de desenvolvimento físico, pois o núcleo conceitual não abrange o julgamento dessa prática (por exemplo, atraso), porém, evidenciou os elementos que antecedem, auxiliam e interferem do desenvolvimento físico saudável (RODGERS; KNAFL, 2000; LOPES; SILVA; ARÚJO, 2013).

Desse modo, a busca foi, *a priori*, pelas características do núcleo conceitual (desenvolvimento físico) para que, a partir do levantamento literário, a preocupação e a análise estivessem direcionadas ao julgamento (atraso do desenvolvimento físico), pois a pergunta que se interessa responder é: “que fatores podem levar ao atraso do desenvolvimento físico no lactente?”.

5. Construção de um caso modelo

Essa etapa garantiu a construção de um caso clínico modelo no qual foi possível à utilização prática do conceito atraso do desenvolvimento físico no lactente.

6. Desenvolvimento de um caso contrário

Concomitante a elaboração do caso clínico modelo, para melhor identificar e clarificar o conceito de atraso do desenvolvimento físico foi utilizado o caso contrário contendo “não conceito”, pois se esperava esclarecer ao máximo os elementos essenciais da palavra concentrando-se no oposto do conceito (RODGERS; KNAFL, 2000).

7. Identificação dos antecedentes e consequentes do conceito

Tomando por base o levantamento, a identificação do núcleo conceitual para o estabelecimento do julgamento, o material analisado possibilitou a identificação dos eventos presentes na vida no lactente os quais antecedem a ocorrência do conceito atraso do desenvolvimento físico, e os eventos consequentes resultantes da aplicação do conceito na vida no lactente (WALKER; AVANT, 2011). No cenário da enfermagem, os antecedentes serão pistas, sinais e sintomas que, os diagnósticos de enfermagem trazem denominados de Fatores Relacionados (FR) e os consequentes, as possíveis Características Definidoras (CD) serão características relacionadas ao problema/agravo que se pretende avaliar.

8. Definição de referências empíricas para os atributos essenciais

Por fim, a última etapa do modelo de análise correspondeu à identificação de referências empíricas, na qual foi possível medir ou determinar a presença do conceito a partir desse levantamento empírico do conceito. De modo geral, assemelham-se às características essenciais do conceito e são úteis na fase de construção dos instrumentos que serão submetidos à validação de conteúdo em outro momento de futuros estudos sobre a mesma temática.

Neste estudo, os referentes empíricos compreendem os indicadores dos resultados de enfermagem referente ao atraso do desenvolvimento físico no lactente além de suas referências empíricas e magnitudes.

4.3. Revisão Integrativa por Mendes, Silveira e Galvão (2010)

Ressalta-se que, algumas etapas da RI ocorreram de modo concomitante às etapas de análise de conceito, como: identificação do uso do conceito, objetivo da análise conceitual, identificação e seleção dos atributos essenciais, identificação dos antecedentes e consequentes e identificação do referencial empírico.

Para auxílio da condução da primeira etapa da RI, foram utilizadas como perguntas norteadoras: Quais os atributos essenciais do fenômeno atraso do desenvolvimento físico no lactente? Quais são os antecedentes e consequentes do fenômeno atraso do desenvolvimento físico no lactente? Quais as definições conceituais e referências empíricas do fenômeno atraso do desenvolvimento físico no lactente?

Foram adotados como critérios de inclusão para a seleção da coleta dos dados: estudos científicos disponíveis eletronicamente na íntegra, nas bases de dados eleitas para coleta ou nos periódicos disponíveis no Portal da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior- CAPES; periódico específico da área de crescimento e desenvolvimento; artigos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol, que atendam ao alcance dos objetivos da temática.

Ademais, o material da literatura cinzenta, ou seja, a literatura que não é publicada formalmente em revistas e livros, também foi considerada durante essa etapa da RI, pois segundo o Handbook da Cochrane 2011 (cap 6, seção 6.2.1.8), “a literatura cinzenta também deve ser considerada no processo de busca das evidências”. Assim, anais de congressos e Conference Proceedings foram incluídos nas buscas, visando resultados inusitados ao estudo. Cerca de 10% dos estudos referenciados pelas revisões da Cochrane, utilizaram como referências a literatura cinzenta (MALLET; HOPEWELL; CLARKE, 2002; BRASIL, 2012).

No entanto, revisões, opiniões de especialistas e cartas ao editor, foram excluídos durante a seleção do material do estudo.

Para a busca dos estudos que foram incluídos na revisão integrativa do presente estudo, a internet foi utilizada para facilitar o acesso às bases de dados: SCOPUS, National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Literatura Latino-Americana e

do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e o periódico Journal of Web of Science e Science Direct e o periódico Journal Human Growth and Development.

Os descritores controlados Medical Subject Headings- MeSH e Descritores em Ciências da Saúde-DeCS foram delimitados de acordo com cada base de dados, e os descritores não controlados (palavras-chave) foram estabelecidos pelo pesquisador mediante leituras prévias sobre o tema a ser investigado, pois pelo conhecimento prévio da pesquisadora, mediante a leitura de estudos semelhantes, apenas os descritores não satisfaziam, integralmente, a pluralidade do fenômeno.

Desse modo, foram utilizados os descritores: Crescimento e Desenvolvimento; Crescimento; Insuficiência de Crescimento; Deficiências do Desenvolvimento e Lactente; e suas sinônimas em inglês: Growth and Development; Failure to Thrive; Developmental Disabilities and Infant. Ademais, para ampliação da busca utilizou-se as seguintes palavras chave: Atraso; Desenvolvimento físico e Desenvolvimento somático e Desenvolvimento maturacional. Os descritores e as palavras-chave foram interligados pelo operador booleano AND e OR. As questões norteadoras para a realização da RI, foram: *Qual a definição de atraso do desenvolvimento físico? Quais os atributos essenciais presente identificados no conceito atraso do desenvolvimento físico? Quais os consequentes e antecedentes do conceito atraso do desenvolvimento físico?*

A seguir, o Quadro 1 apresenta as definições de cada descritor utilizado.

QUADRO 1- Descritores com as suas respectivas definições do Medical Subject Headings-MeSH e Descritores em Ciências da Saúde –DeCS.

Descritor	Definição
<i>Crescimento e Desenvolvimento</i> <i>Growth and Development</i>	Conjunto de alterações de forma, tamanho, componentes e funções de um determinado organismo ao longo do tempo, à medida que o organismo evolui de sua forma inicial até seu tamanho definitivo e maturidade.
<i>Crescimento</i> <i>Growth</i>	Aumento gradual no número, tamanho e complexidade das células de um indivíduo. Geralmente, o crescimento produz um aumento do peso do órgão, peso corporal e estatura.
<i>Insuficiência de Crescimento</i> <i>Failure to Thrive</i>	Situação de crescimento abaixo do padrão ou capacidade diminuída de manter a função normal.
<i>Deficiências do Desenvolvimento</i> <i>Developmental Disabilities</i>	Distúrbios nos quais há um atraso do desenvolvimento em relação ao esperado

	para uma determinada idade ou estágio de desenvolvimento; estes distúrbios incluem fatores biológicos e não biológicos.
<i>Lactente Infant</i>	Criança entre 1 e 23 meses de idade.

Fonte: *Medical Subject Headings- MeSH e Descritores em Ciências da Saúde –DeCS.*

Optou-se pela não definição das palavras-chave, tendo em vista não estarem indexadas em vocabulários específicos de pesquisa. Por conseguinte, os cruzamentos desses descritores e palavras-chave estão detalhados no Quadro 2.

QUADRO 2- Cruzamentos realizados nas bases de dados e periódicos selecionados. Redenção/CE, 2017.

Cruzamento	Descritores/palavras-chave (inglês/português) + operador booleano
01	Delay AND Growth and Development* AND Infant*
02	Development Disabilities* AND Infant* OR Deficiencies in Growth and Development AND Infant*
03	Delay AND Physical Development AND Infant*
04	Delay AND Growth* OR Somatic Growth AND Infant*
05	Failure to Thrive* AND Infant*
06	Delay AND Maturational Development AND Infant*

Legenda: (*) descritores indexados no *Medical Subject Headings- MeSH e Descritores em Ciências da Saúde –DeCS.*

Por conseguinte, a etapa da busca nas bases de dados selecionadas, foi realizada no período de outubro a dezembro de 2017 correspondendo às fases de seleção e busca do material literário até a criação de um instrumento contendo a representação de componentes utilizados na construção de um diagnóstico de enfermagem. Os artigos identificados nas bases de dados e periódicos foram submetidos a três etapas de avaliação, a saber: 1ª) apreciação do título, resumo e descritores que abordassem o fenômeno atraso do desenvolvimento físico; 2ª) Leitura do material na íntegra, visando à identificação da adequação dos artigos às perguntas norteadoras e aos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos por meio da utilização da utilização do Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura (APÊNDICE A); 3ª) Extração das características essenciais: definições conceituais e operacionais, atributos, antecedentes e consequentes acerca do fenômeno atraso do desenvolvimento físico no lactente.

Cada base de dados foi acessada ao mesmo tempo pela autora e por mais dois colaboradores, membros do grupo de Pesquisa Processo de Cuidar em Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente, os quais já desenvolvem pesquisas com utilização do método da

RI. O intuito foi minimizar o viés dos resultados encontrados. As buscas ocorreram na biblioteca da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), pois a biblioteca disponibiliza o acesso a algumas bases de dados que não podem ser acessada fora do espaço da universidade. As buscas eram realizadas no período livre dos pesquisadores.

Desse modo, cada pesquisador fez a busca em duas bases de dados, utilizando os mesmo descritores. A pesquisadora realizou a busca nas bases e no periódico do Journal of Human Growth and Development, conjuntamente com os demais componentes.

Com as referências selecionadas, foi feita a leitura do título e resumo de cada artigo, e havendo consenso de pelo menos dois dos pesquisadores o artigo era selecionado para a próxima fase. Caso houvesse a discordância ou dúvida em relação ao artigo selecionado, no caso da discordância entre os pesquisadores, a referência era submetida à análise da pesquisadora para a verificação e seleção do mesmo. Ressalta-se que por motivos acadêmicos, os quais inviabilizaram a disponibilidade de horários e tempo, os dois voluntários tiveram que se ausentar da continuação dessa fase da leitura de título e resumo, sendo realizado pelo trio esse consenso com três bases de dados. As demais bases e o periódico foram analisados pela pesquisadora e no caso das dúvidas em relação à adequação ou não para a próxima fase, a ajuda por meio de leituras sobre o assunto e a participação ativa da orientadora foi de fundamental importância.

O quantitativo de estudos encontrados nas bases de dados e nos periódicos encontra-se representada na Tabela 1.

TABELA 1- Quantitativo total de referências encontradas em cada cruzamento nas bases de dados e periódicos selecionados na Revisão Integrativa. Redenção/CE, 2017.

Cruzamento	JHGD¹	LILACS	PUBMED	SCOPUS	SCIENCE DIRECT	WofS²	TOTAL
01	17	32	543	3.685	13	1.452	5.742
02	04	41	1.945	6.561	93	288	11.804
03	03	17	148	2.213	819	346	3.546
04	01	0	641	405	99	47	1.193
05	03	0	182	997	66	321	1.569
06	0	0	6	0	62	0	68
TOTAL	28	90	3.465	5.973	1.152	2.454	23.922

Legenda: ¹Journal of Human Growth and Development, ²Web Of Science.

Assim, para a seleção da amostra final, as 23.922 referências encontradas nas bases de dados e periódicos selecionados, foram submetidas a primeira e a segunda etapa de avaliação, anteriormente citadas, a saber: leitura do título e resumo, analisados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão já mencionados, consenso entre os pesquisadores e leitura na íntegra das referências selecionadas (APÊNDICE A).

A terceira etapa foi executada pela própria pesquisadora. Nessa fase, que consistiu na leitura de trechos relevantes para a composição e resposta das perguntas norteadoras, os trechos foram grifados, fichados em planilhas do Microsoft Excel 2010 e dispostos em quadros. Por conseguinte, visando à sistematização para melhor condução da leitura do material selecionado as referências foram categorizadas a partir do código do artigo; referência; local de publicação; ano de publicação; temática do estudo; cenário do estudo; faixa etária dos sujeitos do estudo; objetivos; atributos essenciais; consequentes do conceito; antecedentes do conceito; definições conceituais e operacionais para o conceito atraso do desenvolvimento físico no lactente (APÊNDICE B).

Ante o exposto, para este fim foi construído um instrumento de revisão adaptado para a análise de conceito de Ursi (2005) (APÊNDICE A). Para a avaliação dos estudos selecionados, segundo o nível de evidência, adotou-se a avaliação por meio dos itens que compõem a iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology-Strobe* (2007).

A iniciativa STROBE é composta por 22 itens os quais são utilizados como *checklist* para verificação e avaliação de informações que devem estar presentes no título, resumo, introdução, metodologia, resultados e discussão de artigos científicos que descrevem estudos observacionais. Para cada tipo de estudo há um quantitativo de itens discriminados para a avaliação, a saber: dezoito itens são comuns a estudos de coorte, caso-controle e estudos seccionais e quatro itens são específicos para cada um desses três desenhos de estudo. Assim, optou-se pela utilização da Iniciativa STROBE tendo em vista que a mesma objetiva facilitar a leitura crítica dessas publicações por parte de editores, revisores e leitores em geral, tendo em vista que, a grande maioria das referências encontradas durante a revisão integrativa tratava desses tipos de estudos que podem ser avaliados pela Iniciativa STROBE (TEXEIRA.; et al 2017; MALTA et al.; 2010; ELM et al.; 2007).

Por fim, esses dados obtidos por meios da amostra das referências utilizadas na pesquisa foram essenciais para a construção do aporte teórico, os quais foram indispensáveis e diretamente relacionados aos antecedentes e consequentes identificados por meio das buscas,

do conceito objeto desse estudo, bem como a descrição de suas definições conceituais e referências empíricas, sendo sua finalização descrita pela definição do rótulo conceitual do fenômeno analisado, a partir dos atributos encontrados a partir da busca literária.

Os resultados iniciais apresentados após as buscas com os respectivos cruzamentos propostos em cada base de dados, bem como o quantitativo final após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, são ilustrados logo abaixo por meio de seis quadros, os quais correspondem a cada cruzamento utilizado durante a coleta das referências nas bases de dados e periódicos selecionados para a revisão integrativa.

QUADRO 3- Resultados obtidos a partir do primeiro cruzamento Delay AND Growth and Development AND Infant: amostra inicial; quantitativo obtido durante a busca; e o quantitativo final obtido após submissão das etapas avaliativas e critérios de inclusão e exclusão em cada base de dados e periódicos selecionados. Redenção/CE, 2017.

Cruzamento 1	Fonte	Amostra Inicial	Após critérios de Inclusão e exclusão	Seleção da amostra final
<i>Delay AND Growth and Development AND Infant</i>	JHGD	17	12	09
	LILACS	32	18	06
	PUBMED	543	198	09
	SCOPUS	3.685	405	06
	SCIENCE DIRECT	13	02	01
	WEB of SCIENCE	1.452	108	13

Fonte: Própria Pesquisa

Referente ao cruzamento um- Atraso AND Crescimento e Desenvolvimento AND lactente- foi obtido, na primeira etapa da seleção, um total de 5.742 resultados. Desse modo, a abrangência dos descritores nesse cruzamento resultou em quantidade numerosa de estudos, especificadamente, nas bases PUBMED, SCOPUS e WEB of SCIENCE sendo adotados alguns critérios de delimitação dos estudos, tais como:

- Estudos na íntegra e de livre acesso;
- Espécie humana;
- Idade: ao nascer até 23 meses;
- Ano de publicação entre 2010 e 2017;
- Língua inglesa, portuguesa e espanhola.

Assim, após a delimitação, um total de 743 referências foi selecionado para a fase seguinte, de modo que entre eles 23 estavam duplicados entre as bases e revista, 16 revisões sistemáticas e meta-análise. Ademais, alguns estudos não correspondiam aos objetivos

propostos pela revisão integrativa o que resultou no julgamento de 44 artigos adequados para compor a amostra nesse primeiro cruzamento, resultou no quantitativo de 44 artigos.

QUADRO 4- Resultados obtidos a partir do primeiro cruzamento *Development Disabilities AND Infant OR Deficiencies in Growth and Development*: amostra inicial; quantitativo obtido durante a busca; e o quantitativo final obtido após submissão das etapas avaliativas e critérios de inclusão e exclusão em cada base de dados e periódicos selecionados. Redenção/CE, 2017.

Cruzamento 2	Fonte	Amostra Inicial	Após critérios de Inclusão e exclusão	Seleção da amostra final
<i>Development Disabilities AND Infant OR Deficiencies in Growth and Development AND Infant</i>	JHGD	04	04	0
	LILACS	41	0	0
	PUBMED	1.945	271	14
	SCOPUS	6.561	309	06
	SCIENCE DIRECT	93	06	04
	WEB of SCIENCE	288	91	03

Fonte: Própria Pesquisa

Referente ao cruzamento dois- *Deficiências do Desenvolvimento AND Lactente OR Deficiências do Crescimento e Desenvolvimento AND lactente*- foi obtida uma amostra inicial de 8.932 referências. Em face esse quantitativo exorbitante, novamente, as delimitações fornecidas pelas bases de dados foram aplicadas:

- Estudos na íntegra e de livre acesso;
- Espécie humana;
- Idade: ao nascer até 23 meses;
- Ano de publicação entre 2010 e 2017;
- Língua inglesa, portuguesa e espanhola.

O resultado foi de uma amostra de 681 artigos que foram submetidos aos critérios de inclusão e exclusão propostos pelo estudo, julgando-se 27 artigos adequados para amostra final.

QUADRO 5- Resultados obtidos a partir do primeiro cruzamento Delay AND Physical Development AND Infant: amostra inicial; quantitativo obtido durante a busca; e o quantitativo final obtido após submissão das etapas avaliativas e critérios de inclusão e exclusão em cada base de dados e periódicos selecionados. Redenção/CE, 2017.

Cruzamento 3	Fonte	Amostra Inicial	Após critérios de Inclusão e exclusão	Seleção da amostra final
<i>Delay AND Physical Development AND Infant</i>	JHGD	03	03	03
	LILACS	17	0	0
	PUBMED	148	34	01
	SCOPUS	2.213	151	03
	SCIENCE DIRECT	819	12	06
	WEB of SCIENCE	346	19	08

Fonte: Própria Pesquisa

No cruzamento três – Atraso AND Desenvolvimento Físico AND lactente- um número de 3.546 referências compuseram a amostragem inicial. Por conseguinte, novamente, as delimitações fornecidas pelas bases de dados foram aplicadas:

- Estudos na íntegra e de livre acesso;
- Espécie humana;
- Idade: ao nascer até 23 meses;
- Ano de publicação entre 2010 e 2017;
- Língua inglesa, portuguesa e espanhola.

Desse modo, isto resultou em uma amostra de 21 artigos a serem utilizados para o alcance dos objetivos proposto pelo estudo. Os 198 artigos excluídos da amostra final não correspondiam aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa e/ou versavam sobre outros domínios do desenvolvimento infantil e outras faixas etárias não incluídas nesse estudo.

QUADRO 6- Resultados obtidos a partir do primeiro cruzamento Delay AND Growth OR Somatic Growth AND Infant: amostra inicial; quantitativo obtido durante a busca; e o quantitativo final obtido após submissão das etapas avaliativas e critérios de inclusão e exclusão em cada base de dados e periódicos selecionados. Redenção/CE, 2017.

Cruzamento 4	Fonte	Amostra Inicial	Após critérios de Inclusão e exclusão	Seleção da amostra final
<i>Delay AND Growth OR Somatic Growth AND Infant</i>	JHGD	01	01	01
	LILACS	0	0	0
	PUBMED	641	38	05
	SCOPUS	405	266	0
	SCIENCE DIRECT	99	25	03
	WEB of SCIENCE	47	15	0

Fonte: Própria Pesquisa

Em referência ao cruzamento quatro- Atraso AND Crescimento OR Crescimento Somático AND Lactente- a amostra inicial para esse cruzamento foi de 1.193, sendo a amostra para a segunda fase de 345 artigos. Como resultado final, apenas, 09 artigos para amostragem final do estudo.

QUADRO 7- Resultados obtidos a partir do primeiro cruzamento Failure to Thrive AND Infant: quantitativo obtido durante a busca; e o quantitativo final obtido após submissão das etapas avaliativas e critérios de inclusão e exclusão em cada base de dados e periódicos selecionados. Redenção/CE, 2017.

Cruzamento 5	Fonte	Amostra Inicial	Após critérios de Inclusão e exclusão	Seleção da amostra final
<i>Failure to Thrive AND Infant</i>	JHGD	03	0	0
	LILACS	0	0	0
	PUBMED	182	10	0
	SCOPUS	997	110	02
	SCIENCE DIRECT	66	04	0
	WEB of SCIENCE	341	108	03

Fonte: Própria Pesquisa

Nesse ínterim, no cruzamento cinco- Insuficiência de Crescimento AND Lactente- resultou da para a primeira fase da busca nas bases e revistas científicas, um total de 1.589 estudos, sendo que 232 artigos foram selecionados, submetidos aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, julgando-se apto a permanecerem na amostra final, somente, 05 artigos.

QUADRO 8- Resultados obtidos a partir do primeiro cruzamento Delay AND Maturational Development AND Lactente: quantitativo obtido durante a busca; e o quantitativo final obtido após submissão das etapas avaliativas e critérios de inclusão e exclusão em cada base de dados e periódicos selecionados. Redenção/CE, 2017.

Cruzamento 6	Fonte	Amostra Inicial	Após critérios de Inclusão e exclusão	Seleção da amostra final
<i>Delay AND Maturational Development AND Lactente</i>	JHGD	0	0	0
	LILACS	0	0	0
	PUBMED	06	0	0
	SCOPUS	0	0	0
	SCIENCE DIRECT	62	12	04
	WEB of SCIENCE	0	0	0

Fonte: Própria Pesquisa

No cruzamento seis – Atraso Maturacional do Desenvolvimento AND Lactente- totalizou 68 estudos. Com a adequação referente aos critérios de inclusão e exclusão do estudo, 04 artigos foram selecionados para a etapa seguinte.

Destarte, diante dos resultados apresentados nos quadros de 3 a 8, verificou-se existência de 110 estudos resultantes de todos os 6 (seis) cruzamentos, sendo 23 duplicados, o que resultou em uma amostra parcial de 87 referências para serem analisadas por meio da leitura completa do estudo. Ademais, na intenção de realizar um estudo minucioso, ainda nessa etapa, a pesquisadora, realizou uma reavaliação desses 87 estudos, relendo título e resumo, caso ainda permanecessem dúvidas quanto à adequação dos critérios de inclusão e exclusão foi realizada a leitura integral do estudo. Isso possibilitou a exclusão de 27 referências que não atendiam aos critérios de inclusão e exclusão, mas que haviam sido selecionadas, porém, a necessidade de uma leitura mais apurada, dirimiu qualquer dúvida que pudesse permanecer.

Em face disso, finalmente chegou-se a uma amostra final de 60 artigos que seguiu para terceira etapa. Ressalta-se ainda que para complementar a análise foi utilizada livros-textos relacionados ao fenômeno, intencionando responder as questões norteadoras, pois os estudos supracitados não foram suficientes para este fim, principalmente no que se refere as referências empíricas do conceito estudado.

Por conseguinte, para a identificação/construção das definições conceituais e referências empíricas, como forma de subsidiar essa etapa foram realizadas consultas a dicionários da língua portuguesa e de termos profissionais da área da saúde, manuais técnicos do Ministério da Saúde, Caderno da Atenção Básica nº33 e ainda a própria NANDA 2015-2017 para que fosse possível a adequação dos resultados da análise de acordo com o que é preconizado pela taxonomia. Todavia, para a seleção do material supracitado, não foi utilizado critério de seleção.

Assim, da amostra final dos estudos, adveio à identificação dos seguintes dados: código do artigo; referência; local de publicação; ano de publicação; temática do estudo; cenário do estudo; faixa etária dos sujeitos do estudo; objetivos; atributos essenciais; consequentes do conceito; antecedentes do conceito; definições conceituais e referências empíricas para o conceito atraso do desenvolvimento físico no lactente. As referências selecionadas e categorizadas no instrumento foram as que subsidiaram a análise de conceito e compuseram o arcabouço teórico para o desenvolvimento e achados dos antecedentes e consequentes.

Nesse processo crítico reflexivo, foi necessário o suporte literário já advindo desde o início do projeto de pesquisa, bem como o aporte literário de outros estudos e materiais já anteriormente mencionados na intenção de torna cada vez mais claro a construção

do conceito do atraso do desenvolvimento físico no lactente, consequente, antecedentes e referências empíricas. Considera-se também que, a condução do processo de alinhamento e “refinamento” do material advindo da RI, por intermédio dos encontros de orientação da dissertação foram extremamente importante, pois o conhecimento fornecido por parte da orientadora que domina o campo das taxonomias, o método da análise de conceito e RI, deixou tudo mais claro na medida em que a pesquisa e seus resultados iam tomando forma. A cada dúvida ou processamento da construção dos atributos, consequentes, antecedentes e referências empíricas a troca de informação foi fundamental e norteavam a construção final de cada etapa da pesquisadora.

O estudo não necessitou do parecer da Comissão de Ética e Pesquisa-CEP por não envolver, nessa etapa da construção dos elementos do DE, a coleta de dados envolvendo seres humanos.

5. RESULTADOS

5.1. Categorização dos estudos

A partir da revisão integrativa foram identificados 60 estudos que subsidiaram a análise do conceito *Atraso do desenvolvimento físico no lactente*. Os estudos foram atentamente analisados quanto aos seus aspectos metodológicos por meio de um instrumento adaptado de Ursi (2005) utilizado na pesquisa de Monteiro (2013), no qual foram incluídas variáveis específicas à temática.

Ademais, no processo de análise dos estudos, a definição do conceito, identificação dos atributos, dos antecedentes (fatores relacionados), consequentes (características definidoras), definições conceituais e referências empíricas relacionadas ao fenômeno Atraso do desenvolvimento Físico no lactente foram identificadas e selecionadas por meio da leitura dos estudos.

5.2. Resultados e discussões da análise de conceito

A Tabela 2 apresenta o consolidado dos estudos incluídos na revisão.

TABELA 2- Distribuição dos artigos conforme ano de publicação, país onde o estudo foi desenvolvido, idioma, local de publicação, área profissional dos autores, tipo de periódico, tipo de domínio do desenvolvimento e temática do estudo (n=60) Redenção/CE, 2017.

VARIÁVEIS

Ano de Publicação	Frequência Absoluta (n=60)	Frequência relativa (%)
1990 I----- 1993	3	2%
1993 I----- 1996	1	1,7%
2002 I----- 2005	1	1,7%
2005 I----- 2008	1	1,7%
2008 I----- 2011	1	1,7%
2011 I----- 2014	19	32%
2014 I----- 2017	34	57%
TOTAL	60	100%
Idioma		
Inglês	47	78%
Português	10	17%
Espanhol	3	5%
TOTAL	60	100%
País onde o estudo foi		

desenvolvido		
Brasil	21	35%
África	7	12%
EUA	7	12%
Canadá	2	3%
China	2	3%
Outros	14	23%
Não mencionaram local	7	12%
TOTAL	60	100
Área Profissional Dos Autores		
Medicina	42	70%
Fisioterapia	8	13%
Nutrição	6	10%
Enfermagem	1	2%
Psicologia	1	2%
Terapia Ocupacional	1	2%
Fonoaudiologia	1	2%
TOTAL	60	100
Tipo de domínio do desenvolvimento		
Físico	25	42%
Todos*	19	32%
Cognitivo	7	12%
Biossocial	6	10%
Psicomotor	3	5%
TOTAL	60	100
Temática Do Estudo		
**Desen. Infantil	17	28%
**Desen. E Crescimento	8	13%
**Desen. Motor	7	12%
**Desen. Psicomotor	6	10%
**Desen. Neurológico	5	8%
Crescimento	5	8%
Crescimento E Nutrição	3	5%
Neurológico E Físico	2	3%
Gestação	1	2%
Crescimento E Prematuridade	1	2%
Crescimento Intrauterino	1	2%
*Desen. Motor E Físico	1	2%
*Desen. Físico	1	2%
*Desenv. Motor E Hab. Sociais	1	2%
Nutrição	1	2%
TOTAL	60	100%

Legenda: Todos*: presença de todos os domínios: físico, cognitivo, psíquico, social, motor (**)
Desenvolvimento; FONTE: Dados da própria pesquisa.

Referente aos dados obtidos, por meio da revisão integrativa no presente estudo, foi perceptível que a abordagem da temática começa a ser na década de 90. Todavia, percebe-

se que as publicações sobre a temática se concentram nos anos de 2014 a 2017 o que representou 57% da amostra dos estudos.

Conforme evidenciado pela Tabela 2, o Brasil teve uma amostra significativa de 21 (35%) estudos sobre a temática do desenvolvimento físico, o que representa avanços sobre a nova perspectiva do cuidado em saúde da criança e futuras mudanças nas pesquisas sobre desenvolvimento infantil. Em seguida, tem-se a África (12%) e os EUA (12%), o que permite a reflexão da condição do desenvolvimento físico em cenários paradoxos, tendo em vista que as condições de saúde infantil nos países africanos, principalmente, são extremamente frágeis e com grande necessidade de investimentos no campo da Saúde da criança, sendo perceptível pelos indicadores de saúde desses países, os quais apontam para o comprometimento do desenvolvimento infantil das crianças nos países africanos. Em face disso, o idioma Inglês foi predominante entre os estudos, com um total de 78%.

Referente ao nível de evidência dos estudos por meio da utilização da iniciativa STROBE, 75% dos estudos selecionados compreendiam os requisitos propostos pela iniciativa, o que representa que o estudo atende aos critérios necessários para a condução de uma pesquisa e incremento de outras. A presença de 18 itens da iniciativa STROBE esteve presente em 17% dos estudos selecionados. Um total de 8% dos estudos atendeu apenas a sete itens que compõem o STROBE. Ressalta-se que a lista STROBE compõe 22 itens.

No que se refere à área de atuação dos autores dos estudos, 42 artigos traziam como autores profissionais das mais diversas áreas da medicina, principalmente pediátrica e, apenas um estudo trazia a categoria da enfermagem como autores nessa temática em específico. A área da fisioterapia (13%) e nutrição (6%) esteve em evidência mesmo com o quantitativo abaixo das duas categorias supracitadas.

É perceptível que, a hegemonia do cuidado biomédico continua muito forte no que se refere à saúde da criança principalmente pelo papel do pediatra no acompanhamento do desenvolvimento infantil. Porém, ressalta-se a importância do programa de Acompanhamento da puericultura nos Sistema Único de Saúde (SUS) que na maioria das vezes é desempenhado pelo enfermeiro como parte do processo de promoção e prevenção em saúde nas UAP e, por conseguinte, o incentivo ao incremento das pesquisas com os enfermeiros que atuam nessa assistência infantil.

Destarte, é perceptível que a temática do desenvolvimento infantil e seus domínios são campos de atuação, reflexão e pesquisas para diversas áreas. No que se refere ao domínio físico do desenvolvimento infantil, mesmo com enfoque sobre o crescimento

(estudos antropométricos, de medidas), outras categorias têm direcionado o olhar para esta temática, a fim de expandir e oferecer subsídios para outras categorias. O mesmo acontece quando a fisioterapia dialoga sobre os possíveis atrasos motores, habilidades grossas e finas nas mais variadas faixas etária da criança.

Assim, o achado de suma importância no decorrer do estudo, foi o enfoque sobre o domínio do desenvolvimento infantil, a maioria dos artigos abordou (42%) o domínio físico. Ressalta-se que, esses estudos não levaram em consideração, apenas questões do atraso no crescimento e suas medidas antropométricas, mas versavam sobre questões que englobam o atraso no desenvolvimento/crescimento físico de forma mais abrangente e complexa, tais como atraso no crescimento cerebral, crescimento biológico e desenvolvimento físico, amadurecimento neurológico, amadurecimento e questões biossociocomportamentais (WONG, 2011).

Ademais, 19 artigos dissertavam sobre o atraso em vários domínios do desenvolvimento na mesma pesquisa, tais como: motor e cognitivo; cognitivo e psicossocial; físico e biossocial; motor e psicossocial. Na observação da variável que diz respeito à temática dos estudos selecionados, dezessete artigos (28%) tratavam sobre o atraso do desenvolvimento infantil de forma ampliada, pois durante a leitura era evidente que a pesquisa tratava da observação de mais de um domínio em específico ou apenas do desenvolvimento sem mencionar o atraso no desenvolvimento/crescimento físico.

Um estudo tratou de forma específica sobre o atraso do desenvolvimento motor e as habilidades sociais. Este estudo corrobora com a necessidade de estudar os domínios de forma separada respeitando suas especificidades e correlações quando existentes. Compreender, por exemplo, que o atraso do desenvolvimento motor no lactente poderá implicar à condução da realização das atividades diárias na infância. Em algumas situações, o convívio social é integrar e refletir sobre o desenvolvimento físico de forma mais abrangente e assim sobre os demais domínios (SCHONHAUT, PÉREZ, MUÑOZ, 2015).

5.3. Análise do Conceito Atraso do desenvolvimento físico no lactente

Conforme mencionado anteriormente, algumas das etapas da análise de conceito ocorrem simultâneas à revisão integrativa. Porquanto, no processo da leitura dos artigos selecionados (n=60), foram identificados os possíveis usos do conceito atraso do desenvolvimento físico no lactente, seus atributos, antecedentes e consequentes, bem como as possíveis definições operacionais e referências empíricas, as quais serão apresentados em

quadros, separadamente, com intuito de oferecer uma melhor compreensão do que esta sendo proposto, intencionando a apresentação de uma descrição dos componentes de construção diagnóstica: título do diagnóstico proposto, a definição do diagnóstico de enfermagem proposto com suas respectivas definições conceituais e operacionais. Portanto, toda essa construção foi direcionada para a faixa etária lactente (0 a 23 meses), caracterizando-se um diagnóstico com foco no problema segundo a taxonomia NANDA-I (HERDMAN, 2012).

A seguir, são apresentados os resultados da análise de conceito segundo o modelo de Walker e Avant (2011).

5.3.1. Identificação dos possíveis usos do conceito Atraso do desenvolvimento físico no lactente.

Mediante a leitura minuciosa dos estudos (n=60) identificados, *a priori*, os possíveis usos do conceito desenvolvimento físico na perspectiva da condição saudável do indivíduo. Embora essa fase não seja obrigatória pelo modelo proposto ela foi de fundamental importância, tendo em vista que, a análise de conceito não abrange o julgamento (atraso) de modo que, as buscas direcionam-se para o núcleo conceitual do desenvolvimento físico a fim de que a análise dos estudos esteja direcionada para o Atraso do desenvolvimento físico.

Igualmente, essa fase possibilitou verificar a abrangência do desenvolvimento físico a partir do que está posto pela literatura e corroborou com a ideia de que este domínio do desenvolvimento está além das condições antropométricas.

Nessa etapa, buscou-se responder as perguntas norteadoras: Qual o conceito do Atraso do desenvolvimento físico? Como ele se caracteriza?

A seguir, no Quadro 9 estão as possíveis definições do conceito do desenvolvimento físico de acordo com a leitura dos artigos. Considerou-se necessário a observação do conceito *desenvolvimento físico* sem o julgamento (atraso) para que a partir dessas leituras também fosse possível à verificação e a identificação do atraso do desenvolvimento físico no lactente.

QUADRO 9- Conceitos extraídos da literatura acerca do fenômeno do desenvolvimento físico.

Definições conceituais de Desenvolvimento Físico	Referência Bibliográfica
O Crescimento infantil é um indicador sensível das condições gerais de vida (saúde, moradia, alimentação, saneamento, etc.).	VELASQUEZ, G; BENAVENTE, L; CASANOVA, W. Crescimento e estado nutricional de pré-escolares residentes na região Amazônica do Peru. Rev.Bra Crescimento e Desenvolvimento humano. III (2), 39- 49. 1993.
Desenvolvimento físico engloba a presença de fatores biológicos e sociais.	NICOLAU, C.M; COSTA, A.P.B.M; HAZIME, H.O; KREBS, V.L.J. Desempenho motor em recém-nascidos pré-termo de alto risco. Rev.Bra Crescimento e Desenvolvimento humano. 21(2):327- 334. 2011.
O Desenvolvimento neuropsicomotor é considerado como um processo sequencial, no qual o ser humano adquire uma vasta quantidade de habilidades motoras, progredindo de movimentos espontâneos, sem propósito funcional, para habilidades motoras mais organizadas e complexas. Sofre influencia de estímulos externos. Portanto, o desenvolvimento da criança poderá ser influenciado por fatores intrínsecos e extrínsecos.	WILLRICH A, AZEVEDO CCF, FERNANDES JO. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. Rev Neurocienc; 17(1):51-6. 2008. SEVERIANO A.A.O; DANTAS D.S.D; OLIVEIRA, V.L.C; LOPES, J.M. L; SOUZA, D.E.S; MAGALHÃES, A.G.M. Association between breastfeeding, obstetric factors and child development of brazilian northeast children. J Hum Growth Dev; 27(2): 158-165. 2017.
O crescimento físico caracteriza-se pelo somatório de fenômenos celulares, biológicos, bioquímicos e morfológicos, cuja interação é efetuada por um plano pré-determinado geneticamente e influenciado pelo meio ambiente.	FREIRE, F; THON, RA; COSTA, LT; DUARTE, E; GORLA, JI. Somatic Growth of Brazilian Children and Adolescents with Down Syndrome Journal of Human Growth and Development, 25(1): 102-107; 2015. ROGOL AD; CLARK PA, ROEMMICH JN. Growth and pubertal development in children and adolescents: effects of diet and physical activity. Am J Nutr; 72(2): 521S-8. 2000. PETROSKI EL; SILVA RJS, PELEGRINI A.

	<p>Crescimento físico e estado nutricional de crianças e adolescentes da região de Cotinguiba. Rev Paul Pediatr; 26(3): 206-11. 2008.</p>
<p>Trata-se de um processo complexo com mudanças rápidas, sendo afetado direta ou indiretamente por diversos fatores, como sexo, raça, peso ao nascer, condições de saúde e tipo de alimentação. Esses fatores são influenciados por condições socioeconômicas, culturais e biológicas. Trata-se de um fenômeno multicausal.</p>	<p>AUGUSTO, RA; SOUZA, JMP. Crescimento de crianças em aleitamento materno exclusivo no primeiro semestre de vida. Rev.Bra Crescimento e Desenvolvimento humano. 17 (2):01-11; 2007.</p>
<p>O Desenvolvimento Humano é baseado em como e por que o organismo humano cresce e se modifica no decorrer da vida. Refere-se às mudanças que ocorrem ao longo do tempo de maneira ordenada e relativamente duradoura afetando as estruturas físicas e neurológicas, os processos de pensamento, as emoções, as formas de interação social e muitos outros comportamentos.</p>	<p>ROTHSTEIN JR; BERTRAME TS. Características neuromotoras, pondo-estaturais e biopsicossociais de lactentes. Rev Bras Cresc e Desenv Hum; 21(2): 269-281. 2011.</p> <p>BRONFENBRENNER, UA. Ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.</p> <p>NEWCOMBE, N. Desenvolvimento Infantil: abordagem de Mussen. Porto Alegre: Artmed, p.:25-32. 1999</p>
<p>Somatória de fenômenos celulares, bioquímicos, biofísicos e morfogenéticos, cuja integração é feita segundo um plano predeterminado pela herança e modificado pelo ambiente.</p>	<p>MARCONDES, E. Fatores ambientais do crescimento da criança. Rev. Bras. Cresc. Des. Hum. S. Paulo, I(1), 1991</p>
<p>O desenvolvimento é considerado como processo de mudanças e permanências, demonstrando que a aquisição e o uso de habilidades integram vários sistemas e funções do indivíduo em constante interação com o ambiente físico e social.</p>	<p>GUERREIRO TBF, CAVALCANTE LIC, COSTA EF, VALENTE MDR. Psychomotor development screening of children from kindergarten units of Belém, Pará, Brazil. J Hum Growth Dev. 26(1): 181-189. Doi: http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.119262. 2016.</p>
<p>O desenvolvimento tem caráter multifatorial, é um produto de efeitos diretos e indiretos, complexa combinação de influências que, em face à</p>	<p>RIBEIRO, D.G; PEROSA, G.B; PADOVANI, F.H.P. Risk factors for impaired development in children attended at family health units at the end of the first year of life: socio-demographic</p>

adversidade, podem ter diferentes desfechos e remetem à necessidade de abordar os fatores e mecanismos de risco e proteção.	aspects and maternal mental health. Ciência & Saúde Coletiva , 19(1):215-226, 2014. RUTTER M, SROUFE LA. Developmental psychopathology: concepts and challenges. Dev Psychopatol ; 12(3):265-296. 2000.
Processo multifatorial, resultado da combinação de fatores biológicos, ambientais, familiares e sociais, de risco ou de proteção, que culminam em um desenvolvimento único e peculiar.	GUIMARÃES, A.F; CARVALHO, D.V; MACHADO, N.Á; BAPTISTA, R.A.N; LEMOS, S.M.A. Risco de atraso do desenvolvimento de crianças de dois a 24 meses e sua associação com a qualidade do estímulo familiar. Rev Paul Pediatr ; 31(4):452-8. 2013.

FONTE: Dados da própria pesquisa.

Nesse ínterim, foi perceptível a verificação das definições conceituais para atraso do desenvolvimento físico no lactente. Essas definições sugerem a iniciação da condução do processo para a construção da definição final a ser feita nas outras etapas da pesquisa.

A seguir, no Quadro 10 têm-se as definições acerca do fenômeno estudado.

QUADRO 10- Conceitos extraídos da literatura acerca do fenômeno atraso do desenvolvimento físico.

Definições conceituais do Atraso do desenvolvimento físico	Referência Bibliográfica
O atordoamento (atraso do desenvolvimento físico) é uma condição complexa que pode refletir várias etiologias.	VONAESCH P.; et al Factors associated with stunting in healthy children aged 5 years and less living in Bangui (RCA). PLos One ; 12 (8):e0182363. 2017.
O atraso do desenvolvimento refere-se geralmente a crianças que não exibem características proeminentes de desenvolvimento que são esperadas para a sua idade podendo ocorrer após infecções e traumas. É uma interação contínua e dinâmica de fatores biológicos e adquiridos.	VAMEGHI R; AKBARI, S.A.A; SAJJADI H; SAJEDI F; ALAVIMAJD H. CORRELATION Between Mother's Depression And Developmental Delay In Infants With Age Between 6 And 18 Months Correlation Between Mother's Depression And Developmental Delay In Infants With Age Between 6 And 18 Months. Glob J Health Sci . 8(5): 11-8. 2016

FONTE: Dados da própria pesquisa.

Desse modo, dos artigos analisados, 24 estudos relacionaram o atraso do desenvolvimento físico ao prejuízo no crescimento linear no lactente e retardo na maturação biológica; os déficits das habilidades motoras grossas e finas estiveram em evidência em 13 estudos. Ademais, 14 estudos mostraram que as condições ambientais e biológicas, principalmente maternas, também são aspectos que versam sobre o atraso do desenvolvimento físico; e 09 artigos relacionam o conceito aos danos neurológicos que afetam as condições sensoriais, desenvolvimento da linguagem, biossocial e comportamental.

Porém, de acordo com um dicionário da língua portuguesa, o termo “atraso” significa: “ato de atrasar” “tempo que algo atrasa”; “falta de desenvolvimento, de progresso, carência de”. O termo “desenvolvimento” refere-se ao “ato, resultado ou processo de desenvolver-se: o desenvolvimento sadio de uma criança depende de boa alimentação, ambiente saudável e muito carinho”; a língua portuguesa refere que “físico” pode significar “relacionado à ou feito com o corpo” “o corpo, o organismo” (SARAIVA, 2010).

É notório o predomínio do uso do conceito do atraso do desenvolvimento físico, no contexto no lactente, na área da medicina. A abordagem utilizada nessa área versa sobre as formas fisiopatológicas deste domínio do desenvolvimento, além de abordar questões relacionadas com o atraso advindos das síndromes, alterações genéticas, sexo, condições clínicas relevantes para a faixa etária estudada.

O conceito também foi utilizado na área da fisioterapia, relacionada às disfunções motoras dos bebês, na nutrição de forma bem específica ao tratar sobre as várias deficiências no crescimento por falta de condições nutricionais adequadas antes, durante e após o nascimento; pela psicologia ao tratar condições de saúde mental materna como forte indicador para o desenvolvimento físico dos lactentes; e também na área da medicina veterinária, sociologia e no campo da genética em relação à cultura e desenvolvimento celular.

Ante ao exposto, as definições estabelecidas pela literatura para o desenvolvimento físico, ainda apresenta especificações que necessitam ser clarificada para uma compreensão, principalmente pelos profissionais que atuam na assistência a saúde da criança. Nesse sentido, ressalta-se a predominância na literatura em evidenciar o crescimento com o aumento quantitativo e de tamanho e/ou forma das células que, ao produzirem determinadas proteínas são responsáveis pelo crescimento linear do indivíduo e seu ganho de peso os quais podem ser mensurados por meio das avaliações das medidas antropométricas (WONG, 2011).

Em contrapartida, Freire et al (2015) ao tratar sobre o domínio físico, estabelece que “crescimento físico se caracteriza pelo somatório de fenômenos celulares, biológicos, bioquímicos e morfológicos, cuja interação é efetuada por um plano pré-determinado geneticamente e influenciado pelo meio ambiente”. É importante ressaltar que, desenvolvimento físico abrange condições maiores que apenas estatura e peso, sendo inclusive um indicador essencial para a mensuração do crescimento. Ademais, envolve o crescimento cerebral, desenvolvimento de habilidades sensoriais, desenvolvimento da linguagem/comunicação e desempenho motor (JOHANSEN et al.; 2017; MONTEIRO, 2013; NICOLAU, 2011;).

Nesse contexto, é reconhecida a necessidade de estabelecer especificidades no que se refere ao desenvolvimento físico e, assim, o atraso desse domínio, a fim de esclarecer que, embora inter-relacionados, o crescimento constitui-se parte do domínio físico do desenvolvimento, tendo em vista que este abrange condições relacionadas aos processos biológicos, morfológicos, fisiológicos e biossociocomportamental no lactente e do ambiente, individual e coletivo no qual está inserido (GUERREIRO et al.; 2016).

5.3.2. Determinação dos atributos essenciais

Essa etapa da análise de conceito é de suma importância, pois estabelece as características inerentes ao conceito por meio da determinação dos atributos essenciais, extraídos mediante a leitura dos estudos (n=60). Nessa etapa, buscou-se responder a seguinte pergunta: Quais os atributos que compõem o atraso do desenvolvimento físico?

A seguir, estão expostos os atributos do conceito atraso do desenvolvimento físico (QUADRO 11).

QUADRO 11. Atributos referentes ao fenômeno do desenvolvimento físico. Redenção/CE, 2017.

ATRIBUTOS DO ATRASO DO DESENVOLVIMENTO FÍSICO NO LACTENTE	
ATRIBUTO	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA
Crescimento físico	FREIRE, F; THON, RA; COSTA, LT; DUARTE, E; GORLA, JI. Somatic Growth of Brazilian Children and Adolescents with Down Syndrome Journal of Human Growth and Development , 25(1): 102-107; 2015.

Crescimento somático	FREIRE, F; THON, RA; COSTA, LT; DUARTE, E; GORLA, JI. Somatic Growth of Brazilian Children and Adolescents with Down Syndrome Journal of Human Growth and Development , 25(1): 102-107; 2015.
----------------------	--

FONTE: Dados da própria pesquisa.

Com a elucidação dos atributos essenciais do fenômeno do desenvolvimento físico por meio das referências utilizadas, também, foi possível a identificação dos atributos essenciais que caracterizam o atraso do desenvolvimento físico conforme mostra o Quadro 12 a seguir.

QUADRO 12. Atributos referentes ao fenômeno do atraso do desenvolvimento físico. Redenção/CE, 2017.

ATRIBUTOS DO ATRASO DO DESENVOLVIMENTO FÍSICO NO LACTENTE	
ATRIBUTO	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA
Retardo no crescimento	<p>VELASQUEZ, G; BENAVENTE, L; CASANOVA, W. Crescimento e estado nutricional de pré-escolares residentes na região Amazônica do Peru. Rev.Bra Crescimento e Desenvolvimento humano. III (2), 39- 49. 1993.</p> <p>FREIRE, F; THON, RA; COSTA, LT; DUARTE, E; GORLA, JI. Somatic Growth of Brazilian Children and Adolescents with Down Syndrome Journal of Human Growth and Development, 25(1): 102-107; 2015.</p> <p>MARCONDES, E. Fatores ambientais do crescimento da criança. Rev. Bras. Cresc. Des. Hum. S. Paulo, I(1), 1991.</p> <p>MARCONDES, E. Fatores ambientais do crescimento da criança. Rev. Bras. Cresc. Des. Hum. S. Paulo, I(1), 1991.</p>
Peso Inadequado	<p>VELASQUEZ, G; BENAVENTE, L; CASANOVA, W. Crescimento e estado nutricional de pré-escolares residentes na região Amazônica do Peru. Rev.Bra Crescimento e Desenvolvimento humano. III (2),</p>

	39- 49. 1993.
Diminuição na velocidade do crescimento	VELASQUEZ, G; BENAVENTE, L; CASANOVA, W. Crescimento e estado nutricional de pré-escolares residentes na região Amazônica do Peru. <i>Rev.Bra Crescimento e Desenvolvimento humano.</i> III (2), 39- 49. 1993.
Retardo na maturação biológica	SEVERIANO A.A.O; DANTAS D.S.D; OLIVEIRA, V.L.C; LOPES, J.M. L; SOUZA, D.E.S; MAGALHÃES, A.G.M. Association between breastfeeding, obstetric factors and child development of brazilian northeast children. J Hum Growth Dev; 27(2): 158-165. 2017.
Insuficiência de Crescimento	AUGUSTO, RA; SOUZA, JMP. Crescimento de crianças em aleitamento materno exclusivo no primeiro semestre de vida. Rev.Bra Crescimento e Desenvolvimento humano. 17 (2):01-11; 2007.
Atraso no desempenho motor ou desempenho motor aberrante	SILVA, AJS; NEVES, LT; FRÔNIO, JS; RIBEIRO, LC. Factors related to motor developmental delay of newborns Journal of Human Growth and Development; 24(3): 320-327, 2014. JOHANSEN K; PERSSON K; SONNANDER K; MAGNUSSON M; SARKADI A; LUCAS S. Clinical Utility of Structural oversation of motor performance in infants in Infantile Health Services. PLos Onde; 12(7):e0181398.2017. HARRIS, S.R. Early identification motor delay: Family centered screening tool. <i>Médico.Can.Fam.</i> 62(8): 629-632. 2016
Atrasos iniciais nas habilidades de comunicação e linguagem	PIERRAT V.; et al Resultado Do Desenvolvimento Neurológico Aos 2 Anos Para Crianças Prematuras Nascidas De 22 A 34 Semanas De Gestação Na França Em 2011: Estudo De Coorte Epipage-2. Journal The BMj. 358-344. 2017. ZAMBRANA, I.M; VOLLRATH, M.E; JACOBSSON B; YSTROM E. Preterm delivery and risk of early delays in language: a sibling control

	cohort study. Int.J. Epidemiol. 45(1):151-159.2016
Atraso nas habilidades motoras grosseiras e finas	PIERRAT V.; et al. Resultado Do Desenvolvimento Neurológico Aos 2 Anos Para Crianças Prematuras Nascidas De 22 A 34 Semanas De Gestaçao Na França Em 2011: Estudo De Coorte Epipage-2. Journal The BMj. 358-344. 2017
Atraso nas habilidades pessoais e sociais	PIERRAT V.; et al. Resultado Do Desenvolvimento Neurológico Aos 2 Anos Para Crianças Prematuras Nascidas De 22 A 34 Semanas De Gestaçao Na França Em 2011: Estudo De Coorte Epipage-2. Journal The BMj. 358-344. 2017.
Defeitos de crescimento	VONAESCH P.; et al Factors associated with stunting in healthy children aged 5 years and less living in Bangui (RCA). PLos One; 12 (8):e0182363. 2017.
Desenvolvimento tardio	VAMEGHI R; AKBARI, S.A.A; SAJJADI H; SAJEDI F; ALAVIMAJD H. CORRELATION Between Mother's Depression And Developmental Delay In Infants With Age Between 6 And 18 Months Correlation Between Mother's Depression And Developmental Delay In Infants With Age Between 6 And 18 Months. Glob J Health Sci. 8(5): 11-18. 2016.
Distúrbios do desenvolvimento sócio emocionais	VAN der LINDE J, SWANEPO el D, GLASCOE FP, LOUW EM, HUGO JFM, VINCK B. Riscos associados aos atrasos de comunicação em lactentes de comunidades subafricanas desatendidas. Afr J Prm Health Care Fam Med. 2015; 7 (1), páginas. http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v7i1.841

FONTE: Dados da própria pesquisa.

Os resultados dos achados remetem a um quantitativo de atributos relacionados, especificadamente, aos marcadores de crescimento (peso e estatura). Porém, ainda no processo da análise, os resultados também apontaram para a identificação de atributos direcionados aos déficits existentes no desempenho motor, habilidades de linguagem e comunicação, e distúrbios do desenvolvimento sócio emocionais. Essas características do conceito, para além das medidas antropométricas, revelam a complexidade do fenômeno do desenvolvimento físico, pois não é identificado como indicador de crescimento, mas abrange

um contexto mais amplo, como por exemplo, as condições motoras e distúrbios do desenvolvimento sócio emocional.

Em face disso, a apresentação de diferentes atributos do conceito, demonstra que tais processos são multifatoriais e que dependem de fatores fisiológicos, biológicos e ambientais (BALTIERI et al.; 2010).

5.3.3. Construção de um caso modelo e de um caso contrário

Nessa etapa da análise de conceito, exemplifica-se, por meio de um caso clínico fictício, a aplicação do conceito abordado, a fim de, proporcionar melhor compreensão e a identificação clara da sua aplicabilidade. Ademais, na apresentação do caso fictício é possível a apresentação dos componentes que definem o conceito os quais estarão, possivelmente, no contexto da assistência clínica do enfermeiro nos casos onde há indicadores para o atraso do desenvolvimento físico no lactente.

Em contraste, ocorre a apresentação de um caso contrário, no qual é possível a visualização do “não conceito”, ou seja, dos elementos que não compõem o conceito.

CASO MODELO: T.N.S.; 3 meses de idade, sexo masculino, filho caçula de uma prole de quatro, residente da zona rural da cidade de Icapuí-Ceará. O lactente, acompanhado de sua genitora, compareceu a Unidade Básica de Saúde Sol Nascente, para consulta de puericultura, após intervenção da equipe junto à família, pois o lactente faltou por dois meses às consultas de puericultura. De acordo com informações da mãe, houve complicações no decorrer do período pré e peri-natal. A mãe não realizou o mínimo de 6 consultas pré-natais conforme preconizado, tem diagnóstico psiquiátrico de depressão sendo acompanhada pelo Centro de Atenção Psicossocial- CAPS do município. Não teve condições financeiras para a realização dos exames básicos no decorrer da gestação, pois o marido encontra-se desempregado e é o único mantenedor da família. Mãe relata que o filho nasceu de parto cesáreo com 34 semanas tendo se mantido estável durante o período da internação hospitalar. O lactente está em aleitamento materno misto, pois a mãe refere que “não tem leite” suficiente para saciar o bebê. Observa-se que o lactente tem apresentado ganho lento de peso e estatura abaixo dos padrões esperados, bem como desempenho motor e comportamento atrasado em relação a sua idade. Ademais, é perceptível um humor apático no bebê, pois este não corresponde com entusiasmo aos estímulos proporcionados pela enfermeira no momento da avaliação. Ao exame físico, apresenta-se normotenso, hipocorado, eupneico, normocardio, afebril, com

sinais de precária higienização, perímetro cefálico de 38 cm (abaixo do esperado para a idade), 4.100kg de peso o que é considerado abaixo do esperado para a idade, com 57 cm de comprimento. Ademais, há visível comprometimento do desempenho motor grosso e fino, ausência da sustentação da cabeça mais ereta quando inclinando para trás, não sendo capaz de erguer a cabeça e o tronco do decúbito dorsal até 45 a 90 graus da mesa de exames. O lactente não localiza sons e a mãe não demonstrou nenhum sinal de estímulo para com as reações do filho durante toda a consulta. Não houve manifestações de arrulha e balbucio por parte no lactente.

CASO CONTRÁRIO: L.S.S.N, 5 meses de idade, sexo masculino, primeiro filho do casal. Residente na comunidade praiana Estrela do Mar, litoral leste do Ceará. A mãe e o filho compareceram a Unidade Básica de Saúde Lagoa Bela, para consulta de puericultura como costumeiramente faz. De acordo com informações da mãe, não houve complicações no decorrer dos ultimo meses e o lactente segue se desenvolvendo de forma saudável. De acordo com as informações registradas no prontuário, a mãe, compareceu a todas as consultas pré-natais estabelecidas, realizou todos os exames de rotina, devidamente imunizada; o período gestacional ocorrer de forma tranquila e sem intercorrências. Mãe relata que o filho nasceu de parto normal com idade gestacional de 40 semanas, Apgar 8 e 10 no 1º e 5º minuto de vida, respectivamente. O lactente encontra-se em Aleitamento Materno Exclusivo- AME, pois a mãe refere que “não tem leite” suficiente para saciar o bebê. Ao exame físico, lactente normotenso, normocorado, eupneúico, normocardico, afebril, bem higienizado, perímetro cefálico de 45 cm, peso igual a 6,900kg, dentro dos escores de peso adequado esperado para a idade, com 63 cm de comprimento. Visíveis sinais de erupção dentária. O lactente é capaz de sustentar a cabeça mais ereta e quando sentado já permanece por mais tempo com a ajuda de apoio, leva os pés a boca, presença da abordagem ambidestra, acompanha os objetos que deixa cair, localiza estímulos sonoros abaixo do ouvido, emite sons e discrimina estranhos e familiares. Desse modo, por meio da avaliação durante o exame de puericultura foi verificado que o lactente apresenta bom desenvolvimento físico para a sua idade estando dentro dos padrões normais de desenvolvimento.

5.3.4. Determinação dos antecedentes e consequentes do conceito

Os antecedentes são identificados como elementos os quais precedem a ocorrência do conceito, ou seja, os fatores que levam ao atraso do desenvolvimento físico no lactente.

Desse modo, relacionando com contexto dos diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia NANDA-I, esses elementos seriam identificados como Fatores Relacionados ao atraso do desenvolvimento físico.

Em face disso, na busca pela identificação dos antecedentes, buscou-se responder a pergunta: Quais os antecedentes que compõem o atraso do desenvolvimento físico?

Os possíveis termos que representem os antecedentes do conceito abordado, a princípio, foram extraídos da leitura realizada pelos estudos (n=60) selecionados da RI e, posteriormente, foram agrupados em categorias (APÊNDICE C) que correspondem aos antecedentes do conceito. Na Tabela 3, estão presentes os 12 antecedentes identificados e a frequência com que se apresentaram nos estudos.

TABELA 3- Apresentação dos antecedentes identificados e a frequência com que se repetiam nos estudos selecionados a partir da revisão integrativa. Redenção/CE, 2017.

Antecedente	n
Alterações nas condições neonatais	26
Alterações nas condições obstétricas	25
Alteração nas condições nutricionais no lactente	17
Doenças crônicas	14
Doenças crônicas	14
Fatores ambientais	11
Fatores socioeconômicos maternos adversos	8
Doenças genéticas	8
Fatores maternos desfavoráveis	3
Baixa estimulação biopsicossocial no lactente	3
Condição da saúde mental alterada da mãe	3
Doenças infecciosas	3
Restrição do crescimento fetal	2

FONTE: dados da pesquisa

Analogamente, os consequentes identificados foram selecionados e agrupados (APÊNDICE D) com base nos estudos que compuseram a amostra final da revisão integrativa. A identificação dos consequentes refere-se às condições que caracterizam a ocorrência do conceito sendo identificados como Características Definidoras, na taxonomia da NANDA-I

A seguir, a Tabela 4 apresenta os 08 consequentes extraídos da leitura.

TABELA 4- Apresentação dos consequentes identificados e a frequência com que se repetiam nos estudos selecionados a partir da revisão integrativa. Redenção/CE, 2017.

Consequente	n
Atraso na habilidade motora fina e grossa	20
Insuficiência de crescimento	33
Velocidade do crescimento abaixo do esperado	15
Atraso neuropsicomotor	11
Transtorno Comportamental	10
Alteração na função cognitiva	8
Deficiências sensoriais (tato, paladar, olfato, audição, visão)	7
Dificuldade na linguagem	3

FONTE: dados da pesquisa

5.4. Identificação da definição do diagnóstico Atraso do Desenvolvimento Físico no lactente

Portanto, tomando por base as definições e os atributos essenciais presente na amostra dos estudos, propõe-se a seguinte definição para o conceito Atraso do desenvolvimento físico no lactente: *Processo que envolve o somatório de fatores biológicos, ambientais, familiares e sociais resultando assim no retardamento do crescimento, desempenho motor, habilidades sensoriais e da linguagem, e relacionamento social e comportamental abaixo do esperado para o lactente 1-23 meses de vida.*

Desse modo, reitera-se a importância dessa primeira composição ainda “bruta”, mas subsidiada pelo resultado da revisão integrativa e os diversos estudos. Assim, como espécie de “lapidação” desse conceito, por intermédio do aprofundamento da leitura, a identificação dos antecedentes e consequentes propôs-se à adequação dessa definição inicial segundo a taxonomia NANDA-I. Ademais, elaboração dessa primeira definição advém das leituras dos estudos selecionados e de estudos complementares sobre a temática como Monteiro (2013), Delgado e Andriola (2016) os quais discorrem sobre domínios do desenvolvimento infantil em outras faixas etárias e sugerem, também, conceitos sobre o fenômeno do desenvolvimento infantil e seus respectivos domínios sobre a temática os quais possibilitaram maior compreensão a respeito.

5.5. Fatores Relacionados e Características Definidoras ao diagnóstico Atraso do Desenvolvimento Físico no lactente

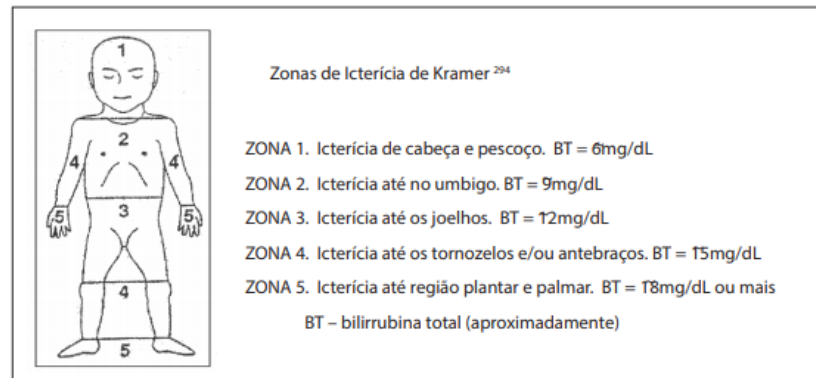
Concernente às definições conceituais e empíricas, foram identificados antecedentes (fatores relacionados) e consequentes (características definidoras) acerca do

conceito analisado neste estudo. Todavia, para um maior alcance da essência das definições conceituais e operacionais foi necessário à utilização da literatura complementar.

A seguir, nos Quadros 13 e 14, são apresentados antecedentes (fatores relacionados) e consequentes (características definidoras), bem como definição conceitual e empírica para o conceito Atraso do desenvolvimento físico no lactente.

QUADRO 13. Apresentação dos antecedentes do diagnóstico de enfermagem Atraso do desenvolvimento físico no lactente. Redenção/CE, 2017.

ANTECEDENTES/FATORES RELACIONADOS
<p>Alterações nas condições Neonatais</p> <p>Definição conceitual: Refere-se às condições de retardamento do crescimento intrauterino.</p> <p>Referências empíricas: USG obstétrica, idade gestacional (curvas do crescimento uterino), avaliação por meio da:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Medição do perímetro cefálico (PC): realizar a medição da cabeça em sua maior circunferência, em geral um pouco acima das sobrancelhas e orelhas e em volta da proeminência occipital na região posterior do crânio. Usar uma fita de papel ou metal; fitas com décimos de centímetros. Registra o tamanho da cabeça no gráfico de crescimento de perímetro cefálico (WONG, 2011). ➤ Avaliação do peso: O peso deverá ser medido com uma balança de tamanho apropriado, que mede o peso na escala de 10g mais próxima para lactentes. Antes do início da pesagem, é necessário à regulação da balança colocando-a e, 0 e observando de ela registra exatamente no meio da marca. Antes de iniciar o procedimento, para assepsia, solicitar que a balança seja coberta com uma folha limpa de papel e fazer a troca em cada intervalo de pesagem dos lactentes. O lactente deverá estar sem roupa, em posição deitada; colocar as mãos, suavemente, sobre o corpo no lactente. Registrar na Caderneta da Criança e no prontuário (WONG, 2011). ➤ Hipóxia: saturação O₂; Zonas de Kramer; Análise dos índices de Apgar. ➤ Aplicação do inventário de Risco Perinatal PERI- composto por 18 itens que avalia: 1) pontuação teste de Apgar; 2) idade gestacional; 3) peso-adequado para a idade gestacional- 4) presença ou ausência de infecções congênitas; 5) existência de crises convulsivas; 6) presença ou ausência de meningites; 7) crescimento cefálico-lactentes pré-termo hospitalizados há mais de 6 semanas; 8) crescimento cefálico-lactentes pré-termo hospitalizados há mais de 3 semanas; 9) natureza do eletroencefalograma; 10) hemorragia intra-cranial; 11) hidrocefalia; 12) descobertas no SNC; 13) traços dismórficos; 14) duração da ventilação; 15) policitemia 16) hipoglicemia; 17) hiperbilirrubinemia; e 18) problemas clínicos associados ao SNC. Cada um dos itens é graduado em uma pontuação de 0 a 3, segundo a gravidade, e permite obter pontuações totais de risco biológico. (ANEXO 1) (SCHONHAUT, 2015; BRASIL, 2014; BRASIL, 2011).

FIGURA 5- Zonas de icterícia de Kramer

Se aparecer icterícia antes das 24 horas, deve ser considerada patológica.

FIGURA 6- Escala de Apgar

ESCALA DE APGAR

Sinal	0	1	2
Frequência cardíaca	Ausente	Lenta (abaixo de 100 batimentos por minuto)	Maior que 100 batimentos por minuto
Respiração	Ausente	Lenta, irregular	Boa, chorando
Tônus muscular	Flácido	Alguma flexão nas extremidades	Movimento ativo
Irritabilidade reflexa	Sem resposta	Careta	Tosse, espirro ou choro
Cor	Azul, pálido	Corpo rosado, extremidades azuis	Completamente rosado

SIGNIFICADOS DAS NOTAS OBTIDAS NA AVALIAÇÃO DE APGAR:
 0 A 3- ASFIXIA GRAVE
 4 A 6- ASFIXIA MODERADA
 7 A 10- BOA VITALIDADE, BOA ADAPTAÇÃO.

Referência:

SEVERIANO A.A.O; DANTAS D.S.D; OLIVEIRA, V.L.C; LOPES, J.M. L; SOUZA, D.E.S; MAGALHÃES, A.G.M. Association between breastfeeding, obstetric factors and child development of brazilian northeast children. **J Hum Growth Dev**; 27(2): 158-165. 2017.

ZAMBRANA, I.M; VOLLRATH, M.E; JACOBSSON B; YSTROM E. Preterm delivery and risk of early delays in language: a sibling control cohort study. **Int.J. Epidemiol.** 45(1):151-159.2016.

SCHONHAUT, L; PÉREZ, M; MUNÓZ, S. Asociación entre morbilidad neonata, edad gestacional y déficit de desenrrollo psicomotor en prematuros moderados y tardios. **Rev.Chil Pediatr.** 86(6): 415-425. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI Neonatal : quadro de procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas; Organização Pan-Americana da Saúde.** – 5. ed. 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.** – Brasília : Ministério da Saúde,

2017.

JALDIN, M.G.M; PINHEIRO, F.S; SANTOS, A.M; MUNIZ, N.C; BRITO, L.M.O. Crescimento do perímetro cefálico nos primeiros seis meses em crianças em aleitamento materno exclusivo. **Rev Paul Pediatr**; 29(4):509-14. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília (DF): MS; 2002.

SIGUEIRA, AAF. O nascimento biológico da criança. **Rev.Bras.Cres. Des. Hum.** S. Paulo, I (1), 1991.

Alterações nas condições obstétricas

Definição conceitual: São alterações que podem estar presentes no período pré, pós e perinatal, tais como: hipertensão na gravidez, obesidade materna, diabetes gestacional Infecções intrauterina, assistência inadequada no momento do parto (SEVERIANO, 2017; ZAMBRANA, 2016).

Referências empíricas: Avaliação geral: Na assistência ao parto, promoção de cuidados humanizados, ambiente acolhedor. Utilização do Partograma. Para avaliação da hipertensão gestacional: pré-natal inadequado, número de consultas < 6, Idade gestacional, tipo de parto, proteinúria pode aparecer tardiamente, classificação da hipertensão (transitória: a pressão retorna ao normal até 12 semanas após o parto ou hipertensão crônica: a elevação da pressão arterial persiste além de 12 semanas após o parto); história de vida pregressa e condições clínicas da gestante, histórico familiar e gestacional, no caso das gestantes multíparas, número de consultas pré-natais realizadas (preenchimento do Cartão da gestante). Aferição e monitoramento da pressão arterial, além de terapia medicamentosa, caso necessário conforme a figura abaixo, segundo o que preconiza o Manual Técnico de gestação de alto risco do Ministério da Saúde- MS (BRASIL, 2012).

Referente ao tratamento inicial do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é importante à orientação alimentar que permita ganho de peso adequado e controle metabólico com base no cálculo do IMC. O valor calórico total prescrito deve ter 40% a 45% de carboidratos, 15% a 20% de proteínas e 30% a 40% de gorduras. Podem-se utilizar adoçantes artificiais (aspartame, sacarina, acessulfame-K e sucralose) com moderação. A prática de atividade física deve fazer parte do tratamento do DMG, respeitando-se as contraindicações obstétricas. Fomenta-se o monitoramento das glicemias capilares quatro a sete vezes por dia pré e pós-prandiais, especialmente nas gestantes que usam insulina. Deve-se iniciar tratamento farmacológico de acordo com prescrição médica.

FIGURA 7- Tratamento medicamentoso sugerido nos casos de Hipertensão específica na gravidez.

Medicação	Dose usual	Efeitos colaterais	Comentários
Metildopa	250–2.000mg dividida em até 4 X /dia.	Hipotensão postural, sonolência, retenção hídrica.	Uso frequente para hipertensão na gravidez. Potência leve.
Hidralazina	10, 25, 50, 100mg 2-4 X/dia até o máximo de 400mg/dia.	Cefaleia, palpitações, síndrome tipo lúpus.	Utilizada para controle de curto prazo.
Nifedipina	30-60 mg/dia inicial. Máximo 120mg/dia.	Cefaleia, fadiga, tontura, edema periférico, constipação.	Quanto mais elevada a hipertensão, maior o efeito.
Diuréticos tiazídicos	12,5–25mg/dia.	Cefaleia, tonturas, fadiga, fraqueza, mal estar, câimbras, letargia, nervosismo, tensão, ansiedade, irritabilidade, agitação, parestesias, hiperglicemia. Mais raramente náuseas, vômitos, vertigens, cólicas abdominais, palpitações e rash cutâneo.	Distúrbios eletrolíticos podem complicar o diagnóstico de pré-eclâmpsia.
Furosemida	20–40 mg/dia até 160 BID.	Os mesmos para os tiazídicos.	Uso restrito às emergências, como edema agudo de pulmão.

Para avaliação da obesidade gestacional: realizar avaliação pelo índice de massa corporal (peso/altura²) pré-gravídico. Para avaliação das Infecções Intra-uterinas: Realização de USG, testes bioquímicos para identificação do agente causador da infecção, antibioticoterapia (BRASIL, 2017; ROCHA, 2009).

Referência:

SEVERIANO A.A.O; DANTAS D.S.D; OLIVEIRA, V.L.C; LOPES, J.M. L; SOUZA, D.E.S; MAGALHÃES, A.G.M. Association between breastfeeding, obstetric factors and child development of brazilian northeast children. **J Hum Growth Dev**; 27(2): 158-165. 2017.

VONAESCH P.; et al. Factors associated with stunting in healthy children aged 5 years and less living in Bangui (RCA). **PLoS One**; 12 (8):e0182363. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

ZAMBRANA, I.M; VOLLRATH, M.E; JACOBSSON B; YSTROM E. Preterm delivery and risk of early delays in language: a sibling control cohort study. **Int.J. Epidemiol.** 45(1):151-159.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

ROCHA, I.M.S et al. O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. **Rev. Esc. enferm. USP** [online]. vol.43, n.4. 2009.

Alterações nas condições nutricionais no lactente

Definição conceitual: São condições do estado nutricional comprometido em decorrência da carência ou excesso nutricional (gorduras e vitaminas A, D e C; deficiências de zinco e de ferro) (SEVERIANO et al.; 2017; RODOVALHO, BRAGA. FORMIGA, 2012).

Referências empíricas: Avaliação dos índices antropométricos- peso/idade:

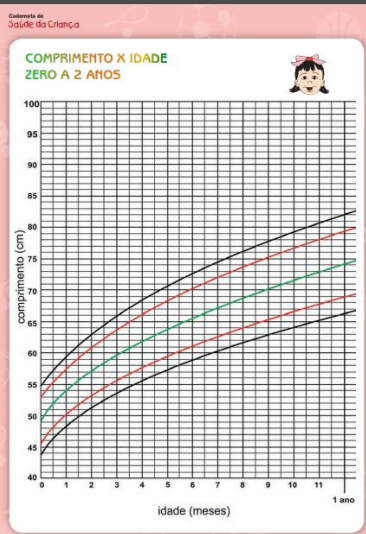
- O peso deverá ser medido com uma balança de tamanho apropriado, que mede o peso na escala de 10g mais próxima para lactentes. Antes do início da pesagem, é necessário à regulação da balança colocando-a e, 0 e observando de ela registra exatamente no meio da marca. Antes de iniciar o procedimento, para assepsia, solicitar que a balança seja coberta com uma folha limpa de papel e fazer a troca em cada intervalo de pesagem dos lactentes. O lactente deverá estar sem roupa, em posição deitada; colocar as mãos, suavemente, sobre o corpo no lactente. Registrar na Caderneta da Criança e no prontuário (WONG, 2011).
- Comprimento/idade: Deve-se estender o corpo no lactente completamente (1) segurando a cabeça na linha média, (2) mantendo suavemente os joelhos juntos e (3) empurrando para baixo sobre os joelhos ate as pernas estarem totalmente estendidas e as costas justapostas à mesa. Registrar o tamanho o comprimento no gráfico de comprimento/idade (WONG, 2011).
- Perímetro cefálico/idade: realizar a medição da cabeça em sua maior circunferência,

em geral um pouco acima das sobrancelhas e orelhas e em volta da proeminência occipital na região posterior do crânio. Usar uma fita de papel ou metal; fitas com décimos de centímetros. Registra o tamanho da cabeça no gráfico de crescimento de perímetro cefálico (WONG, 2011).

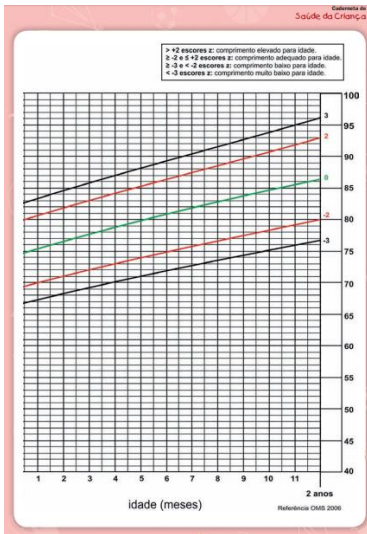
- Circunferência braquial: Coloque a fita na vertical, ao longo da face posterior da parte superior do braço ao processo acromial e ao processo olecrânio; metade do comprimento medido é o ponto médio (WONG, 2011).
- Cálculo do IMC no lactente (IMC/idade), exame físico, observando conforme a tabela presente no Caderneta da Criança (BRASIL, 2017; 2002; MUHOOZI, 2016).

FIGURA 8- Gráficos dos índices antropométricos (peso, comprimento, PC, IMC) presentes na caderneta da criança da menina e do menino

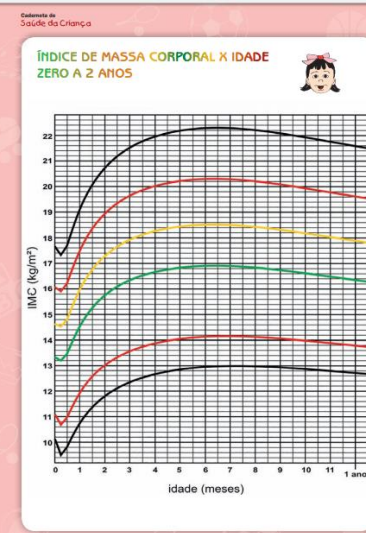




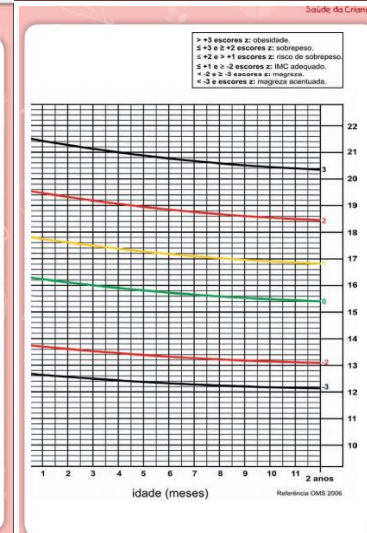
64



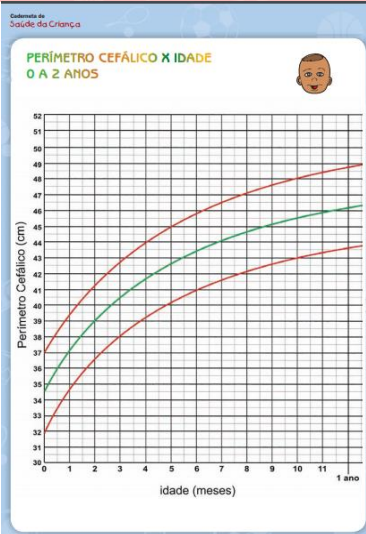
65



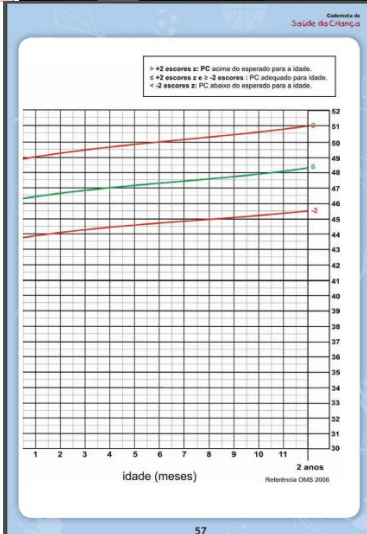
70

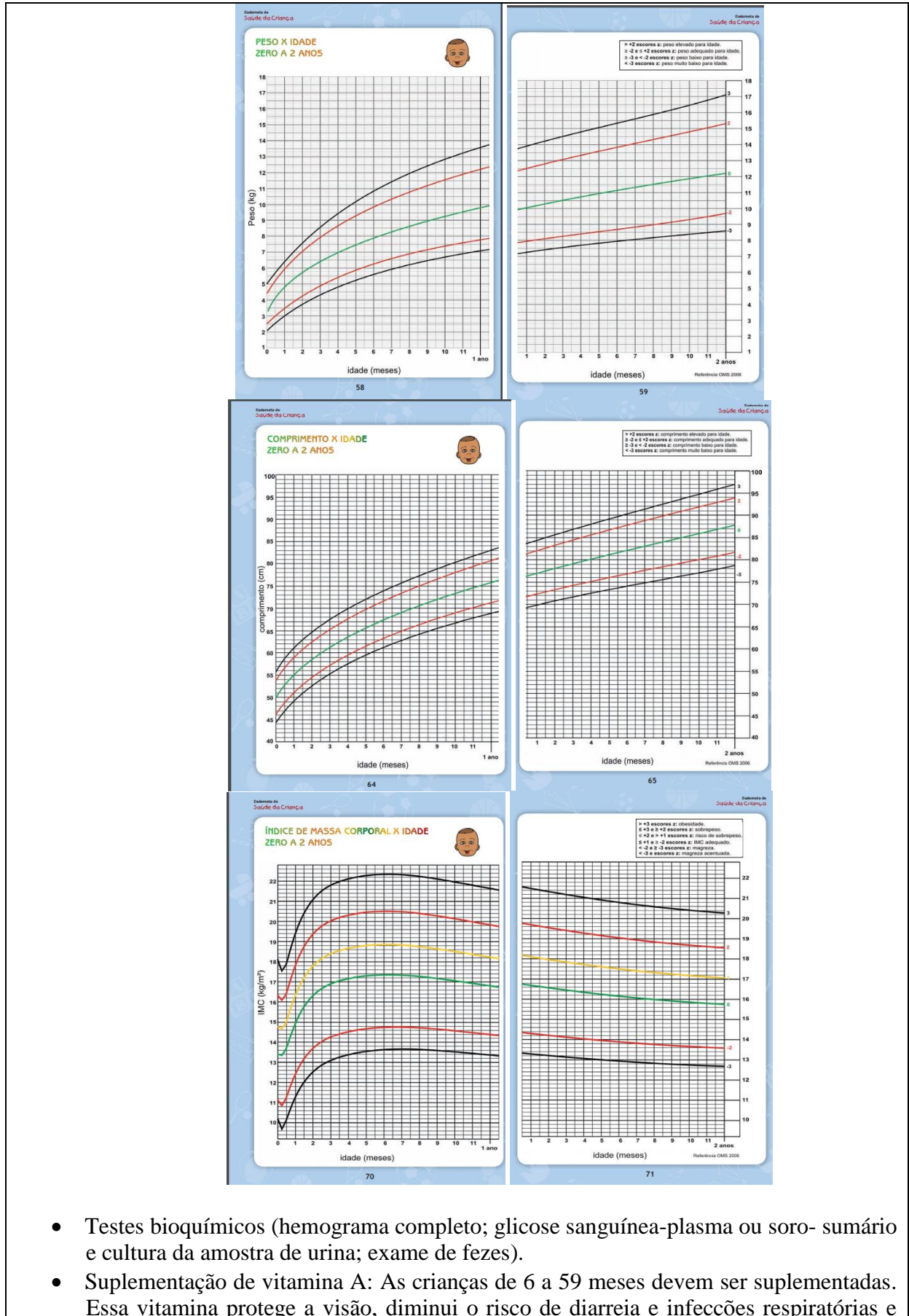


71



57





- Testes bioquímicos (hemograma completo; glicose sanguínea-plasma ou soro- sumário e cultura da amostra de urina; exame de fezes).
- Suplementação de vitamina A: As crianças de 6 a 59 meses devem ser suplementadas. Essa vitamina protege a visão, diminui o risco de diarreia e infecções respiratórias e

ajuda do desenvolvimento e crescimento da criança.

- Avaliação por meio do questionário de frequência alimentar (QFA) qualitativo validado por Colluci et al.,¹² o qual foi adaptado para a faixa de crianças até 24 meses. Os escores podem ser estabelecidos da seguinte maneira: 1. Os alimentos foram registrados por meio do QFA composto por 63 itens alimentares e classificados em quatro categorias de frequência de consumo: raro/nunca, consumo diário, semanal ou mensal; 2. Para que a frequência de consumo de cada alimento pudesse ser adotada como frequência de consumo mensal, foi atribuído um peso a cada categoria de frequência de consumo. 3. Foi definido como valor de peso máximo (peso=1) a frequência diária de consumo. Os demais pesos foram obtidos de acordo com a seguinte equação: $\text{Peso}=(1/30)\times(a)$, em que a correspondeu ao número de dias consumido no mês. Quando a se referiu ao consumo semanal, converteu-se o número à frequência de consumo mensal, multiplicando-o por 4, considerando que o mês tem quatro semanas. Por exemplo, para um alimento consumido 4 vezes na semana, sua frequência de consumo mensal foi de 16 vezes no mês. Assim, o peso para frequência ficou: $\text{Peso}=(1/30)\times(16)=0,533$. 4. Após o cálculo do peso da frequência de consumo de cada item, os alimentos analisados foram inseridos em seis grupos estabelecidos pelo Guia Alimentar Brasileiro para menores de 2 anos: 13 o grupo I foi composto pelos alimentos-fonte de carboidratos (pães e cereais) que compõem a base da pirâmide; o grupo II foi composto por alimentos-fontes em vitaminas, minerais e fibras (frutas, legumes e verduras); no grupo III foram inseridos os alimentos-fonte de proteína de origem animal e leguminosa (carnes, miúdos, ovos e feijão); no grupo IV foram colocados os alimentos fonte de cálcio (leite e produtos lácteos); no grupo V foram inseridos os alimentos do topo da pirâmide (açúcares, doces, óleos e gorduras) e no grupo VI os alimentos industrializados considerados supérfluos, os quais, segundo o Guia Alimentar Brasileiro para menores de 2 anos, não devem ser oferecidos as crianças dessa idade, pois em suas composições apresentam quantidades excessivas de lipídeos e/ou açúcares ou contêm substâncias indesejáveis para o consumo dessa faixa etária, como corantes e conservantes químicos (caldo de carne, sopinha industrializada, macarrão instantâneo, suco artificial, refrigerante, doce industrializado, gelatina, biscoito recheado, salgadinho, pipoca amanteigada, achocolatado, balas, cereais matinais com açúcar, chocolates, papas doce ou salgada industrializadas, linguiça, salsicha, hambúrguer e salame) (SOTEROA et al.; 2015).

Referência:

SEVERIANO A.A.O; DANTAS D.S.D; OLIVEIRA, V.L.C; LOPES, J.M. L; SOUZA, D.E.S; MAGALHÃES, A.G.M. Association between breastfeeding, obstetric factors and child development of brazilian northeast children. **J Hum Growth Dev**; 27(2): 158-165. 2017.

VONAESCH P.; et al. Factors associated with stunting in healthy children aged 5 years and less living in Bangui (RCA). **PLoS One**; 12 (8):e0182363. 2017.

MUHOZI, G.K.M; ATUKUNDA P; MWADIME, R; IVERSEN, P.O; WESTERBERG, A.C. Situação nutricional e de desenvolvimento entre crianças de 6 a 8 meses do sudoeste do Uganda: estudo transversal; **Food Nutr Res** . 2016; 60: 10.3402 / fnr.v60.30270. Doi: 10.3402 / fnr.v60.30270.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.** – Brasília : Ministério da Saúde,

2017.

SOTEROA, A.M; CABRAL, P.C.C; SILVA, G.A.P. Fatores socioeconômicos, culturais e demográficos maternos associados ao padrão alimentar de lactentes. **Rev Paul PediatrC.** 33(4):445---452, 2015.

RODOVALHO, JC; BRAGA, AKP; FORMIGA, CKMR. Diferenças no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças em centros de educação infantil de Goiânia. **REV. Eletrônica de Enfermagem;** 14(1), 122-32, 2012.

PEDRAZA, D.F; QUEIROZ, D. Micronutrientes no crescimento e desenvolvimento infantil. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.** vol.21 no.1 São Paulo 2011.

AUGUSTO, RA; SOUZA, JMP. Crescimento de crianças em aleitamento materno exclusivo no primeiro semestre de vida. **Rev.Bra Crescimento e Desenvolvimento humano.** 17 (2):01-11; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição** – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** Brasília (DF): MS; 2002.

VELASQUEZ, G; BENAVENTE, L; CASANOVA, W. Crescimento e estado nutricional de pré-escolares residentes na região Amazônica do Peru. **Rev.Bra Crescimento e Desenvolvimento humano.** III (2), 39- 49. 1993.

Doenças genéticas

Definição conceitual: São doenças decorrentes de alterações cromossômicas numéricas (*ex: Síndrome de Down*), estruturais (*ex: Síndrome Cri Du Chat ou Síndrome do Miado do Gato*), alterações monogênicas e multifatoriais (*ex: cardiopatias, fenda labial e palatina, defeitos do tubo neural*), ou defeitos hereditários de ambos os pais ou apenas de um deles (GONÇALVES, 2017; FREIRE, 2015; CAINO, 2013).

Referências empíricas: Análise dos cromossomos (cariotipagem); USG morfológica e amniocentese e translucência nucal. Ademais a verificação por meio do exame físico no lactente na observação de características específica provocada pelas alterações multifatoriais (WONG, 2011; GONÇALVES, 2017).

Características fenotípicas das crianças com Síndrome de Down: Crânio se desenvolve com certa anormalidade que torna visível pelo formato da face que possui um leve achatamento que dá uma característica arredondada da cabeça. Os ossos são mais delgados e o fechamento das fontanelas é comum. Os cabelos são finos e lisos e pode haver falhas de cabelo. As crianças portadoras da Síndrome têm a boca pequena se comparada com as crianças normais, e ficam com a boca aberta com a língua levemente projetada para fora, sendo que a língua é sulcada. A linguagem dessas crianças é bastante comprometida, principalmente se comparadas com o grupo de crianças com o desenvolvimento normal. Os síndromicos apresentam também, obesidade, mãos gordas e pequenas, com a ausência da terceira falange no dedo mínimo, orelhas pequenas em forma de concha, baixa estatura, arcada dentária pequena, dedão do pé é mais separado dos demais, nariz arredondado, entre outras (JORDE et al.; 2010).

Referência:

- GONÇALVES, R.F. **Investigações Genéticas em doenças raras. Uma contribuição positivas das tecnologias genômicas.** Tese (doutorado) Universidade Federal de Goiás, Instituto de Ciências Biológicas (ICB). Disponível em[<http://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/7845/5/Tese%20%20Fabiana%20Gon%C3%A7alves%20dos%20Reis%20-%202017.pdf>]; 2017. Acesso em: 02 de fevereiro de 2018.
- FREIRE, F; THON, RA; COSTA, LT; DUARTE, E; GORLA, JI. Somatic Growth of Brazilian Children and Adolescents with Down Syndrome **Journal of Human Growth and Development**, 25(1): 102-107; 2015.
- CAINO D; MORESCO A; BREITMAN F; FANO V. **Crecimiento en niños con Síndrome de Sotos.** Medicina Infantil; XX: 117 - 121. 2013.
- WONG, **Fundamentos de enfermagem pediátrica/** [editado por] Marilyn J. Hockenberry; [coedição David Wilso; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento...[et al].- Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- JORDE, L.B.; CAREY, J.C.; BAMSHAD,M.J. **Genética médica.** 4º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.p. 108.

Doenças crônicas

Definição conceitual: São condições multifatoriais, caracterizam-se por um estágio de início gradual, prognóstico de duração curta ou longa, com possíveis períodos de agudização (ex: cardiopatias/defeitos congênitos do coração, doenças respiratórias, encefalopatia crônica não progressiva) (BRASIL, 2013).


Referências empíricas: Avaliação dos índices antropométricos (peso, altura e circunferência da cabeça).

- O peso deverá ser medido com uma balança de tamanho apropriado, que mede o peso na escala de 10g mais próxima para lactentes. Antes do início da pesagem, é necessário à regulação da balança colocando-a e, 0 e observando de ela registra exatamente no meio da marca. Antes de iniciar o procedimento, para assepsia, solicitar que a balança seja coberta com uma folha limpa de papel e fazer a troca em cada intervalo de pesagem dos lactentes. O lactente deverá estar sem roupa, em posição deitada; colocar as mãos, suavemente, sobre o corpo no lactente. Registrar na Caderneta da Criança e no prontuário (WONG, 2011).
- Comprimento/idade: Deve-se estender o corpo no lactente completamente (1) segurando a cabeça na linha média, (2) mantendo suavemente os joelhos juntos e (3) empurrando para baixo sobre os joelhos ate as pernas estarem totalmente estendidas e as costas justapostas à mesa. Registrar o tamanho o comprimento no gráfico de comprimento/idade (WONG, 2011).
- Perímetro cefálico/idade: realizar a medição da cabeça em sua maior circunferência, em geral um pouco acima das sobrancelhas e orelhas e em volta da proeminência occipital na região posterior do crânio. Usar uma fita de papel ou metal; fitas com décimos de centímetros. Registra o tamanho da cabeça no gráfico de crescimento de perímetro cefálico (WONG, 2011).
- Circunferência braquial: Coloque a fita na vertical, ao longo da face posterior da parte superior do braço ao processo acromial e ao processo olecrânio; metade do comprimento medido é o ponto médio (WONG, 2011).
- Cálculo do IMC no lactente (IMC/idade), exame físico, observando conforme a tabela

presente no Caderneta da Criança (BRASIL, 2017; 2002; MUHOOZI, 2016).
Aplicação do teste *BSID-II*, pois nos casos de cardiopatias congênitas, há maior probabilidade de atrasos motores, na fala, falta de atenção (CHITRA RAVISHANKAR et al.; 2013).

FIGURA 9- Teste BSID-II

(BAYLEY-III)



Bayley
Scales of Infant and
Toddler Development
THIRD EDITION

Record Form

Child's name: _____

Sex: M F ID #: _____

Examiner's name: _____

School/Child care program: _____

Reason for referral: _____

Subtest Summary Scores

Subtest	Total Raw Score	Scaled Score	Composite Score	Percentile Rank	Carl. Interval (L...%)
Cognitive (C)					
Use Table 4.1					
Language (Lang)					
Receptive Communication (RC)					
Expressive Communication (EC)					
Sum					
Use Table 4.4					
Motor (M)					
Fine Motor (FM)					
Gross Motor (GM)					
Sum					
Use Table 4.4					
Social-Emotional (SE)					
Use Table 4.3					
Adaptive Behavior					
*Communication (Com)					
Community Use (CU)					
Structural Pre-Academic (SA)					
Home Living (HL)					
*Health and Safety (HS)					
*Iatrogen (I)					
*Self-Care (SC)					
*Self-Direction (SD)					
*Social (SOC)					
*Motor (MD)					
Sum					
Use Table 4.6					

*For children younger than one year, the CAC is calculated using only those skill areas indicated by an asterisk.

Calculate Age and Start Point

	Years	Months	Days
Date Tested			
Date of Birth			
Age			
Age in Months and Days			
Adjustment for Prematurity			
Adjusted Age			
Start Point			

Calculate start point according to chart below.


Age	Start Point
16 days-1 month 15 days	A
1 month 16 days-2 months 15 days	B
2 months 16 days-3 months 15 days	C
3 months 16 days-4 months 15 days	D
4 months 16 days-5 months 15 days	E
5 months 16 days-6 months 15 days	F
6 months 16 days-8 months 30 days	G
9 months 0 days-11 months 30 days	H
11 months 0 days-13 months 15 days	I
13 months 16 days-16 months 15 days	J
16 months 16 days-19 months 15 days	K
19 months 16 days-22 months 15 days	L
22 months 16 days-25 months 15 days	M
25 months 16 days-28 months 15 days	N
28 months 16 days-32 months 30 days	O
33 months 0 days-38 months 30 days	P
39 months 0 days-42 months 15 days	Q

PEARSON Copyright © 2006, 2005, 2004, 1999 by McGraw-Hill Education, Inc. All rights reserved. Printed in the United States of America.

10 11 12 A B C D E

PsychCorp

ISBN 015402723-5



9 780134 027235

Referente à encefalopatia crônica não progressiva ou paralisia cerebral realizar aplicação do questionário *Ages and Stages de 24 meses (ASQ-3)* por apresentar os resultados organizados em áreas, como comunicação, coordenação motora ampla e fina, resolução de problema e pessoal/social, para a análise do nível de comprometimento do desenvolvimento (PIERRAT et al.; 2017).

Referente às doenças respiratórias: Avaliar e classificar a tosse ou a dificuldade para respirar por meio do exame físico e conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde, segundo o manual, Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância- AIDPI (BRASIL, 2014).

Referência:

PIERRAT V.; et al. Resultado Do Desenvolvimento Neurológico Aos 2 Anos Para Crianças Prematuras Nascidas De 22 A 34 Semanas De Gestação Na França Em 2011: Estudo De Coorte Epipage-2. **Journal The BMj.** 358-344. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI Neonatal : quadro de procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas; Organização Pan-Americana da Saúde.** – 5. ed. 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

CHITRA RAVISHANKAR, MD et al.; Association of Impaired Linear Growth and Worse Neurodevelopmental Outcome in Infants with Single Ventricle Physiology: A Report from the Pediatric Heart Network Infant Single Ventricle Trial. *J. Pediatr.* 162(2): 250–256.e2. doi:10.1016/j.jpeds.2012.07.048. 2013.

Fatores socioeconômicos maternos adversos

Definição conceitual: São fatores adversos: das condições de moradia, da idade materna, do nível de escolaridade, da renda mensal < que 1 salário mínimo, da situação conjugal, da cor da pele (ROCHA, 2016).

Referências empíricas: Questionário padronizado aplicado na primeira consulta pré-natal com perguntas referentes à:

- ✓ Faixa etária (menor ou igual a 19 anos; 20-34; maior ou igual a 35 anos de idade)
- ✓ Escolaridade (menor ou igual a 4 anos; maior ou igual a 4 anos)
- ✓ Renda (R\$) < 1 salário mínimo; > 1 salário mínimo
- ✓ Situação conjugal (solteira; casada; união estável; viúva)
- ✓ Cor da pele referida (branca; negra; parda)
- ✓ Condições de moradia (casa alugada; casa própria) e Tipo de moradia (alvenaria; taipa; palha, palafita).

(OLIVEIRA et al.; ROCHA, 2016).

Referência:

ROCHA N.K; SOUZA, M.R.L; TEIXEIRA R.A, PINTO P.A. Growth and development and their environmental and biological determinants. *J Pediatr* (Rio J). 2016;

OLIVEIRA, A.C.M; SANTOS, A.A; BEZERRA, A.R; BARROS, A.M.R; TAVARES, M.C.M. Fatores Maternos e Resultados Perinatais Adversos em Portadoras de Pré-eclâmpsia em Maceió, Alagoas. *Arq Bras Cardiol.* 2016; [online].ahead print. 2016

Estado de saúde materna inadequado

Definição conceitual: São condições relacionadas ao Abuso de álcool, tabaco e outras drogas, como também desnutrição, cuidados pré-natais inadequados (não comparecimento às consultas de pré-natal, ausência dos exames bioquímicos de rotina do pré-natal);

Referências empíricas: Para o abuso de álcool na gestação realizar a aplicação do questionário T-ACE (FABBRI, FURTADO, LAPREGA; 2007

FIGURA 10- Tolerance, Annoyed, Cut down e Eye-opner (T-ACE)

<p>T – Qual a quantidade que você precisa beber para se sentir desinibida ou “mais alegre”? (avaliar conforme número de doses-padrão)</p> <p>Não bebo – 0 ponto Até duas doses – 1 ponto Três ou mais doses – 2 pontos</p> <p>A – Alguém tem lhe incomodado por criticar o seu modo de beber?</p> <p>Não – 0 ponto Sim – 1 ponto</p> <p>C – Você tem percebido que deve diminuir seu consumo de bebida?</p> <p>Não – 0 ponto Sim – 1 ponto</p> <p>E – Você costuma tomar alguma bebida logo pela manhã para manter-se bem ou para se livrar do mal-estar do “dia seguinte” (ressaca)?</p> <p>Não – 0 ponto Sim – 1 ponto</p>
--

T-ACE: Tolerance, Annoyed, Cut Down e Eye-opener

A distribuição dos pontos para as questões ocorre da seguinte maneira: a primeira questão sobre tolerância vale 2 pontos; se a gestante responder que consome mais de duas doses diárias (28 g de álcool absoluto) de bebida alcoólica, a questão terá a pontuação máxima, ou seja, 2 pontos. Da segunda à quarta pergunta, a pontuação é de 1 ponto, ou seja, a cada resposta positiva será somado 1 ponto. Ao final das quatro perguntas pode-se obter uma pontuação total para o questionário que pode variar de 0-5 pontos. A gestante que obtiver um escore maior ou igual a 2 pontos é considerada como um caso positivo de acordo com o teste T-ACE.

- Rastreamento clínico por meio da consulta pré-natal. É importante preservar e garantir o sigilo profissional. Ademais, durante o rastreamento se deve manter a neutralidade do discurso, priorizando o questionamento inicial pelas drogas de menor ilicitude.
- Aplicação do *The CAGE Questionnaire Adapted to Include Drugs (CAGE-AID)*

FIGURA 11- The CAGE Questionnaire Adapted to Include Drugs (CAGE-AID)

Componentes	Sim	Não
C (<i>Cut down</i>): Você já tentou interromper o uso de drogas?		
A (<i>Annoyed</i>): Você fica aborrecida quando as pessoas comentam sobre o seu uso de drogas?		
G (<i>Guilty</i>): Você se arrepende das coisas que fez quando usou drogas?		
E (<i>Eye-opener</i>): Você precisa usar drogas para acordar e sentir-se disposta pela manhã?		

Cada item é avaliado como 0 (zero) e 1 (um) para as respostas “não” e “sim”, respectivamente, e um total igual ou maior que 2 (dois) é considerado clinicamente significativo de problemas com álcool ou drogas ilícitas.

- Exame físico: Alterações do comportamento habitual da gestante, sintomas depressivos, perdas de apetite e peso, modificações do padrão do sono, atentar-se para agitação ou sedação, fala arrastada, comportamento irracional, taquicardia, sudorese, alterações pupilares, injeção. Marcas de queimadura na boca e nos dedos e problemas

respiratórios, atrofia da mucosa nasal e perfuração do septo nasal. O uso de drogas injetáveis permite a identificação de feridas das punções, que podem apresentar infecção secundária e fibrose dos trajetos vasculares (COUTINHO, COUTINHO, COUTINHO, 2014).

- Avaliação por meio do IMC: Calcule o IMC por meio da fórmula: O ideal é que o IMC considerado no diagnóstico inicial da gestante seja o IMC pré-gestacional eferido ou o IMC calculado a partir de medição realizada até a 13ª semana gestacional. Caso isso não seja possível, iniciar a avaliação da gestante com os dados da primeira consulta de pré-natal, mesmo que esta ocorra após a 13ª semana gestacional.

FIGURA 12- Avaliação do Estado Nutricional em gestantes Segundo IMC

Tabela 6.1 – Avaliação do estado nutricional (EN) da gestante acima de 19 anos, segundo índice de massa corporal (IMC) por semana gestacional

Semana gestacional	Baixo peso IMC <	Adequado IMC entre	Sobrepeso IMC entre	Obesidade IMC >
6	19,9	20,0 – 24,9	25,0 – 30,0	30,1
8	20,1	20,2 – 25,0	25,1 – 30,1	30,2
10	20,2	20,3 – 25,2	25,3 – 30,2	30,3
11	20,3	20,4 – 25,3	25,4 – 30,3	30,4
12	20,4	20,5 – 25,4	25,5 – 30,3	30,4
13	20,6	20,7 – 25,6	25,7 – 30,4	30,5
14	20,7	20,8 – 25,7	25,8 – 30,5	30,6
15	20,8	20,9 – 25,8	25,9 – 30,6	30,7
16	21,0	21,1 – 25,9	26,0 – 30,7	30,8
17	21,1	21,2 – 26,0	26,1 – 30,8	30,9
18	21,2	21,3 – 26,1	26,2 – 30,9	31,0
19	21,4	21,5 – 26,2	26,3 – 30,9	31,0
20	21,5	21,6 – 26,3	26,4 – 31,0	31,1
21	21,7	21,8 – 26,4	26,5 – 31,1	31,2
22	21,8	21,9 – 26,6	26,7 – 31,2	31,3
23	22,0	22,1 – 26,8	26,9 – 31,3	31,4
24	22,2	22,3 – 26,9	27,0 – 31,5	31,6
25	22,4	22,5 – 27,0	27,1 – 31,6	31,7
26	22,6	22,7 – 27,2	27,3 – 31,7	31,8
27	22,7	22,8 – 27,3	27,4 – 31,8	31,9
28	22,9	23,0 – 27,5	27,6 – 31,9	32,0
29	23,1	23,2 – 27,6	27,7 – 32,0	32,1
30	23,3	23,4 – 27,8	27,9 – 32,1	32,2
31	23,4	23,5 – 27,9	28,0 – 32,2	32,3
32	23,6	23,7 – 28,0	28,1 – 32,3	32,4
33	23,8	23,9 – 28,1	28,2 – 32,4	32,5
34	23,9	24,0 – 28,3	28,4 – 32,5	32,6
35	24,1	24,2 – 28,4	28,5 – 32,6	32,7
36	24,2	24,3 – 28,5	28,6 – 32,7	32,8
37	24,4	24,5 – 28,7	28,8 – 32,8	32,9
38	24,5	24,6 – 28,8	28,9 – 32,9	33,0
39	24,7	24,8 – 28,9	29,0 – 33,0	33,1
40	24,9	25,0 – 29,1	29,2 – 33,1	33,2
41	25,0	25,1 – 29,2	29,3 – 33,2	33,3
42	25,0	25,1 – 29,2	29,3 – 33,2	33,3

Fonte: Atallah et al., 1993.

- O peso deve ser aferido em todas as consultas de pré-natal. A estatura da gestante adulta (idade > 19 anos) deve ser aferida apenas na primeira consulta e a da gestante adolescente pelo menos trimestralmente. Recomenda-se a utilização da balança eletrônica ou mecânica, certificando-se se está em bom funcionamento e calibrada. O cuidado com as técnicas de medição e a aferição regular dos equipamentos garante a qualidade das medidas coletadas.
 - Classificação do estado nutricional (EN) da gestante, segundo o IMC por semana gestacional, da seguinte forma:
 - Baixo peso (BP) – quando o valor do IMC for igual ou menor que os valores apresentados na coluna correspondente a baixo peso;
 - Adequado (A) – quando o IMC observado estiver compreendido na faixa de valores apresentada na coluna correspondente a adequado;
 - Sobrepeso (S) – quando o IMC observado estiver compreendido na faixa de valores apresentada na coluna correspondente à sobrepeso;
 - Obesidade (O) – quando o valor do IMC for igual ou maior que os valores apresentados na coluna correspondente à obesidade.
- 3) Condutas segundo a avaliação do estado nutricional encontrado:
- Baixo peso (BP) – investigar história alimentar, hiperêmese gravídica, infecções, parasitoses, anemias e doenças debilitantes; dar orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis; remarcar consulta em intervalo menor que o fixado no

calendário habitual. • Adequado (A) – seguir calendário habitual, explicar à gestante que seu peso está adequado para a idade gestacional, dar orientação nutricional, visando à manutenção do peso adequado e à promoção de hábitos alimentares saudáveis. • Sobrepeso e obesidade (S e O) – investigar obesidade pré-gestacional, edema, polidrâmnio, macrossomia, gravidez múltipla e doenças associadas (diabetes, pré-eclâmpsia, etc.); dar orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis, ressaltando que, no período gestacional, não se deve perder peso; remarcar consulta em intervalo menor que o fixado no calendário habitual.

Referência:

VAMEGHI R; AKBARI, S.A.A; SAJJADI H; SAJEDI F; ALAVIMAJD H. CORRELATION Between Mother's Depression And Developmental Delay In Infants With Age Between 6 And 18 Months Correlation Between Mother's Depression And Developmental Delay In Infants With Age Between 6 And 18 Months. **Glob J Health Sci.** 8(5): 11-18. 2016.

COUTINHO T, COUTINHO C.M, COUTINHO L.M. Assistência pré-natal às usuárias de drogas ilícitas; **FEMINA.** vol 42(1); 2014.

BOTELHO, A.M; ROCHA, R.C; MELO, V.H. Uso e dependência de cocaína/crack na gestação, parto e puerpério. **FEMINA;** vol 41, nº 1. 2013.

São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. **Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010 [internet].** Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-apuerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puterperio/manual_tecnicoii.pdf

FABBRI, C.E; FURTADO, E.F; LAPREGA, M,R. Consumo de Álcool na gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE. **Rev.Saúde Pública** [on line] 41(6); 2007.

Restrição do crescimento fetal

Definição conceitual: Refere-se à limitação patológica de um feto em atingir o seu potencial de crescimento, devido a vários fatores os quais podem ser divididos em dois grupos: (1) fatores fetais intrínsecos que reduzem o crescimento potencial, tais como aneuploidias, síndromes genéticas e infecções congênitas e (2) aquelas que afetam a transferência de nutrientes e oxigênio para o feto, como os processos originários na placenta associados à pré-eclâmpsia, e fatores maternos como a desnutrição grave, tabagismo e uso de drogas. Constitui-se em importante causa de morbidade e mortalidade perinatal (BRASIL, 2010).

Referências empíricas: Ao exame físico da gestante, avalia-se a altura uterina que deve ser menor que o esperado e indica a realização da Ultrassonografia obstétrica de primeiro trimestre (9 a 12 semanas). Avalia-se também: peso - Peso abaixo do percentil 10 para a idade gestacional é indicativo da restrição do crescimento fetal (BRASIL, 2010).

Referência:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010

Baixa estimulação biopsicossocial no lactente

Definição conceitual: Caracteriza-se pela carência afetiva que consiste na falta de carinho materno. É a negação da necessidade instintiva de receber afeto, atenção, contato físico agradável (MARCONDES, 1991).

Referencial operacional: *Inventário Home Observation for Measurement of the Environment (HOME)* para crianças de 0 a 3 anos de idade que apresenta seis subescalas: responsividade, aceitação, organização, materiais de aprendizagem, envolvimento dos pais e variedade de experiências. O instrumento reconhece como ambiente de risco para o desenvolvimento uma pontuação ≤ 27 no escore global (ROCHA, 2016).

Referência:

ROCHA N.K; SOUZA, M.R.L; TEIXEIRA R.A, PINTO P.A. Growth and development and their environmental and biological determinants. **J Pediatr** (Rio J). 2016;
MARCONDES, E. Fatores ambientais do crescimento da criança. **Rev. Bras. Cresc. Des. Hum.** S. Paulo, I (1), 1991.

Fatores ambientais

Definição conceitual: São fatores que dizem respeito às condições do ambiente físico de moradia/habitação no lactente; condições hidrossanitárias; condições do núcleo familiar no qual o lactente está inserido (VONAESCH et al.; 2017; GUERREIRO et al.; 2016; GUIMARÃES et al.; 2013).

Referências empíricas: Entrevista semiestruturada com a família no lactente, com perguntas fechadas, onde poderão ser aplicados escores a partir da quantidade de respostas positivas e negativas com base nas seguintes variáveis relacionadas, no primeiro momento, as condições hidrossanitárias do ambiente.

- Rede de esgoto
()sim () não
- Energia elétrica
()sim () não
- Água tratada
()sim () não
- Coleta de lixo
()sim () não
- Rua pavimentada
()sim () não
- Acesso a creche pública
()sim () não
- Acesso a Unidade Básica de Saúde
()sim () não
- Acesso a Praça
()sim () não
- Acesso a Parquinho
()sim () não

No segundo momento: *Inventário Home Observation for Measurement of the Environment*

(HOME) para crianças de 0 a 3 anos de idade que apresenta seis subescalas: responsividade, aceitação, organização, materiais de aprendizagem, envolvimento dos pais e variedade de experiências. O instrumento reconhece como ambiente de risco para o desenvolvimento uma pontuação ≤ 27 no escore global (ROCHA, 2016).

Referência:

VONAESCH P.; et al. Factors associated with stunting in healthy children aged 5 years and less living in Bangui (RCA). **PLoS One**; 12 (8):e0182363. 2017.

ROCHA N.K; SOUZA, M.R.L; TEIXEIRA R.A, PINTO P.A. Growth and development and their environmental and biological determinants. **J Pediatr** (Rio J). 2016;

GUERREIRO TBF, CAVALCANTE LIC, COSTA EF, VALENTE MDR. Psychomotor development screening of children from kindergarten units of Belém, Pará, Brazil. **J Hum Growth Dev**. 26(1): 181-189. Doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.119262>. 2016.

GUIMARÃES, A.F; CARVALHO, D.V; MACHADO, N.A; BAPTISTA, R.A; LEMOS, E.M. Risk of developmental delay of children aged between two and 24 months and its association with the quality of family stimulus. **Rev Paul Pediatr**; 31(4):452-8. 2013.

Alteração na condição da saúde mental da mãe

Definição conceitual: condições clínicas que resultem em sinais e sintomas de sofrimento psíquico como ansiedade, depressão pós-parto, depressão e síndrome do pânico, psicoses entre outras as quais podem estar associadas a fatores internos (fisiopatológicos) ou externos (empregos estressantes, abuso físico e sexual, baixo apoio social, gravidez indesejada) (VAMEGHI et al.; 2016; MARCONDES, 1991).

Referências empíricas:

- Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) possui 21 itens com pontuação de 0 a 63. As pontuações de 0 a 9, 10-18, 19-30, 31-40 e 46-63 indicam, respectivamente, normal, leve, moderada, grave e depressão extremamente grave (VAMEGHI et al.; 2016).
- QMPA (Questionário de Morbidade Psiquiátrica). Composto por 45 questões que abrangem os mais frequentes sinais e sintomas característicos do sofrimento psíquico, uso anterior e atual de drogas psicofarmacológicas. Auto aplicativo ou aplicado por um entrevistador; perguntas fechadas (sim ou não), as quais são atribuídos valores de 1 ou 0 (ALIANE et al.; 2008).
- Entrevista estruturada M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview, do DSM-IV), além de recolher dados de saúde dos prontuários ou do cartão das gestantes (ALIANE et al.; 2008).

Referência:

VAMEGHI R; AKBARI, S.A.A; SAJJADI H; SAJEDI F; ALAVIMAJD H. CORRELATION Between Mother's Depression And Developmental Delay In Infants With Age Between 6 And 18 Months Correlation Between Mother's Depression And Developmental Delay In Infants With Age Between 6 And 18 Months. **Glob J Health Sci**. 8(5): 11-18. 2016.

ALIANE, P.P; RONZANI, T.M; SILVA, C.S; SILVA, G.R; MIRANDA, D.B; OLIVEIRA, P.F; MENDES, A.F; FURTADO, E.F. Avaliação de Saúde Mental em Gestantes. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, 1 (2), 113-122. 2008.

MARCONDES, E. Fatores ambientais do crescimento da criança. **Rev. Bras. Cresc. Des.**

Hum. S. Paulo, I(1), 1991.

Doenças infecciosas

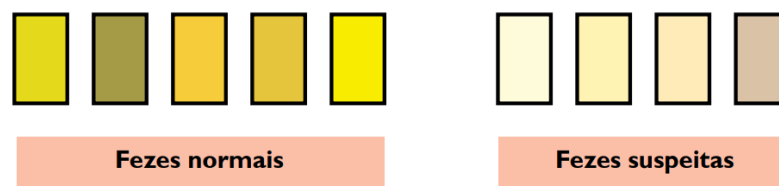
Definição conceitual: Agravos decorrentes de agentes patológicos (fungo, vírus, bactérias, parasitas) os quais permanecem no organismo e são capazes de se replicarem e/ou multiplicarem causando danos de menor ou maior gravidade (HIV e diarreia) (POTTER, PERRY, 2013; BRASIL, 2017; 2014).

Referências empíricas Para avaliação de infecções pelo vírus HIV: Rastreamento clínico por meio do exame físico (aparecimento de sinais e sintomas) da doença. Testes Bioquímicos e antibioticoterapia em casos específicos. Nos casos de suspeitas de HIV na gestante- realização do Teste rápido. Em crianças com idade superior a 15 meses, o estado sorológico de HIV-1 e HIV-2 devem ser verificados pelo exame sanguíneo ELISA; em crianças mais jovens PCR e contagem de linfócitos T CD4 para infecção pelo HIV (BRASIL, 2014).

Para avaliação das infecções por diarreias: Atentar para a coloração das fezes no lactente (utilização do padrão mencionado na Caderneta da Criança do MS) (BRASIL, 2011).

Rastreamento clínico pode ser solicitado parasitológico de fezes.

FIGURA 13- Padrões de fezes normais e fezes suspeitas de acordo com a Caderneta da Criança- MS (2017)



Referência:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais** – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília – DF. 2011.

QUADRO 14. Apresentação das Características Definidoras (CD) do diagnóstico de enfermagem Atraso do desenvolvimento físico no lactente. Redenção/CE, 2017.

CONSEQUENTES/CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS

Atraso Neuropsicomotor

Definição conceitual: Incapacidade do indivíduo de realizar funções de maior complexidade, as quais exigem maior esforço mental, resultando assim na insuficiência do desenvolvimento das habilidades motoras grossas e finas (GUERREIRO et al.; 2016; BRAGA, RODOVALHO, FORMIGA, 2011).

Referências empíricas:

- Teste de Triagem de Denver II composto por 125 itens divididos em: 1) Pessoal-Social, 2) Linguagem, 3) Motricidade Fina Adaptativa e 4) Motricidade Ampla

(BRAGA, RODOVALHO, FORMIGA, 2011);

- Questionário *Ages and Stages de 24 meses (ASQ-3)* por apresentar os resultados organizados em áreas, como comunicação, coordenação motora ampla e fina, resolução de problema e pessoal/social, para a análise do nível de comprometimento do desenvolvimento (PIERRAT et al.; 2017).
- *Alberta Infant Motor Scale (AIMS)*: É uma escala observacional criada que avalia as aquisições motoras dos lactentes desde o nascimento até os 18 meses. É composta por 58 itens distribuídos em 4 subescalas que descrevem a sequência do desenvolvimento da movimentação espontânea e de habilidades motoras nas posições prono, supino, sentado e em pé. No decorrer da avaliação, o avaliador observa os movimentos da criança em cada uma das posições básicas, considerando aspectos do desempenho motor como sustentação de peso, postura e movimentos antigravitacionais. Quando a criança não realizava a mudança de decúbito de maneira independente, foi colocada na posição de teste com auxílio do examinador. O tempo para a aplicação do teste foi de 20 a 30 minutos. A avaliação é registrada por uma filmadora digital e, posteriormente, dois examinadores treinados pontuaram o desempenho no lactente. O escore é atribuído pela avaliação de cada item como observado (escore 1) ou não-observado (escore zero). Os escores dos itens observados nas quatro subescalas foram somados e resultaram em quatro subtotais. A soma dos quatro subtotais gera o escore bruto do teste. Valores mais elevados indicam que o lactente apresenta repertório motor mais variado e aprimorado

Referência:

SEVERIANO A.A.O; DANTAS D.S.D; OLIVEIRA, V.L.C; LOPES, J.M. L; SOUZA, D.E.S; MAGALHÃES, A.G.M. Association between breastfeeding, obstetric factors and child development of brazilian northeast children. **J Hum Growth Dev**; 27(2): 158-165. 2017.

PIERRAT V.; et al. Resultado Do Desenvolvimento Neurológico Aos 2 Anos Para Crianças Prematuras Nascidas De 22 A 34 Semanas De Gestação Na França Em 2011: Estudo De Coorte Epipage-2. **Journal The BMj**. 358-344. 2017.

GUERREIRO TBF, CAVALCANTE LIC, COSTA EF, VALENTE MDR. Psychomotor development screening of children from kindergarten units of Belém, Pará, Brazil. **J Hum Growth Dev**. 26(1): 181-189. Doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.119262>. 2016.

RODOVALHO, JC; BRAGA, AKP; FORMIGA, CKMR. Diferenças no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças em centros de educação infantil de Goiânia. **REV. Eletrônica de Enfermagem**; 14(1), 122-32, 2012.

NICOLAU, C.M; COSTA, A.P.B.M; HAZIME, H.O; KREBS, V.L.J. Desempenho motor em recém-nascidos pré-termo de alto risco. **Rev.Bra Crescimento e Desenvolvimento humano**. 21(2):327- 334. 2011.

ROTHSTEIN JR; BERTRAME TS. Características neuromotoras, pondo-estaturais e biopsicossociais de lactentes. **Rev Bras Cresc e Desenv Hum**; 21(2): 269-281. 2011.

Atraso na habilidade motora fina e grossa

Definição conceitual: Ausência ou alteração dos marcadores comuns à habilidade motora fina (utilização das mãos e dos dedos na preensão, garra palmar, garra em pinça) e grossa (controle da cabeça, rolar, sentar, andar e qualidade da marcha) (PIERRAT, 2017; WONG, 2011).

Referências empíricas: Aplicação do teste psicométrico *Harris Infant Neuromotor Test (HINT)* (SILVA, 2009; HARRIS, 2016) *Teste de Triagem de Denver II* composto por 125 itens divididos em: 1) Motricidade Fina Adaptativa e 2) Motricidade Ampla (BRAGA, RODOVALHO, FORMIGA, 2011);

Referência:

PIERRAT V.; et al. Resultado Do Desenvolvimento Neurológico Aos 2 Anos Para Crianças Prematuras Nascidas De 22 A 34 Semanas De Gestação Na França Em 2011: Estudo De Coorte Epipage-2. **Journal The BMj**. 358-344. 2017.

HARRIS, S.R. Early identification motor delay: Family centered screening tool. **Médico.Can.Fam.** 62(8): 629-632. 2016.

RODOVALHO, JC; BRAGA, AKP; FORMIGA, CKMR. Diferenças no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças em centros de educação infantil de Goiânia. **REV. Eletrônica de Enfermagem**; 14(1), 122-32, 2012.

WONG, **Fundamentos de enfermagem pediátrica/** [editado por] Marilyn J. Hockenberry; [coedição David Wilso; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento...[et al].- Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

SILVA, G.R.F. **Validação do Harris Infant Neuromotor Test (HINT) para a língua portuguesa.** Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2009.

Velocidade do crescimento abaixo do esperado

Definição conceitual: Alterações na estatura (em centímetros) que deveriam ser atingida em um intervalo de 1 ano (WONG, 2011).

Referências empíricas: Realiza a medição em centímetros/ano não podendo ser aferida com intervalos menores que 6 meses. Na avaliação da velocidade de crescimento, são utilizados os gráficos de Tanner e Withehouse estabelecendo-se que os valores abaixo do percentil 10, já devem ser considerados de risco. Ademais, durante a avaliação da velocidade de crescimento pregressa é fundamental obter-se medidas anteriores de peso e altura as quais devem estar registradas na Caderneta da Criança.

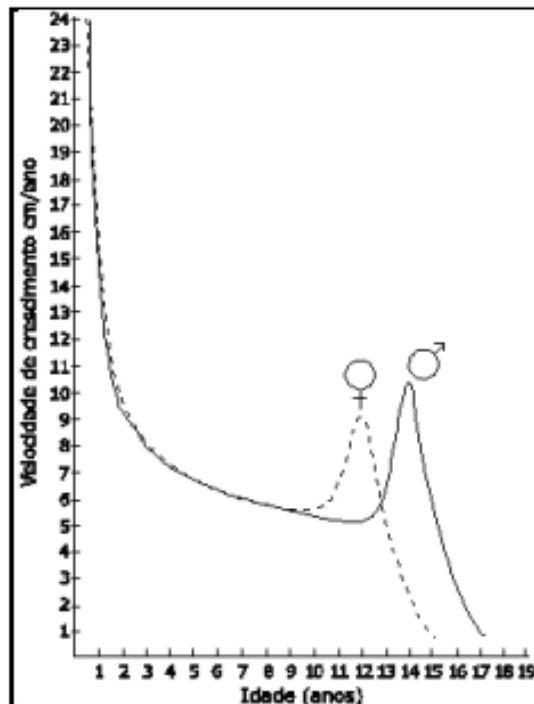
O cálculo é feito com o tempo decimalizado; assim, três meses equivalem a um quarto do ano (0,25) (KORBINGER, PUCCINI, STRUFALDI, 2010;

$$VC \text{ (cm/ano)} = \frac{\text{altura atual} - \text{altura anterior}}{\text{Tempo entre as duas medidas (ano)}}$$

Dessa forma, têm-se os seguintes parâmetros para velocidade de crescimento:

- Criança com estatura normal ($p > 10$): posição normal no gráfico e velocidade de crescimento normal.
- Criança tem estatura normal, porém, encontra-se em situação de vigilância ($p_3 - p_{10}$): deve ser observada a velocidade de crescimento e realizar a avaliação global da criança.
- Criança portadora de baixa estatura ($p < 3$) deve ser feita a investigação com base em fatores biológicos e ambientais.

Figura 14. Gráfico de Velocidade de Crescimento



Fonte: Queiroz, Lourenço (2010).

Referência:

WONG, **Fundamentos de enfermagem pediátrica/** [editado por] Marilyn J. Hockenberry; [coedição David Wilso; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento...[et al].- Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

TANNER JM, WHITEHOUSE RH. Clinical longitudinal standards for height, weight, height velocity, weight velocity, and stages of puberty. **Arch Dis Child** ;51:170-9. 1976.

KORBINGER, M.E.B.A.; PUCCINI, R.F.; STRUFALDI, M.W.L. Crescimento. In: Sucupira, ACSL et.al. **Pediatria em Consultório**. 5.ed. São Paulo: **Sarvier**, p.35 – 48, 2010.

QUEIROZ, L.B.; LOURENÇO, B. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Rev Med**. v.89, n.2, p.70-5, 2010.

Transtorno no comportamento no lactente

Definição conceitual: Caracterizado por irritabilidade, estresse emocional, irritação e choro. Ansiedade da separação, medo de estranho, ou em decorrência de transtornos mentais específicos, por exemplo, Transtorno do Espectro Autista- TEA.

Referências empíricas:

- *The Early Childhood Behavior Questionnaire* (ECBQ/Questionários do comportamento da criança (18-36 meses) (PUTNAM et al.; 2006): adaptado e traduzido para o português (KLEIN, LINHARES, 2012). Instrumento composto por 201 itens que mensuram 18 dimensões de temperamento em crianças de 18 a 36 meses. As dimensões estão organizadas em três grandes fatores, a saber: 1) Extroversão; 2) Afeto Negativo; 3) Controle com Esforço. O instrumento é

respondido pela mãe/responsável pelo lactente; deve indicar a frequência com que o lactente apresentou a reação determinada em contextos específicos, levando em consideração as duas últimas semanas, atribuindo um valor em uma escala de Likert que varia de 1 (NUNCA) a 7 (SEMPRE).

Figura 15. *The Early Childhood Behavior Questionnaire (ECBQ)* fatores, dimensões e definições.

Fatores	Dimensões	Definições
Afeto Negativo	Desconforto	Quantidade de afeto negativo relacionado com as qualidades sensoriais de estimulação, incluindo intensidade, taxa ou complexidade de luz, som e textura.
	Medo	Afeto negativo, incluindo inquietação, preocupação ou nervosismo relacionado à dor ou angústia antecipada e/ou situações potencialmente ameaçadoras; susto diante de eventos inesperados.
	Frustração	Afeto negativo relacionado com a interrupção de uma tarefa em andamento ou bloqueio de objetivos.
	Tristeza	Choro ou humor rebaixado relacionado à exposição a sofrimento pessoal, desapontamento, perda de objeto, perda de aprovação ou em resposta a sofrimentos alheios.
	Timidez	Aproximação lenta ou inibida e/ou desconforto em situações sociais que envolvem novidade ou incerteza.
	Ativação Motora	Movimentos repetitivos de motricidade fina; inquietação.
	Sensibilidade Perceptual	Deteção de estímulos leves e de baixa intensidade provenientes do ambiente externo.
Extroversão	Capacidade de se Acalmar	Grau de recuperação a partir de picos de angústia, excitação ou ativação geral.
	Nível de Atividade	Nível (taxa e intensidade) de atividade motora grossa, incluindo taxa e extensão de locomoção.
	Prazer de Alta Intensidade	Prazer relacionado com situações que envolvem uma alta intensidade, taxa, complexidade, novidade e incongruência de estímulos.
	Antecipação Positiva	Euforia relacionada a atividades prazerosas esperadas.
Controle com Esforço	Impulsividade	Rapidez na iniciação da resposta.
	Sociabilidade	Procura e obtenção de prazer em interação com outras pessoas.
	Controle Inibitório	Capacidade de parar, moderar ou reprimir um comportamento mediante uma instrução.
	Prazer de Baixa Intensidade	Prazer relacionado com situações que envolvem uma baixa intensidade, complexidade, novidade e incongruência de estímulos.
	Aconchego	Expressão da criança de prazer e aconchego se abraçada por um cuidador.
Controle com Esforço	Transferência de Atenção	Habilidade de transferir o foco da atenção de uma atividade ou tarefa para outra.
	Focalização de Atenção	Duração sustentada de orientação da atenção para um objeto; resistência à distração.

- Os pais devem estar atentos a determinados sinais presente nas crianças com TEA, pois os primeiros sinais aparecem antes dos 3 anos de idade.
- *Alterações do sono variáveis e inespecíficas.*
- *Indiferença em relação aos cuidadores, ausência de sorriso social, desconforto quando acolhido no colo e desinteresse pelos estímulos oferecidos (brinquedos por ex.).*
- *Ausência de atenção compartilhada (não compartilham o foco de atenção com outra pessoa) e de contato visual (não estabelecem contato “olho no olho”).*
- *Comportamentos estereotipados (mexer os dedos em frente aos olhos, movimentos repetitivos da cabeça e ou de antebraços e mãos, andar nas pontas dos pés descalços, balanço do tronco).*
- *Ausência de resposta ao chamado dos pais/cuidadores, aparentando surdez.*
- *Aversão ao contato físico (a criança evita relacionar-se com pessoas desde o início da vida).*
- *Ausência de reação de surpresa ou dificuldade para brincar de “faz de conta”.*
- *Hipersensibilidade a determinados tipos de sons.*

- *Ecolalia – repetição imediata ou tardia de palavras ou frases.*
- *Tendência ao isolamento, autoagressão, inquietação, comportamentos estranhos.*
- *Interesses circunscritos (às vezes, gosta de girar objetos).*
- *Em alguns casos, presença de habilidades especiais (matemáticas, musicais e plásticas) (BRASIL, 2017)*

Referência:

PIERRAT V.; et al. Resultado Do Desenvolvimento Neurológico Aos 2 Anos Para Crianças Prematuras Nascidas De 22 A 34 Semanas De Gestação Na França Em 2011: Estudo De Coorte Epipage-2. **Journal The BMj.** 358-344. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI Neonatal : quadro de procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas; Organização Pan-Americana da Saúde.** – 5. ed. 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

CHITRA RAVISHANKAR, MD et al.; Association of Impaired Linear Growth and Worse Neurodevelopmental Outcome in Infants with Single Ventricle Physiology: A Report from the Pediatric Heart Network Infant Single Ventricle Trial. **J. Pediatr.** 162(2): 250–256.e2. doi:10.1016/j.jpeds.2012.07.048. 2013.

BRASIL. Ministério da saúde Secretaria de Atenção à Saúde **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno.** Brasília – DF. 2011.

PUTNAM, S.P; GARTSTEIN, M.A; ROTHBART, M.K. Measurement of fine-grained aspects toddler temperamento: the early *childhood behavior questionnaire*. *Infant behavior & development*, 29(3); 386-401.2006.

Deficiências sensoriais (tato, paladar, olfato, audição e visão)

Definição conceitual: São alterações verificadas nas habilidades de registrar e processar informações provenientes das diferentes modalidades sensoriais.

Referências empíricas:

- O instrumento (ITSP, Infant/toddler sensory profile) utilizado para avaliar o perfil do desempenho sensorial.

Mede comportamentos funcionais associados a respostas atípicas a um determinado estímulo sensorial por meio de entrevista com o cuidador. O ITSP é composto de 36 itens divididos nas seguintes categorias de processamento de sensações: geral, auditivo, visual, tátil e vestibular. Em cada item, os pais indicam a frequência com que a criança apresenta um determinado comportamento. O questionário foi respondido pelo cuidador da criança e as dúvidas sanadas pelo pesquisador no momento do preenchimento do questionário. As respostas são pontuadas conforme indica a figura abaixo.

Figura 16. Pontuação da frequência dos comportamentos avaliados pelo Perfil sensorial infantil (Infant/toddler sensory profile)

Quase sempre (1 ponto)	Quando tem a oportunidade, a criança quase sempre responde dessa maneira, 90% ou mais das vezes
Freqüentemente (2 pontos)	Quando tem a oportunidade, a criança freqüentemente responde dessa maneira, cerca de 75% das vezes
Ocasionalmente (3 pontos)	Quando tem a oportunidade, a criança ocasionalmente responde dessa maneira, cerca de 50% das vezes
Raramente (4 pontos)	Quando tem a oportunidade, a criança raramente responde dessa maneira, cerca de 25% das vezes
Quase nunca (5 pontos)	Quando tem a oportunidade, a criança quase nunca responde dessa maneira, cerca de 10% das vezes

Após preenchimento do questionário, a pontuação em cada item é somada gerando um escore bruto que, por sua vez, é convertido em pontuações equivalentes a quatro tipos de comportamento: baixo registro (dificuldade em registrar estímulos sensoriais) procura sensorial (comportamentos de busca por estímulos), sensibilidade sensorial (comportamento de excessiva sensibilidade a estímulos) e aversão sensorial (comportamentos de rejeição de estímulos). Quanto mais elevados o escore, menor a frequência do comportamento correspondente.

Reflexos primitivos:

- Reflexos tônicos -Reflexo tônico cervical -Reflexo da marcha -Reflexo de reptação São os primeiros a desaparecer oferecem ao lactente uma atitude assimétrica
- Reflexo de Moro Extensão e abdução dos membros superiores
- Reflexo de voracidade – qualquer coisa que toca na bochecha ou perto da boca no lactente o faz virar a cabeça na direção do estímulo
- Reflexo de preensão– o lactente pega forte em qualquer coisa que toca na palma dele, especialmente na região ulnar dela
- Reflexo plantar – a excitação leve da planta no lactente causa uma flexão plantar dos dedos
- Reflexo cutâneo plantar no lactente é extensor

REFLEXOS PRIMITIVOS 3 meses: Presentes: sucção, Moro, mão-boca, preensão palmar, preensão plantar, cutâneo-plantar extensor – desapareceram: marcha reflexa, apoio plantar, reptação, tônico-cervical assimétrico . • EQUILÍBRIO ESTÁTICO: Firma o pescoço • EQUILÍBRIO DINÂMICO: Movimenta a cabeça . • COORDENAÇÃO APENDICULAR: Junta as duas mãos na linha média • FUNÇÕES CEREBRAIS SUPERIORES (audição/linguagem/gnosias): fixa o olhar, sorri socialmente, atende ao som com procura da fonte emissora e usa vogais (gorjeio).

REFLEXOS PRIMITIVOS 6 meses TONO/REFLEXOS PROFUNDOS: Hipotonia fisiológica importante e reflexos profundos semelhantes ao adulto. • REFLEXOS PRIMITIVOS: Presentes: preensão plantar, cutâneo plantar extensor; Desapareceram: sucção, preensão palmar, moro, mão-boca • EQUILÍBRIO ESTÁTICO: Senta com apoio, iniciando sem apoio • EQUILÍBRIO DINÂMICO: Muda de decúbito • COORDENAÇÃO APENDICULAR: Retira pano do rosto, preensão voluntária. FUNÇÕES CEREBRAIS SUPERIORES (audição/linguagem/gnosias): Atende pelo nome, demonstra estranheza diante de desconhecidos, localiza o som lateralmente, usa vogais associadas a consoantes (lalação)

REFLEXOS PRIMITIVOS 9 meses TONO/REFLEXOS PROFUNDOS: Hipotonia fisiológica em declínio. • REFLEXOS PRIMITIVOS: Presentes: preensão plantar e cutâneo plantar extensor em desaparecimento • EQUILÍBRIO ESTÁTICO: Senta sem apoio e fica na posição de engatinhar • EQUILÍBRIO DINÂMICO: Engatinha e pode andar com apoio • COORDENAÇÃO APENDICULAR: Pega objetos em cada mão e troca, preensão manual de pinça superior em escada. FUNÇÕES CEREBRAIS SUPERIORES (audição/linguagem/gnosias): Localiza o som de forma indireta para cima e para baixo – Palavras de sílabas repetidas com significado (primeiras palavras) palavras-frase

REFLEXOS PRIMITIVOS aos 12 meses TONO/REFLEXOS PROFUNDOS: semelhantes ao do adulto • REFLEXOS PRIMITIVOS : Presentes: preensão plantar e cutâneo-plantar extensor em desaparecimento • EQUILÍBRIO ESTÁTICO : Em pé com apoio • EQUILÍBRIO DINÂMICO: Iniciando a marcha sem apoio • COORDENAÇÃO APENDICULAR: Pinça superior individualizada • FUNÇÕES CEREBRAIS SUPERIORES (audição/linguagem/gnosias): Localiza a fonte sonora direto para baixo e indireto para cima, usa palavras corretamente e produz jargão (WONG, 2011).

Referência:

PIERRAT V.; et al. Resultado Do Desenvolvimento Neurológico Aos 2 Anos Para Crianças Prematuras Nascidas De 22 A 34 Semanas De Gestação Na França Em 2011: Estudo De Coorte Epipage-2. **Journal The BMj**. 358-344. 2017.

SANTOS, R; SEIXAS, S.R; PISCALHO, I. Contributos da psicomotricidade na intervenção precoce - estudo de caso. **Rev UIIPS**. Vol. 5, N.º 1: 21-33. 2017.

WONG, **Fundamentos de enfermagem pediátrica/** [editado por] Marilyn J. Hockenberry; [coedição David Wilso; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento...[et al].- Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

CAMPOS, A.C.C; COELHO, M.C; ROCHA, , N.A.C.F. Perfil motor e sensorial na síndrome de Down. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.17, n.3, p.203-8, jul/set. 2010

Dificuldades na linguagem

Referências empíricas: Refere-se à dificuldade na habilidade para receber e/ou processar um sistema simbólico, observáveis em nível de audição (sensibilidade, função, processamento e fisiologia); linguagem (forma, conteúdo e função comunicativa); e processos de fala (articulação, voz e fluência) (ZAMBRANA et al.; 2016; PRATES, MARTINS, WONG, 2011).

Referências empíricas: *Teste de Triagem de Denver II* composto por 125 itens divididos em: 1) Linguagem, (BRAGA, RODOVALHO, FORMIGA, 2011);

- O questionário da *Escala de Integração Auditiva Significativa Infantil* utilizado para avaliar o comportamento auditivo dos lactentes (RABIN et al.; 2015).
- O questionário de *Avaliação de Escala de Produção de Bebês (PRAZO)* para avaliar as vocalizações pré-verbais dos lactentes (RABIN et al.; 2015).
- Desenvolvimento da linguagem no período de 0 a 6 anos de idade.

Figura 17. Desenvolvimento da linguagem no período de 0 a 6- padrões normais

O que é esperado para cada idade?	
Zero a 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar interesse pelas pessoas e objetos. - Fazer contato de olhos. - Emitir sons, chorar, agarrar objetos com a mão, reagir a sons e vozes familiares.
12 a 18 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Responder a comandos verbais sem pistas visuais. Ex: dar tchau, jogar beijo, bater palmas quando alguém canta parabéns. - Começar dizer as primeiras palavras com significado. Ex: mama, papa, dadá, tetê. - Olhar quando chamado pelo nome. - Entender o "não".
18 a 24 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar duas palavras. Ex: dá neném! Dá dedeira! É meu! - Saber as partes do corpo e identificá-las. Ex: cadê o cabelo? Cadê a barriga? Cadê a boca? - Responder "sim" e "não" e usar gestos com a cabeça ou dedinho para responder perguntas. - Brincar com os objetos da forma convencional. Ex: utilizar colher para comer, pente no cabelo, copo para beber.
2 a 3 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Saber o nome dos objetos do dia-a-dia. Ex: copo, boneca, cachorro (au-au), carro, bola, etc. (fala aproximadamente 200 a 300 palavras). - Saber quem são as pessoas próximas. Ex: papai, mamãe, vovó, tia, o nome do irmão, etc. - Saber a diferença entre grande e pequeno, muito e pouco. - Utilizar "quem" e "onde" para fazer perguntas. - Conhecer algumas cores básicas (mas ainda não sabe falar). Ex: pegue o carro vermelho! - Usar verbos para formar frases simples. Ex: "eu estava brincando", "papai está dormindo", "eu fui à escolinha", "cadê o au-au?", "que au-au grande!". - Gostar de "ajudar" os adultos nas atividades domésticas, brincar de faz de conta, entender o que é permitido e proibido.
3 a 4 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Responder a perguntas com "quem", "onde" e "o que". - Ter noção de "frente" e "trás". - Conhecer as cores (vermelho, azul, amarelo, verde) e formas geométricas (círculo, quadrado, triângulo). - Utilizar frases de 3 a 4 palavras. Ex: "mamãe é linda!" "cadê a minha bola?" - Obedecer a ordens seguidas. Ex: "vai ao quarto e pega o sapato e dá para a vovó". - Gostar de cantar e brincar com palavras e sons. - Brincar com outras crianças e saber esperar a sua vez no jogo. - Perguntar muito. - Início do uso de discurso direto e indireto.
4 a 5 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Falar todos os sons da língua, mas ainda pode ter dificuldades nos encontros consonantais. Ex: planta, prato, braço. - Manter uma conversa. - Conseguir lembrar situações passadas e contar histórias simples, por exemplo, o que fez na escola, o que comeu, quem encontrou na rua, etc. - Gostar de brincar em grupo, de imitar personagens e brincar de faz-de-conta. - Ser curioso e ansioso para mostrar o que aprendeu e o que sabe fazer. - Conseguir contar histórias como narrador.
5 a 6 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Ter noção temporal. Ex: amanhã, ontem, hoje, antes, depois, dias da semana, manhã, tarde, noite, primeiro, segundo, terceiro... - Identificar letras do próprio nome. - Conhecer os números. - Manter uma conversa. - Falar as palavras corretamente. - Gostar dos amigos e de brincar de faz de conta. Ex: super-herói. - Interessar-se pela leitura e escrita. - Contar histórias com mais detalhes.

Referência:

ZAMBRANA, I.M; VOLLRATH, M.E; JACOBSSON B; YSTROM E. Preterm delivery and risk of early delays in language: a sibling control cohort study. *Int.J. Epidemiol.* 45(1):151-159.2016

RABIN, L.K; KUINT, J; HILDESHEIMER, M; ROTH, D.A. Atraso no comportamento auditivo e vocalização pré-verbal em lactentes com perda auditiva unilateral. **REV.Medicina do desenvolvimento.** Volume 57, Edição 12; 2015.

WONG, **Fundamentos de enfermagem pediátrica/** [editado por] Marilyn J. Hockenberry; [coedição David Wilso; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento...[et al].- Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

PRATES, L.P.C.S.P; MARTINS, V.O. Distúrbios da fala e da linguagem na infância. **Revista Médica de Minas Gerais;** 21(4). 2011.

RODOVALHO, JC; BRAGA, AKP; FORMIGA, CKMR. Diferenças no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças em centros de educação infantil de Goiânia. **REV. Eletrônica de Enfermagem;** 14(1), 122-32, 2012. RODOVALHO, JC; BRAGA, AKP; FORMIGA, CKMR. Diferenças no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças em centros de educação infantil de Goiânia. **REV. Eletrônica de Enfermagem;** 14(1), 122-32, 2012.

Alterações Cognitivas

Definição conceitual: caracterizada por alterações relacionadas a mudanças nas atividades mentais no lactente (VAMEGHI et al.; 2016).

Referências empíricas: *Teste de Triagem de Denver II* composto por 125 itens divididos em: 1) Pessoal-Social, 2) Linguagem, 3) Motricidade Fina Adaptativa e 4) Motricidade Ampla (BRAGA, RODOVALHO, FORMIGA, 2011); Questionário *Ages and Stages de 24 meses (ASQ-3)* por apresentar os resultados organizados em áreas, como comunicação,

coordenação motora ampla e fina, resolução de problema e pessoal/social, para a análise do nível de comprometimento do desenvolvimento (PIERRAT et al.; 2017).

Referência:

PIERRAT V.; et al. Resultado Do Desenvolvimento Neurológico Aos 2 Anos Para Crianças Prematuras Nascidas De 22 A 34 Semanas De Gestaçao Na França Em 2011: Estudo De Coorte Epipage-2. **Journal The BMj**. 358-344. 2017.

VAMEGHI R; AKBARI, S.A.A; SAJJADI H; SAJEDI F; ALAVIMAJD H. CORRELATION Between Mother's Depression And Developmental Delay In Infants With Age Between 6 And 18 Months Correlation Between Mother's Depression And Developmental Delay In Infants With Age Between 6 And 18 Months. **Glob J Health Sci**. 8(5): 11-18. 2016.

RODOVALHO, JC; BRAGA, AKP; FORMIGA, CKMR. Diferenças no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças em centros de educação infantil de Goiânia. **REV. Eletrônica de Enfermagem**; 14(1), 122-32, 2012. RODOVALHO, JC; BRAGA, AKP; FORMIGA, CKMR. Diferenças no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças em centros de educação infantil de Goiânia. **REV. Eletrônica de Enfermagem**; 14(1), 122-32, 2012.

Insuficiência de crescimento

Definição conceitual: Caracterizado por índices antropométricos (peso, comprimento, PC, IMC, pregas cutâneas) abaixo do esperado para sexo, idade no lactente. A insuficiência pode ocorrer, por exemplo, por alterações cromossômicas, ZIKA, entre outras (DHAIBANI, HAWKINS, EI-HATTAB, 2017).

Referências empíricas:

- O peso deverá ser medido com uma balança de tamanho apropriado, que mede o peso na escala de 10g mais próxima para lactentes. Antes do início da pesagem, é necessário à regulação da balança colocando-a e, 0 e observando de ela registra exatamente no meio da marca. Antes de iniciar o procedimento, para assepsia, solicitar que a balança seja coberta com uma folha limpa de papel e fazer a troca em cada intervalo de pesagem dos lactentes. O lactente deverá estar sem roupa, em posição deitada; colocar as mãos, suavemente, sobre o corpo no lactente. Registrar na Caderneta da Criança e no prontuário. Registrar o peso no gráfico de peso/idade (WONG, 2011).
- O comprimento refere-se à medida quando a criança está na posição de decúbito dorsal (também referida como comprimento recumbente). Deve-se estender o corpo no lactente completamente (1) segurando a cabeça na linha média, (2) mantendo suavemente os joelhos juntos e (3) empurrando para baixo sobre os joelhos até as pernas estarem totalmente estendidas e as costas justapostas à mesa. Registrar o tamanho o comprimento no gráfico de crescimento/idade (WONG, 2011).
- Meça a cabeça em sua maior circunferência, em geral um pouco acima das sobrancelhas e orelhas e em volta da proeminência occipital na região posterior do crânio. Usar uma fita de papel ou metal; fitas com décimos de centímetros. Registra o tamanho da cabeça no gráfico de crescimento de perímetro cefálico (WONG, 2011).
- Cálculo do IMC no lactente (IMC/idade) observando conforme a tabela presente no Cartão da Criança (BRASIL, 2013) a classificação (desnutrição e obesidade) conforme referências preconizadas pela Organização Mundial de Saúde- OMS (WONG, 2011).
- Coloque a fita na vertical, ao longo da face posterior da parte superior do braço ao processo acromial e ao processo olecrânio; metade do comprimento medido é o ponto

médio (WONG, 2011).

Referência:

DHAIBANI, M.A.AL; HAWKINS, D.A; El-HATTAB, W.E. *de novo* cromossomo 7q36.1q36.2 triplicação em uma criança com atraso no desenvolvimento, insuficiência de crescimento, características faciais distintivas e anomalias congênicas múltiplas: um relato de caso. BMC Medical Genetics. 18 : 118. 2017.

WONG, **Fundamentos de enfermagem pediátrica/** [editado por] Marilyn J. Hockenberry; [coedição David Wilso; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento...[et al].- Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

5.6. Proposta dos elementos estruturais para o Diagnóstico de Enfermagem Atraso do desenvolvimento físico no lactente

Conforme mencionado, de acordo com Herdman e Kamitsuro (2014), os DE devem ser construídos com base no que preconiza a taxonomia da NANDA-I. Assim, o denominado “diagnóstico real” a ser proposto, deverá obedecer, eixos indispensáveis para a sua construção: (1) foco do diagnóstico; (2) sujeito do diagnóstico; (3) julgamento; (4) localização; (5) idade; (6) tempo e (7) situação do diagnóstico.

Em face do estudo realizado, o foco do DE proposto é o “desenvolvimento físico”, o sujeito e a idade correspondem ao lactente de 1 a 23 meses de idade, o julgamento é o “atraso” o qual é definido como “período de tempo em que algo está atrasado, lento ou adiado” (HERDMAN; KAMITSURO, 2014 p.96). A localização do DE é encontrada nas alterações das funções neuropsimotor as desempenho motor, habilidade motora grossa e fina e nos índices antropométricos do crescimento físico, os quais correspondem ao atraso do desenvolvimento físico do indivíduo. O tempo é relativo ao conjunto de circunstâncias agravantes ao próprio indivíduo, ou seja, situacional. O diagnóstico trata do Atraso do desenvolvimento físico no lactente, portanto, DE real com foco no problema.

Assim, concluída a etapa da análise de conceito Atraso do desenvolvimento Físico no lactente e sua respectiva definição, localização quanto ao domínio e classe na NANDA-I, chegou-se a proposição do DE *Atraso do desenvolvimento físico no lactente*, conforme o Quadro 13.

QUADRO 15. Proposta dos elementos estruturais do DE Atraso do desenvolvimento físico no lactente.

Atraso do desenvolvimento físico no lactente
<i>Domínio 13: Crescimento/Desenvolvimento</i>
<i>Classe 2: desenvolvimento</i>
Definição: Atraso que envolve o somatório de fatores biológicos, ambientais, familiares e sociais resultando assim no retardamento do crescimento, desempenho motor, habilidades sensoriais e da linguagem, e relacionamento social e comportamental abaixo do esperado para o lactente 1-23 meses de vida.
Características Definidoras
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atraso neuropsicomotor ✓ Atraso na habilidade motora fina e grossa ✓ Velocidade do crescimento abaixo do esperado ✓ Transtorno comportamental ✓ Deficiências sensoriais (tato, paladar, olfato, audição, visão) ✓ Dificuldade na linguagem ✓ Alteração na função cognitiva ✓ Insuficiência de crescimento
Fatores Relacionados
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alterações nas condições neonatais ✓ Alterações nas condições obstétricas ✓ Alteração nas condições nutricionais no lactente ✓ Doenças genéticas ✓ Doenças crônicas ✓ Fatores socioeconômicos maternos adversos ✓ Estado de saúde materna inadequado ✓ Restrição do crescimento fetal ✓ Baixa estimulação biopsicossocial no lactente ✓ Fatores ambientais ✓ Alterações na condição da saúde mental da mãe ✓ Doenças infecciosas

FONTE: Dados construídos pela pesquisadora com base nos dados coletados no decorrer da pesquisa

6. DISCUSSÃO

Diante do exposto, a pesquisa em pauta, propôs a análise de conceito e a construção de elementos de um DE voltado para o Atraso do desenvolvimento físico no lactente, pois se considera que diante do que resultou do arcabouço literário o fenômeno crescimento não é suficiente para especificar a complexidade em torno do desenvolvimento físico, pois a concepção desse fenômeno está para além dos índices antropométricos e, principalmente o atraso do desenvolvimento físico no lactente, abrange um conjunto de fatores biológicos e ambientais que não podem ser mensurados, apenas, em valores descritos em centímetros.

Desse modo, avaliar o atraso do desenvolvimento físico, principalmente na faixa etária no lactente, constitui-se uma tarefa complexa e de muitas singularidades, pois dada as especificidades do fenômeno, o desenvolvimento físico, não ocorre separadamente dos demais domínios do desenvolvimento, mas mantém relação estreita com cada um, podendo receber influências e também influenciar (FREIRE, 2015).

O ambiente proporcionado ao bebê durante a gravidez, bem como os fatores externos decorrentes dele como, por exemplo, relações sociais e familiares, o processo saúde-doença e aquisição de habilidades e competências, são extremamente importantes para o seu desempenho e, por conseguinte, responsáveis pela formação de uma vida adulta saudável (GUERREIRO, 2016).

Segundo as pesquisas na área do desenvolvimento infantil, os estímulos e cuidados direcionados ao lactente são fatores determinantes para seu crescimento, desenvolvimento emocional, biossocial e comportamental. De acordo com Brasil (2016, p. 11) “Avanços na neurociência mostram que durante a gestação e os primeiros anos de vida (especialmente nos primeiros 1000 dias) ocorre um rápido desenvolvimento do cérebro com cerca de 700 novas conexões neurais sendo formados a cada segundo”. Assim, os estímulos necessários ao desenvolvimento físico no lactente, intenciona o bom desempenho na vida escolar, social e nas situações relacionais de trabalho e comunidade (SEVERIANO et al.; 2017; FREIRE et al.; 2015).

Ante o exposto, Rodavalho, Braga e Formiga (2012 p.126) corroboram do que fora anteriormente mencionado, ao avaliar que “o ser humano nasce com potencial genético de crescimento e desenvolvimento, que poderá ou não ser alcançado, dependendo das condições de vida que lhe sejam propiciadas”. Destarte, as condições em torno do atraso do

desenvolvimento físico são identificadas por fatores biológicos e ambientais, sendo isso nítido no decorrer de todo o processo de construção dos resultados do estudo, pois por meio da etapa da revisão integrativa, seguida da seleção das referências selecionadas, as que permaneceram no estudo fomentaram a construção das possíveis definições do conceito do atraso do desenvolvimento, sendo persistente a menção dos “fatores biológicos ou causas internas” e “fatores ambientais ou causas internas” quando mencionado o desenvolvimento físico.

Desse modo, a definição do diagnóstico proposto, ainda que sutilmente, menciona em sua composição elementos que remetem aos fatores biológicos e ambientais tendo em vista a predominância concreta desses fatores na composição do fenômeno. Igualmente, ao observar as Características Definidoras (CD): *Atraso neuropsicomotor; Atraso na habilidade motora fina e grossa; Velocidade do crescimento abaixo do esperado; Transtorno Comportamental; Deficiências sensoriais (tato, paladar, olfato, audição, visão); Dificuldade na linguagem; Alteração na função cognitiva; Insuficiência de crescimento*, bem como os Fatores Relacionados (FR): *Alterações nas Condições neonatais; Alterações nas Condições obstétricas; Alteração nas condições nutricionais no lactente; Doenças genéticas; Doenças crônicas; Fatores socioeconômicos maternos adversos; Estado de saúde materna inadequada; Restrição do crescimento fetal; Baixa estimulação biopsicossocial no lactente; Fatores ambientais; Alterações na condição da Saúde mental da mãe; Doenças infecciosas* do DE proposto, é perceptível a presença de eventos biológicos e ambientais os quais se destacaram na leitura dos textos selecionados para este estudo, representando grande influência no atraso do desenvolvimento físico.

Embora todas as CD componham o desenvolvimento físico, duas delas, velocidade do crescimento abaixo do esperado e insuficiência de crescimento, se configuram e sinalizam para uma relação mais direta com os índices antropométricos (peso, comprimento, PC, IMC e prega braquial) enquanto que seis: atraso neuropsicomotor, atraso na habilidade motora fina e grossa, transtorno comportamental, deficiências sensoriais (tato, paladar, olfato, audição, visão), dificuldade na linguagem, alteração na função cognitiva, apontaram para novas dimensões da identificação do atraso do desenvolvimento físico no lactente.

Ressalta-se a importância desse resultado, pois se acredita que algumas questões referentes ao lactente passem despercebidas e haja um foco maior no ganho de peso e estatura. Reitera-se a importância desses índices antropométricos para a demarcação do crescimento, mas é necessário estabelecer que, apenas, a manutenção do padrão normal do peso corporal e o crescimento (estatura) saudável no lactente não são suficientes para a

garantia do seu crescimento físico. O fato do profissional de saúde não estar atento para outras alterações (habilidades motoras grossas, desempenho motor, linguagem) poderá resultar em situações que só serão detectadas na fase pré-escolar ou na adolescência o que acarretará uma gama de prejuízo a vida da criança (RODAVALHO; BRAGA; FORMIGA, 2012).

Assim, a apreensão e compreensão das situações que poderão levar ao atraso do desenvolvimento físico, pelo enfermeiro e outros profissionais, na assistência a Saúde da Criança é de fundamental importância, pois poderão agir de modo científico e consciente na resolução dos agravos de saúde, realizando uma assistência mais qualificada e com base em evidências já estudadas. A consulta de puericultura realizada pela enfermagem não deve se limitar a coleta de medidas e registro em gráficos, mas deve primar pela identificação de possíveis diagnósticos, na medida em que instiga a investigação por meio de uma coleta de dados mais metódica, intencionando identificar outras respostas humanas preocupantes ocorrendo, indicativas de riscos ao paciente ou sugestivo de oportunidades de promoção da saúde. Dando início a essa percepção mais apurada, embasada em processos reflexivos e científicos irá querer identificar a etiologia ou os fatores precipitadores de áreas que preocupam podendo atingir outras dimensões sobre o desenvolvimento físico e outros domínios ainda não alcançados (HERDMAN, 2012).

Segundo Guerreiro et al. (2016 p.1), “O desenvolvimento é um processo de mudanças e permanências, demonstrando que a aquisição e o uso de habilidades integram vários sistemas e funções do indivíduo em constante interação com o ambiente físico e social”. Os resultados obtidos no presente estudo demonstram que, o atraso do desenvolvimento físico caracteriza-se pelo comprometimento neuropsicomotor, na habilidade motora fina e grossa, alterações na linguagem, deficiências sensoriais, as quais necessitam de interação direta com o ambiente físico e pessoal no qual o lactente está inserido, além de ferramentas que proporcionem maior estimulação para o desenvolvimento de suas competências. Nas referências selecionadas, o atraso na habilidade motora fina e grossa apareceu 20 vezes como sinal do atraso do desenvolvimento físico.

Ademais, o atraso neuropsicomotor, também foi identificado como decorrente do atraso do desenvolvimento físico, pois lactentes podem apresentar motricidade diminuída em relação a sua idade devido a fatores neonatais, obstétricos, ambientais. Os índices antropométricos estabelecem relação com essa variável, haja vista que se o lactente se apresentar abaixo dos escores Z ideais para o peso/idade pode ser sugestivo de um quadro nutricional inadequado o que resultará baixa motivação para desempenhar sua habilidade

motora por meio da marcha, por exemplo, assim como apresentará reflexos diminuídos. O mesmo ocorre quando o peso/idade está acima do percentil normal, com aparente quadro de sobrepeso, o que poderá dificultar o ato de sentar, rolar no lactente, comprometendo assim, seu desempenho.

É fundamental reconhecer essas especificidades na avaliação clínica no lactente, a história pregressa da mãe e no lactente, pois quadros de desnutrição e obesidade podem estar associados com a idade gestacional, tipo de parto, intercorrências na gestação e hipertensão gestacional, pois essas alterações, como apreendidas durante o processo do agrupamento dos FR são de fundamental importância para a identificação e diagnóstico correto do atraso do desenvolvimento físico (PIERRAT, 2017; FREIRE et al.; 2015; ROTHSTEIN et al.; 2011).

Em face disso, os fatores ambientais, identificados e perceptíveis nos FR, também contribuem para o atraso, tendo em vista necessidade de investigar a história clínica materna, há também a necessidade de verificar as condições sociais, econômicas e familiares, nas quais o lactente está inserido, pois a depender destas podem elucidar um possível atraso do desenvolvimento físico (VAMEGHI et al.; 2016). Portanto, considera-se que o ambiente familiar e suas relações constituem o alicerce para a promoção e estabelecimento dos primeiros o desenvolvimento afetivo-social e cognitivo no lactente. Vale ressaltar que, a família mantém uma linha tênue entre o fornecimento de estímulo e proteção, mas que também poderá, sem o suporte adequado constituir fator de risco, ao privar o lactente de um ambiente familiar estruturado e com estímulos adequados (GUIMARÃES et al.; 2013).

Nesse contexto de ambiente familiar, alguns do FR evidenciam possíveis riscos ao mencionar os fatores socioeconômicos maternos adversos referentes às condições de escolaridade, vida conjugal, condições de moradia da mãe, bem como faz menção às condições desfavoráveis evidenciadas pelo uso de tabaco, álcool e outras drogas, além das condições emocionais psicológicas maternas as quais influenciam diretamente na condição emocional do neonato, futuro lactente.

De acordo com o estudo de Guimarães et al (2013), esses comportamentos são definidos como de risco para a atraso do desenvolvimento infantil. No mesmo estudo, os autores mencionam os fatores de proteção que o núcleo familiar pode oferecer e os dividem em fatores de proteção biológicos (a autonomia, a curiosidade na exploração de objetos, o temperamento positivo, a reciprocidade nas interações sociais e a inteligência acima da média) e ambientais (integração com outras crianças e pessoas fora da família, o acesso a

atendimento médico e psicológico, a espiritualidade, a participação em atividades culturais, incentivo a leitura).

As condições socioeconômicas maternas e os fatores ambientais familiar onde o lactente se desenvolve não repercute, apenas, nas suas relações sociais e comportamentais, mas pode ser perceptível levando em consideração sua situação nutricional. Desse modo, é fundamental que o enfermeiro considere a investigação e a elaboração de estratégias para intervir minimizando tais condições desfavoráveis no âmbito familiar e social onde o lactente se insere, pois é determinante para o reconhecimento dos fatores implícitos em seu desenvolvimento físico.

Os hábitos alimentares dizem muito a respeito do desenvolvimento no lactente, pois até o fato de ter sido amamentado exclusivamente com o leite materno resulta em benefícios ou não para o seu crescimento. Ademais, as doenças infecciosas também estabelecem relação com os processos nutricionais, pois uma criança poderá ser acometida por uma diarreia, portadora do vírus HIV, logo sua composição de nutricional e de micronutrientes será diferenciada e poderá resultar em complicações no seu desenvolvimento físico (VONAESCH et al.; 2017; ROCHA et al.; 2016).

A presença do comprometimento no que se refere à velocidade e à insuficiência do crescimento esteve fortemente associada às doenças genéticas e às doenças crônicas devido a determinadas alterações cromossômicas, as alterações de peso, altura, perímetro cefálico, IMC, estereotipo, detectadas. Na presença de tais alterações, o lactente pode ter comprometimento no desempenho motor, na linguagem, nas habilidades motoras finas e grossas, comprometimento sensorial e comportamental (VAMEGHI et al.; 2016; FREIRE et al.; 2015; CAINO et al.; 2013).

Desse modo, é evidente a amplitude do desenvolvimento físico e seu possível atraso, haja vista que as alterações, conforme sugerida pelos consequentes proposto pela pesquisa, versam sobre comprometimentos que estão muito além da falta, apenas, de crescimento ou de comprimento. O atraso do desenvolvimento físico perpassa todos os domínios, porém sem perder a sua especificidade. Diante disso, é válido mencionar que, na Enfermagem, como em outros campos de estudo, os conceitos novos e tradicionais embasam a prática, assumindo um papel importante no pensar e no fazer clínico cotidiano. Porém, em algumas circunstâncias, esses conceitos são abstratos, confusos e/ou não consensuais, dificultando a sua aplicabilidade na prática profissional e na pesquisa científica (ENDERS; BRITO; MONTEIRO, 2004; FERNANDES et al.; 2011; TALMELLI; GRATÃO;

RODRIGUES, 2016). Nesse interim, buscou-se a clarificação do conceito atraso do desenvolvimento físico, pois as pesquisas se debruçam sobre as questões relativas ao crescimento linear da criança o que faz com que outras limitações possam deixar de ser evidenciadas e diagnosticadas.

A pesquisa relacionada à construção e/ou revisão de diagnósticos de enfermagem tem sido fortemente influenciada pelos diferentes referenciais teóricos, como por exemplo, o modelo de Walker e Avant (2011). Esses modelos têm sido frequentemente utilizados para compor uma das fases desse tipo de pesquisa, com a principal finalidade de analisar conceitos relacionados aos fenômenos que dão suporte para a construção dos componentes de um diagnóstico (RODGERS; KNAFL, 2000; WALKER; AVANT, 2011).

Em consonância, a dificuldade na clareza referente aos fenômenos do desenvolvimento e crescimento, foi determinante para a retirada desse DE da NANDA-I, pois havia poucos estudos que evidenciavam definições e atributos sólidos, e com embasamento científico, a fim de, realmente estabelecer conceitos próprios e capazes de determinar, a melhor forma da identificação desses fenômenos, na assistência a Saúde da Criança, pois embora seja necessário separá-los para uma melhor compreensão clínica, ambos estão inter-relacionados, mas possuem suas especificidades (WONG, 2011; MONTEIRO, 2013).

Por conseguinte, na tentativa de estabelecer um padrão clínico para melhor definição do desenvolvimento infantil, estudos como de Monteiro (2013), Andriola e Delgado (2016) tem proposto o estudo dos fenômenos de modo separado, a fim de estabelecer melhor definição e aplicabilidade do fenômeno do crescimento e desenvolvimento. Essas pesquisadoras realizaram análises de conceito, e conseqüente proposta do DE para promoção do domínio do crescimento/desenvolvimento, atraso no crescimento do adolescente e atraso do desenvolvimento do adolescente, respectivamente.

No entanto, é perceptível que os estudos com a temática do desenvolvimento e crescimento ainda são desafiadores, principalmente na perspectiva da construção de elementos estruturais para composição dos diagnósticos de enfermagem. Parte dessa deficiência nos estudos faz menção à necessidade, *a priori*, da realização da análise de conceito e revisão integrativa da literatura. Essas etapas, somada a complexidade do estudo do fenômeno, acabam por minimizar os estudos na área. Ademais, a busca por estudos com evidências clínicas de grande impacto ainda tem sido o grande desafio na fase da revisão integrativa, bem como as condições de acesso de determinados estudos, em algumas bases de

dados, os quais são de cunho particular e com valores onerosos (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2013).

Em face disso, é imperioso afirmar que, pesquisas nessas áreas, são de extrema importância e utilidade no campo prático do profissional. Outrossim, os estudos direcionados ao fenômeno do desenvolvimento infantil e seus domínios são determinantes na construção de linhas de cuidados direcionadas para as reais necessidades de saúde, com garantia a um melhor atendimento e resolutividade.

Segundo Herdman (2012), “conhecer conceitos de cada diagnóstico de enfermagem possibilita ao enfermeiro dar sentidos exatos aos dados coletados com o paciente, preparando-o para a realização de uma coleta aprofundada de dados”. Assim, para a utilização mais efetiva dos DE nas práticas clínicas da enfermagem, na atuação a assistência no lactente, por exemplo, é necessária a compreensão dos fatores inseridos nessa faixa etária, nesse estudo especificadamente, o fenômeno do atraso do desenvolvimento físico.

Destarte, no concernente às informações estabelecidas para a identificação do atraso do desenvolvimento no lactente é imprescindível à ampliação da visão clínica, a qual foi possibilitada pela análise dos estudos selecionados, onde foi possível construir outras definições relacionadas ao atraso do desenvolvimento físico. Ademais, a identificação das características definidoras, fatores relacionados, represente o resultado do que mais fortemente se descreve como alterações e consequências do aparecimento do fenômeno. É valioso as fases da construção dos possíveis DE, pois sustentam a possibilidade de ser propor uma assistência sistematizada, com o foco no problemas onde, de posse dessas informações adequadas, o enfermeiro, possa visualizar novas possibilidades e perspectivas que, de fato resultem em uma assistência qualificada e de bom prognósticos para os lactentes os quais apresentem atraso do desenvolvimento físico.

Nesse sentido, a prestação do cuidado por meio das consultas de puericultura bem como a avaliação adequada de todos os domínios do desenvolvimento infantil é de suma importância para a qualidade do desenvolvimento do infante à medida que ressalta necessidade e a importância da integralidade do cuidado como está posto nas diretrizes do SUS, visando que o usuário do sistema seja contemplado em todas as fases do ciclo de vida e da forma mais integral possível. O investimento no cuidado ao lactente, a partir de um exame detalhado da sua condição de saúde, o qual implica na análise das condições biofisiopsicológica, social e comportamental sugere a praticidade do diagnóstico precoce do atraso do desenvolvimento físico e dos demais domínios e estabelece ou instiga à elaboração

de um cuidado direcionado a prevenção e promoção da saúde no lactente intencionando que este tenha o melhor cuidado e desempenho na sua vida infantil e adulta.

7. CONCLUSÃO

Mediante a análise de conceito, realizada com o material selecionado da revisão integrativa, foi possível a identificação de atributos, antecedentes e consequentes os quais estão presentes no DE proposto referente ao atraso do desenvolvimento físico no lactente. Essas etapas são fundamentais para a construção de elementos presentes em um diagnóstico de enfermagem. A identificação dos elementos de cada componente do conceito permitiu ampliação no embasamento teórico sobre o fenômeno do desenvolvimento físico e as particularidades do “atraso” dele.

O Brasil foi o país onde houve predomínio dos estudos (57%) enquanto que, em relação a categoria profissional, a enfermagem, nesse estudo, teve apenas representação de 2% o que é insipiente em comparação com outras categorias. Há avanços nos estudos da área da enfermagem, mas pouca disseminação do conteúdo das pesquisas, o que deixa o núcleo profissional, de certo modo, fragilizado nos processos das replicações dos estudos nos seus cenários de prática.

Em face disso, reitera-se a necessidade da produção científica para subsidiar os processos de cuidado em enfermagem, por meio de evidências fortes com embasamento teórico e clínico.

Destaca-se a complexidade do estudo, mediante as etapas cumpridas para a realização do construto do resultado final, os quais são dirigidos pela revisão integrativa e análise de conceito. Ademais, a profundidade da temática referente ao desenvolvimento infantil já é, por si mesma, de alta complexidade, o que dizer, então da tentativa, de clarificar e definir um dos seus domínios, associado a um julgamento (atraso), que demanda maior intimidade com a temática, com as questões clínicas presentes nesse processo e familiarização com o que de fato é considerado como saudável na faixa etária no lactente.

Em contrapartida, com toda a complexidade envolta nesse estudo, a sua construção possibilitou a identificação de conceitos mais abrangentes sobre o atraso do desenvolvimento físico, além da percepção de atributos que extrapolam as medidas antropométricas e se concentram apenas no crescimento. Assim, foi possível a construção da seguinte definição para o DE atraso do desenvolvimento no lactente: *Atraso que envolve o somatório de fatores biológicos, ambientais, familiares e sociais resultando assim no retardamento do crescimento, desempenho motor, habilidades sensoriais e da linguagem, e relacionamento*

social e comportamental abaixo do esperado para o lactente 1-23 meses de vida, o qual é proposto para o domínio 13: Crescimento/Desenvolvimento-classe 2: desenvolvimento.

Outrossim, apresenta como **Características Definidoras (CD)**: *Atraso neuropsicomotor; Atraso na habilidade motora fina e grossa; Velocidade do crescimento abaixo do esperado; Transtorno Comportamental; Deficiências sensoriais (tato, paladar, olfato, audição, visão); Dificuldade na linguagem; Alteração na função cognitiva; Insuficiência de crescimento, bem como os Fatores Relacionados (FR): Alterações nas Condições neonatais; Alterações nas Condições obstétricas; Alteração nas condições nutricionais no lactente; Doenças genéticas; Doenças crônicas; Fatores socioeconômicos maternos adversos; Estado de saúde materna inadequada; Restrição do crescimento fetal; Baixa estimulação biopsicossocial; Fatores ambientais; Alteração na condição da saúde mental da mãe; Doenças infecciosas.*

Nesse ínterim, houve a elaboração de um caso modelo para explicitar o conceito do fenômeno analisado, e ainda um “caso contrário” contendo o “não conceito” nos quais foi possível a comparação de ambos e a identificação do que se apresenta em casos cujo conceito de atraso do desenvolvimento físico no lactente é presente e quando não é possível identificá-lo.

Assim, destaca-se a importância dessa pesquisa para área da enfermagem intencionando, também, contribuir com a taxonomia NANDA-I, pois esse domínio e essa classe apareceram pela última vez na edição da NANDA-I 2012-2014 e foi retirada por falta de estudo na área que propusessem a identificação dos fenômenos de maneira separada.

As limitações do estudo correspondem ao acesso às bases, pois foram utilizadas, apenas, seis bases de dados o que diminui a abrangência de uma busca mais ampliada para a construção do conceito. Ressalta-se que, essa fase do estudo, constitui-se apenas como a primeira etapa para a construção do diagnóstico de enfermagem referente ao atraso do desenvolvimento físico no lactente. Desse modo, o estudo pode contribuir para a construção de um novo DE e o retorno desse domínio e classe servindo como subsídios para futuros estudos voltados a validação por especialistas e clínica para possível proposição do DE na taxonomia NANDA-I.

REFERÊNCIAS

- ANDRIOLA, I. C. **Construção do diagnóstico de enfermagem atraso do crescimento no contexto do adolescente**. 81f. Dissertação (mestrado em enfermagem)- Pós- graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2016
- ALVES, J. C. F. Pneumonia nosocomial: diagnóstico e intervenções de enfermagem. **JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care**, v.6, n.2, p. 103-114, 2015.
- ALVES, K. Y. A; SALVADOR, P. T. C. O; TOURINHO, F. S. V; SANTOS, V. E. P. Análise do conceito “protocolos de enfermagem” a partir da visão evolucionária de Rodgers. **Rev enferm UFPE Recife**, v.8, n.1, p.82-177, jan, 2014.
- BARRA, D. C. C; NASCIMENTO, E. R. P; MARTINS, J. J; ALBUQUERQUE, G. L. Erdmann AL. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enferm. [on-line]**. 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm> Acesso em 31 de outubro de 2016.
- BALTIERI. L; SANTOS, D. C; GIBIM, N. C; SOUZA, C. T; BATISTELA, A. C; TOLOCKA, E. Motor performance of infants attending the nurseries of public day care centers. **Rev Paul Pediatr**, v. 28, n. 4, p. 9-283, 2010.
- BERGER, K. S. **O desenvolvimento da pessoa: da infância à terceira idade**. Rio de Janeiro: LTC; 2011.
- BITTAR, D. B.L; PEREIRA, V; LEMOS, R. C. A. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto Contexto Enferm**.2006 Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a10>> Acesso em: 13 de nov de 2016.
- BONFADA, D; CAVALCANTI, J. R. L. P; ARAÚJO, D. P; GUIMARÃES J. A. Organização tecnológica na produção de serviços de saúde: (re)conhecendo limites, abraçando perspectivas. **Rev Enf UFPE** 2010. Disponível em:<www.revista.ufpe.br> Acesso: 25 nov de 2016.
- BOYD, D; BEE, H. **A criança em crescimento**. Porto Alegre: Artemd, 2011.p.624.
- BRASIL. **Manual clínico de enfermagem pediátrica**. In: David Wilson, Merilyn J. Hockenberry. Rio de Janeiro, Elsevier, 2ª ed. 2012. p.346.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, (Cadernos de Atenção Básica, nº 33), 2012. p.272.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas : elaboração de revisão**

sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados/ Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. p.96.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf > Acesso em: 24 de jul de 2016.

CASAROTTO, V. J; AZAMBUJA, C. R; MARTINS, J. S; BENEDETTI, F. J. Os reflexos da primeira infância no crescimento e desenvolvimento da criança na educação infantil. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 18, n.1, p. 27-37, 2015.

CAVALCANTE, F. T. **Validação do diagnóstico de enfermagem risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral.** 2011. 190 f. Tese (doutorado em enfermagem)- Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará- UFC, Fortaleza. 2011.

CAINO, D; MORESCO, A; BREITMAN, F; FANO, V. **Crecimiento en niños con Síndrome de Sotos.** Medicina Infantil, v. 20, n.1, p.117-121, jan, 2013.

DELGADO, M. F. **Construção dos componentes do diagnóstico de enfermagem atraso no desenvolvimento.** 118f. Dissertação (mestrado em enfermagem)- Pós- graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2016

ENDERS, B. C; BRITO, R. S; MONTEIRO, A. I. Análise Conceitual e pensamento crítico: uma relação complementar na enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 25, n.3, p.295-305, dez, 2004.

FALBO, B. C. P; ANDRADE, R. D; FURTADO, M. C. C; MELLO, D. F. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n.1, p.54-148, set, 2012.

FERNANDES, M. G et al.; Análise Conceitual: considerações metodológicas. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n.6, p.6-1150, dez, 2011.

FREIRE, F; THON, R. A; COSTA, L. T; DUARTE, E; GORLA, J. I. Somatic Growth of Brazilian Children and Adolescents with Down Syndrome **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n.1, p.102-107, set, 2015.

FRONTEIRA, I; DUSSAULT; GILLES. Recursos humanos da saúde nos países africanos de língua oficial portuguesa: problemas idênticos, soluções transversais? **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.** Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.78-85, mar, 2010.

GALVÃO, C. M.; MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P. **Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura.** In: BREVIDELLI, M. M.; SERTÓRIO, S. C. M. (Eds.). TCC (trabalho de conclusão de curso)- Guia prático para docentes e alunos da área da saúde. São Paulo. 2010.

GRITTEM, L. **Sistematização da assistência perioératória: uma tecnologia de enfermagem**. 153f. Dissertação (mestrado em enfermagem)- Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2007.

GUIMARÃES, A. F; CARVALHO, D. V; MACHADO, N. A; BAPTISTA, R. A. N; LEMOS, S. M. A. Risco de atraso do desenvolvimento de crianças de dois a 24 meses e sua associação com a qualidade do estímulo familiar. **Rev Paul Pediatr**, v. 31, n. 4, p. 8-452, dez, 2013.

GUERREIRO, T. B. F; CAVALCANTE, L. I. C; COSTA, E. F; VALENTE, M. D. R. Psychomotor development screening of children from kindergarten units of Belém, Pará, Brazil. **J Hum Growth Dev**, v.26, n.1, p.181-189, jun, 2016.

HERDMAN, T. H. **NANDA International. Nursing diagnoses: Definitions and classification, 2012–2014**. 2012. ed. Chichester, UK. : Wiley-Blackwell, 2012.

HONORATO, D. Z. S.; et al. O uso de tecnologias em saúde na consulta: uma análise reflexiva. **Rev. Interd**, v. 8, n. 1, p. 234-239, jan-mar. 2015.

JOHANSEN K; PERSSON K; SONNANDER K; MAGNUSSON M; SARKADI A; LUCAS S. Clinical Utility of Structural oversation of motor performance in infants in Infantile Health Services. **PLos Onde**; v.12, n. 7, p. 1-12, jun, 2017.

KOERICH, M. H. A. L; VIEIRA, R. H. G; SILVA, D. E; ERDMANN, A. L; MEIRELLES, B. H. S. Produção tecnológica brasileira na área de enfermagem: avanços e desafios. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 32, n.4, p. 1-8, dez, 2011;

KYLE, T. **Enfermagem Pediátrica**. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2011.

LOPES, M. V; SILVA, V. M; ARAUJO, T. L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n.5, p.55-649, set-out, 2013.

MACHADO, M. C. **Saúde Infantil: uma história de sucesso**. In: Sakelarides C, Alves MV, editores. **Lisboa, Saúde e Inovação**. Do renascimento aos dias de hoje. Edição . Lisboa: Gradiva; 2008.

MACHADO, M. C; ALVES, M. I; ALTO, M. L. C. **Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Comissariado da Saúde**. Ministério da Saúde Acta Pediátrica Portuguesa Sociedade Portuguesa de Pediatria. 2011.

MALLET, S; HOPEWELL, S; CLARKE, M. **The use of grey literature in the frst 1000 Cochrane reviews**. Paper presented at the Fourth Symposium on Systematc Reviews: Pushing the Boundaries, Oxford, 2002.

MARCONDES, E; VAZ, F. A. C; RAMOS, J. L. A; OKAY, Y. **Pediatria básica**. 9ª Edição. Savier. São Paulo, 2002.

MENEZES, M. O et al. Determinantes da carga de trabalho em unidade de terapia intensiva de um hospital público. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 1, n.17, p.103-112 out. 2013.

MERHY, E. E. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 4ª Edição. São Paulo: Hucitec; 2007.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde.** São Cristóvão: Editora UFS, 2009.

MONTEIRO, F. P. M. **Construção de um diagnóstico de enfermagem na categoria de promoção da saúde para o crescimento/desenvolvimento: estudos em lactentes.** Tese (doutorado em enfermagem)- Pós- graduação, Universidade Federal do Ceará- UFC, Fortaleza. 2013.

MORAIS, H. C. C. **Alteração da percepção sensorial tátil em pacientes com acidente vascular cerebral: análise de conteúdo.** Dissertação (mestrado em enfermagem)- Pós-Graduação Universidade Federal do Ceará- UFC, Fortaleza. 2013.

MORSE, J. M. Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis. **Advances in Nursing Science**, v. 17, n.3, p.31-46, mar, 1995.

NICOLAU, C. M; COSTA, A. P. B. M; HAZIME, H. O; KREBS, V. L. J. Desempenho motor em recém-nascidos pré-termo de alto risco. **Rev.Bra Crescimento e Desenvolvimento humano**, v. 21, n. 2, p. 327- 334, jul, 2011.

OMS. **Relatório mundial da saúde 2006: Trabalhando Juntos Pela Saúde.** Genebra: OMS, 2006. Disponível em:www.who.int/eportuguese/relatorio_m_saude_2006.pdf
Acessado em: 29, nov de 2016.

PAPALIA, D. E; OLDS, S. W; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano.** Trad. Daniel Bueno. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PIERRAT V.; et al. Resultado do desenvolvimento neurológico aos 2 anos para crianças prematuras nascidas de 22 a 34 semanas de gestação na França em 2011: estudo de coorte epipage-2. **Journal The BMj**, v. 90, n.2, p.358-344, mai, 2017

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

POLIT, D. F; BECK, C. T. **Using research in evidence-based nursing practice.** In: POLIT, D.F; BECK, C.T, editors. Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2006.

POTTER, P. P. **Fundamentos de enfermagem.** 7 ed. Editora Mosby, 2013.

ROTHSTEIN, J. R; BERTRAME, T. S. Características neuromotoras, pondo-estaturais e biopsicossociais de lactentes. **Rev Bras Cresc e Desenv Hum**, v. 21, n. 2, p. 269-281, fev, 2011.

RODGERS, B. L. Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.14, p.330-335, 1989.

RODGERS, B. L. Philosophical foundation of concept development. In: Rodgers BL, Knafl KA (eds.). **Concept development in nursing**. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2000.

RODGERS, B. L; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: Foundations, techniques and applications**. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000.

RODOVALHO, J. C; BRAGA, A. K. P; FORMIGA, C. K. M. R. Diferenças no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças em centros de educação infantil de Goiânia. **REV. Eletrônica de Enfermagem**, v.14, n., p.32-122, mar, 2012.

ROJAS, A. P. K; SOUZA, D; COMASSETTO, V; VISENTIN, A. Tecnologias disponíveis para acompanhamento do desenvolvimento infantil pelo enfermeiro: revisão integrativa da literatura. **Cad. da Esc. de Saúde**, v.1, n.15, p. 64-80, jan, 2015.

SÁ NETO, J. A; RODRIGUES, B. M. R. D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto e Cont. Enferm**, v. 19, n. 2, p. 372-377, mar, 2010.

SALVADOR, P. T. C. O et al.; Tecnologia no ensino de Enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 29, n. 1, p. 33-41, jan./mar, 2012.

SCHONHAUT, L; PÉREZ, M; MUNÓZ, S. Asociación entre morbilidad neonata, edad gestacional y déficit de desenrrollo psicomotor en prematuros moderados y tardios. **Rev.Chil Pediatr**, v.86, n.6, p.415-425, out, 2015.

SCHWONKE, C. R .G; BARCELOS et al. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm**, v. 64, n. 1, p. 189-192, jan./fev. 2011.

SCHWONKE, C. R. G. B.; et al. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. **Rev Bras Enferm, Brasília**, v.64, n. 1, p. 92-189, jan-fev, 2011.

SEVERIANO, A. A. O; DANTAS, D. S. D; OLIVEIRA, V. L. C; LOPES, J. M. L; SOUZA, D. E. S; MAGALHÃES, A. G. M. Association between breastfeeding, obstetric factors and child development of brazilian northeast children. **J Hum Growth Dev**, v. 27, n. 2, p.158-165, 2017.

SIGUEIRA, A. A. F. O nascimento biológico da criança. **Rev.Bras.Cres. Des. Hum. S.** Paulo, v. 1, n.1, p.1-5, 1991.

SOUZA, E. C. **Tecnologias leves envolvidas no trabalho em enfermagem [monografia]**. [Recife]: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2011. 41 p. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br>> Acesso: 28, nov, 2016.

SOUZA, J. M. D. **Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I.** Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura.** Dissertação (mestrado)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2005.

TALMELLI, L. F. S; GRATÃO, A. C. M; RODRIGUES, R. A. P. Modelo Híbrido para desenvolvimento de conceito em Enfermagem utilizando Revisão Integrativa e Análise de Conteúdo. **Sau. & Transf. Soc.**, v.7, n.1, p. 09-15, mai, 2016.

TANNURE, M. C; PINHEIRO, A. M. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

VAMEGHI R; AKBARI, S. A. A; SAJJADI H; SAJEDI F; ALAVIMAJD H. CORRELATION Between Mother's Depression And Developmental Delay In Infants With Age Between 6 And 18 Months Correlation Between Mother's Depression And Developmental Delay In Infants With Age Between 6 And 18 Months. **Glob J Health Sci**, v.8, n.5, p. 11-18, ago, 2016.

VANDENBROUCKE, J. P, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **BMJ**, v. 335, n.7624, p.8-806, oct, 2007.

VONAESCH P.; et al. Factors associated with stunting in healthy children aged 5 years and less living in Bangui (RCA). **PLos One**, v, 12, n. 8, ago, 2017.

WALKER, L. O; AVANT, K. C. **Concept development.** In: Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. 3 ed. Norwalk: Appleton & Lange; 2011.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. **The integrative review: updated methodology.** **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, dec, 2005.

WHO. **Regional Office for Africa II.** 2016. Disponível em <<http://www.who.int/sites/default/files/publications/5266/Atlas-2016-en.pdf>> Acesso em: 31, out, 2016.

WILSON J. **Thinking with concepts.** New York (NY): Cambridge University Press; 2005.

WONG, **Fundamentos de enfermagem pediátrica.** In: Marilyn J. Hockenberry; [coedição David Wilso; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento...[et al].- Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.p.1245.

WONG. **Fundamentos de enfermagem pediátrica.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. p. 1-1176.

WHO. **The World Health Report 2008: Primary Care Now More Than Ever**. Genève: World Health Organization; 2014. Disponível em< <http://www.who.int/whr/2008/en/>> Acesso em: 16, dez, 2016.

APÊNDICE A- Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

TEMA: Análise de Conceito do fenômeno Atraso do desenvolvimento Físico no lactente

Objetivo: Apresentar o conhecimento produzido sobre o núcleo conceitual (desenvolvimento físico) e a tudo que remete ao julgamento do fenômeno (atraso do desenvolvimento físico no lactente)

Questões Norteadoras:

- ✓ *Qual a definição de atraso do desenvolvimento físico?*
- ✓ *Quais os atributos essenciais presente identificados no conceito atraso do desenvolvimento físico?*
- ✓ *Quais os consequentes e antecedentes do conceito?*

Estratégia para buscar as pesquisas

- ✓ SCOPUS
- ✓ PubMed
- ✓ LILACS
- ✓ Periódicos: Journal of Web of Science e Science Direct e Journal Human Growth and Development.

Descritores controlados

- ✓ MeSH: *Crescimento e Desenvolvimento; Crescimento; Insuficiência de Crescimento; Deficiências do Desenvolvimento e Lactente*
- ✓ DeCS: *Growth and Development; Growth; Failure to Thrive; Developmental Disabilities and Infant.*

Palavras-chave: Atraso; Desenvolvimento físico e Desenvolvimento somático e Desenvolvimento maturacional.

Critérios de Inclusão

- ✓ Estudos científicos disponíveis eletronicamente na íntegra
- ✓ Periódico específico da área de crescimento e desenvolvimento
- ✓ Revistas, livros, anais de congressos e Conference Proceedings
- ✓ Artigos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol, que atendam ao alcance dos objetivos da temática.

Critérios de Exclusão

- ✓ Opiniões de especialistas
- ✓ Cartas ao editor
- ✓ Revisões

Estratégia para síntese e avaliação dos estudos

- ✓ Caracterização dos estudos, segundo o instrumento adaptado de Monteiro (2013).
- ✓ Análise de Conceito de Walker e Avant (2011).

APÊNDICE B- Instrumento de Caracterização do Estudo

1. Caracterização do Estudo	
Código do Artigo:	
Título do Estudo:	
Autores:	
Local de Publicação	
Ano de Publicação	
Idioma	
Referência	
Temática do Estudo	
Cenário do Estudo	
Objetivo do Estudo	
Faixa etária dos sujeitos do estudo	
Base de dados	
2. A partir do estudo, foi possível identificar:	
Qual o conceito de <i>desenvolvimento físico</i> nas publicações	
Quais os atributos essenciais do conceito <i>atraso do desenvolvimento físico</i> ?	
Quais os antecedentes do conceito <i>atraso do desenvolvimento físico</i> ?	
Como os antecedentes que compõem o <i>atraso do desenvolvimento físico no lactente</i> podem ser mensurados?	
Quais os consequentes do conceito <i>atraso do desenvolvimento físico</i> ?	
Como os consequentes que compõem <i>atraso do desenvolvimento físico no lactente</i> podem ser mensurados?	

APÊNDICE C-

Identificação dos antecedentes do conceito de atraso do desenvolvimento físico no lactente

ATRASO DO DESENVOLVIMENTO FÍSICO NO LACTENTE		
ANTECEDENTE	Termos	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA
Alterações nas condições neonatais	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prematuridade; ✓ Crescimento intra-uterino retardado; ✓ Baixo peso ao nascer; ✓ Apgar no 1ºmin e 5ºmin de vida ✓ Peso ao nascer ✓ Comprimento ao nascer ✓ Perímetro cefálico ao nascer 	<p>SEVERIANO A.A.O; DANTAS D.S.D; OLIVEIRA, V.L.C; LOPES, J.M. L; SOUZA, D.E.S; MAGALHÃES, A.G.M. Association between breastfeeding, obstetric factors and child development of brazilian northeast children. J Hum Growth Dev; 27(2): 158-165. 2017.</p> <p>SIGUEIRA, AAF. O nascimento biológico da criança. Rev.Bras.Cres. Des. Hum. S. Paulo, I (1), 1991.</p> <p>ZAMBRANA, I.M; VOLLRATH, M.E; JACOBSSON B; YSTROM E. Preterm delivery and risk of early delays in language: a sibling control cohort study. Int.J. Epidemiol. 45(1):151-159.2016</p>
Alterações nas condições obstétricas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acompanhamento pré-natal; ✓ Número de consultas pré-natal ✓ Idade gestacional ✓ Tipo de parto ✓ Hipertensão específica da gravidez ✓ Obesidade materna ✓ Infecções intra-uterina 	<p>SEVERIANO A.A.O; DANTAS D.S.D; OLIVEIRA, V.L.C; LOPES, J.M. L; SOUZA, D.E.S; MAGALHÃES, A.G.M. Association between breastfeeding, obstetric factors and child development of brazilian northeast children. J Hum Growth Dev; 27(2): 158-165. 2017.</p> <p>SIGUEIRA, AAF. O nascimento biológico da criança. Rev.Bras.Cres. Des. Hum. S.</p>

Paulo, I (1), 1991.

AUGUSTO, RA; SOUZA, JMP. Crescimento de crianças em aleitamento materno exclusivo no primeiro semestre de vida. **Rev.Bra Crescimento e Desenvolvimento humano.** 17 (2):01-11; 2007.

SCHONHAUT, L; PÉREZ, M; MUNÓZ, S. Asociación entre morbilidad neonata, edad gestacional y déficit de desenrollo psicomotor en prematuros moderados y tardios. *Rev.Chil Pediatr.* 86(6): 415-425. 2015.

ZAMBRANA, I.M;
VOLLRATH, M.E;
JACOBSSON B; YSTROM E. Preterm delivery and risk of early delays in language: a sibling control cohort study. **Int.J. Epidemiol.** 45(1):151-159.2016

HEEJOO JO; LAURA A. SCHIEVE; ANDREA J. SHARMA; STEFANIE N. HINKLE , RUOWEI LI; JENNIFER N. LIND. **Índice de Massa Corporal de Pré-Imigração Materna e Desenvolvimento Psicossocial Infantil aos 6 Anos.** *Pediatria.* 135 (5), 2015.

LI Y, et al., **Treatment outcomes and associated factors among extremely preterm infants in a major children hospital in Guangxi, China.** *Pediatrics and Neonatology* (2017),

		https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2017.09.008
Alterações nas condições nutricionais no lactente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aleitamento materno exclusivo por 6 meses ✓ Aleitamento materno exclusivo por mais de 6 meses ✓ Aleitamento materno por menos de 6 meses ✓ Aleitamento materno misto 	<p>SEVERIANO A.A.O; DANTAS D.S.D; OLIVEIRA, V.L.C; LOPES, J.M. L; SOUZA, D.E.S; MAGALHÃES, A.G.M. Association between breastfeeding, obstetric factors and child development of brazilian northeast children. <i>J Hum Growth Dev</i>; 27(2): 158-165. 2017.</p> <p>AUGUSTO, RA; SOUZA, JMP. Crescimento de crianças em aleitamento materno exclusivo no primeiro semestre de vida. Rev.Bra Crescimento e Desenvolvimento humano. 17 (2):01-11; 2007.</p> <p>RODOVALHO, JC; BRAGA, AKP; FORMIGA, CKMR. Diferenças no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças em centros de educação infantil de Goiânia. REV. Eletrônica de Enfermagem; 14(1), 122-32, 2012.</p>
Doenças Genéticas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Síndrome de Down ✓ Síndrome de Sotos 	<p>FREIRE, F; THON, RA; COSTA, LT; DUARTE, E; GORLA, JI. Somatic Growth of Brazilian Children and Adolescents with Down Syndrome Journal of Human Growth and Development, 25(1): 102-107; 2015.</p> <p>CAINO D; MORESCO A; BREITMAN F; FANO V. Crecimiento en niños con Síndrome de Sotos. <i>Medicina Infantil;</i> XX: 117 - 121. 2013</p>
Doenças crônicas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cardiopatias ✓ Doenças 	CHITRA RAVISHANKAR, MD et al.; Association of

	respiratórias		Impaired Linear Growth and Worse Neurodevelopmental Outcome in Infants with Single Ventricle Physiology: A Report from the Pediatric Heart Network Infant Single Ventricle Trial. J. Pediatr. 162(2): 250–256.e2. doi:10.1016/j.jpeds.2012.07.048. 2013.
Fatores socioeconômicos maternos adversos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Situação conjugal ✓ Nível de escolaridade ✓ Tipo de Moradia/habitação ✓ Cor da pele ✓ Idade 		<p>AUGUSTO, RA; SOUZA, JMP. Crescimento de crianças em aleitamento materno exclusivo no primeiro semestre de vida. Rev.Bra Crescimento e Desenvolvimento humano. 17 (2):01-11; 2007.</p> <p>OLIVEIRA, A.C.M; SANTOS, A.A; BEZERRA, A.R; BARROS, A.M.R; TAVARES, M.C.M. Fatores Maternos e Resultados Perinatais Adversos em Portadoras de Pré-eclâmpsia em Maceió, Alagoas. Arq Bras Cardiol. 2016; [online].ahead print. 2016.</p>
Fatores maternas desfavoráveis	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Abuso de álcool, tabaco e outras drogas por parte da mãe durante e após a gestação ✓ Desnutrição ✓ Cuidados pré-natais inadequados ✓ Complicações no período pré, peri e pós-parto 		<p>ROTHSTEIN JR; BERTRAME TS. Características neuromotoras, pondo-estaturais e biopsicossociais de lactentes. Rev Bras Cresc e Desenv Hum; 21(2): 269-281. 2011.</p> <p>VAMEGHI R; AKBARI, S.A.A; SAJJADI H; SAJEDI F; ALAVIMAJD H. CORRELATION Between Mother's Depression And Developmental Delay In Infants With Age Between 6 And 18 Months Correlation Between Mother's Depression And Developmental Delay In Infants With Age Between 6 And 18</p>

		Months. Glob J Health Sci. 8(5): 11-18. 2016
Restrição do crescimento fetal		HASEGAWA Y; AOKI S; KURASAWA K; TAKAHASHI T; HIRAHARA F. Associação da Taxa de Crescimento do Diâmetro Biparietal com Neurodesenvolvimento em Lactentes com Restrição de Crescimento Fetal. <i>Journal of Obstetrics & Gynecology</i> ; Ed 4, Vol 54; 371-315, 2015
Baixa estimulação biopsicossocial no lactente	✓ Carência afetiva	MARCONDES, E. Fatores ambientas do crescimento da criança. <i>Rev. Bras. Cresc. Des. Hum. S. Paulo</i> , I(1), 1991
Fatores ambientais	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Moradia/habitação ✓ Renda familiar ✓ Estresse psicológico parental ✓ Comportamento negativo dos pais 	<p>VONAESCH P.; et al. Factors associated with stunting in healthy children aged 5 years and less living in Bangui (RCA). <i>PLos One</i>; 12 (8):e0182363. 2017.</p> <p>VAMEGHI R; AKBARI, S.A.A; SAJJADI H; SAJEDI F; ALAVIMAJD H. CORRELATION Between Mother's Depression And Developmental Delay In Infants With Age Between 6 And 18 Months Correlation Between Mother's Depression And Developmental Delay In Infants With Age Between 6 And 18 Months. Glob J Health Sci. 8(5): 11-18. 2016.</p> <p>GUERREIRO TBF, CAVALCANTE LIC, Costa EF, VALENTE MDR. Psychomotor development screening of children from kindergarten units</p>

		of Belém, Pará, Brazil. J Hum Growth Dev. 26(1): 181-189. Doi: http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.119262 . 2016
Condição da Saúde mental alterada da mãe	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ansiedade ✓ Depressão ✓ Depressão pós-parto ✓ Empregos estressantes ✓ Abuso físico ✓ Abuso sexual ✓ Baixo apoio social 	VAMEGHI R; AKBARI, S.A.A; SAJJADI H; SAJEDI F; ALAVIMAJD H. CORRELATION Between Mother's Depression And Developmental Delay In Infants With Age Between 6 And 18 Months Correlation Between Mother's Depression And Developmental Delay In Infants With Age Between 6 And 18 Months. Glob J Health Sci. 8(5): 11-18. 2016.
Doenças infecciosas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HIV ✓ Diarreia 	VAMEGHI R; AKBARI, S.A.A; SAJJADI H; SAJEDI F; ALAVIMAJD H. CORRELATION Between Mother's Depression And Developmental Delay In Infants With Age Between 6 And 18 Months Correlation Between Mother's Depression And Developmental Delay In Infants With Age Between 6 And 18 Months. Glob J Health Sci. 8(5): 11-18. 2016.

APÊNDICE D-

Identificação dos consequentes do conceito de atraso do desenvolvimento físico no lactente

ATRASO DO DESENVOLVIMENTO FÍSICO NO LACTENTE		
CONSEQUENTE	TERMOS	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA
Atraso neuropsicomotor	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alterações na aquisição de habilidades motoras, cognitivas e psicossociais ✓ Insuficiência do desenvolvimento motor ✓ Prejuízo do funcionamento neuropsicomotor. ✓ Retardo do desenvolvimento neuropsicomotor 	<p>NICOLAU, C.M; COSTA, A.P.B.M; HAZIME, H.O; KREBS, V.L.J.Desempenho motor em recém-nascidos pré-termo de alto risco. Rev.Bra Crescimento e Desenvolvimento humano. 21(2):327- 334. 2011</p> <p>SEVERIANO A.A.O; DANTAS D.S.D; OLIVEIRA, V.L.C; LOPES, J.M. L; SOUZA, D.E.S; MAGALHÃES, A.G.M. Association between breastfeeding, obstetric factors and child development of brazilian northeast children. J Hum Growth Dev; 27(2): 158-165. 2017.</p> <p>ROTHSTEIN JR; BERTRAME TS. Características neuromotoras, pondo-estaturais e biopsicossociais de lactentes. Rev Bras Cresc e Desenv Hum; 21(2): 269-281. 2011.</p>
Atraso na habilidade motora fina e grossa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alterações nas funções motoras. ✓ Hipotonia muscular. ✓ Alterações do tono muscular ✓ Reflexos primitivos ausentes ou diminuídos ✓ Movimentos espontâneos reduzidos 	<p>FREIRE, F; THON, RA; COSTA, LT; DUARTE, E; GORLA, JI. Somatic Growth of Brazilian Children and Adolescents with Down Syndrome Journal of Human Growth and Development, 25(1): 102-107; 2015.</p> <p>JOHANSEN K; PERSSON K; SONNANDER K; MAGNUSSON M; SARKADI</p>

			<p>A; LUCAS S; Clinical Utility Of Structural Oversation Of Motor Performance In Infants In Infantile Health Services. PLos One; 12 (7):e0181398. 2017.</p> <p>FERREIRA, A.P.A; ALBUQUERQUE, R.C; RABELO, A.R.M; FARIAS, F.C; CORREIA, R.C.B; GAGLIARDO, H.G.R.G; LIMA, A.C.V.M.S. Visual behavior and the motor development of Premature newborns in the first month of life. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum; 21(2): 335-343. 2011.</p>
Velocidade do crescimento abaixo do esperado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Velocidade de crescimento abaixo do esperado ✓ Ganho lento de peso e estatura 		<p>AUGUSTO, RA; SOUZA, JMP. Crescimento de crianças em aleitamento materno exclusivo no primeiro semestre de vida. Rev.Bra Crescimento e Desenvolvimento humano. 17 (2):01-11; 2007.</p>
Transtorno Comportamental	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Irritações e choro ✓ Estresse emocional ✓ Dificuldades de socialização ✓ Transtorno do Aspectro Autista ✓ Surdez, dificuldades visuais 		<p>MARCONDES, E. Fatores ambientas do crescimento da criança. Rev. Bras. Cresc. Des. Hum. S. Paulo, I(1), 1991.</p> <p>PIERRAT V.; et al Resultado Do Desenvolvimento Neurológico Aos 2 Anos Para Crianças Prematuras Nascidas De 22 A 34 Semanas De Gestaçao Na França Em 2011: Estudo De Coorte Epipage-2. Journal The BMj. 358-344. 2017</p>
Deficiências sensoriais (tato, paladar, olfato,	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paralisia cerebral ✓ Cegueira ✓ Surdez unilateral 		<p>PIERRAT V.; et al Resultado Do Desenvolvimento Neurológico Aos 2 Anos Para Crianças</p>

audição, visão)	ou bilateral	Prematuras Nascidas De 22 A 34 Semanas De Gestação Na França Em 2011: Estudo De Coorte Epipage-2. Journal The BMj. 358-344. 2017
Dificuldades na linguagem	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificuldade para se comunicar socialmente ✓ Dificuldade nas relações interpessoais ✓ Fobia social 	ZAMBRANA, I.M; VOLLRATH, M.E; JACOBSSON B; YSTROM E. Preterm delivery and risk of early delays in language: a sibling control cohort study. <i>Int.J. Epidemiol.</i> 45(1):151-159.2016
Alterações nas funções cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Transtornos mentais ✓ Transtorno do Espectro Autista ✓ Paralisia Cerebral 	<p>MARCONDES, E. Fatores ambientais do crescimento da criança. Rev. Bras. Cresc. Des. Hum. S. Paulo, I(1), 1991.</p> <p>PIERRAT V.; et al Resultado Do Desenvolvimento Neurológico Aos 2 Anos Para Crianças Prematuras Nascidas De 22 A 34 Semanas De Gestação Na França Em 2011: Estudo De Coorte Epipage-2. Journal The BMj. 358-344. 2017</p>
Insuficiência de crescimento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Microcefalia ✓ Baixa estatura ✓ Baixo peso 	DHAIBANI, M.A.AL; HAWKINS, D.A; EL-HATTAB, W.E. <i>de novo</i> cromossomo 7q36.1q36.2 triplicação em uma criança com atraso no desenvolvimento, insuficiência de crescimento, características faciais distintivas e anomalias congênitas múltiplas: um relato de caso. <i>BMC Medical Genetics.</i> 18 : 118. 2017.

ANEXO 1



UFRGS FACULDADE DE MEDICINA DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA E PEDIATRIA INFANTIL

MED 02207 - PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

FORMULÁRIO PARA A APLICAÇÃO DO TESTE DE DENVER II

Percent of children passing

25	50	75	90
4	TEST ITEM		

My age or height: _____
 Examine on: _____
 (See back of form)

TEST BEHAVIOR
 (Check boxes for 1st, 2nd, or 3rd test)

Typical		1	2	3
Yes				
No				
Compliance (See Note 31)		1	2	3
Always Complies				
Usually Complies				
Rarely Complies				
Interest in Surroundings		1	2	3
Alert				
Somewhat Disinterested				
Seriously Disinterested				
Fearfulness		1	2	3
None				
Mild				
Extreme				
Attention Span		1	2	3
Appropriate				
Somewhat Distractable				
Very Distractable				

Visit Health Care Professionals, Search All About Us

©1960, 1989, 1990 W. K. Frankenburg and J. B. Deeds ©1978 W. K. Frankenburg