



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA**

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

SAMARA PEREIRA SOUZA MARIANO

**ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS ELEMENTOS ESTRUTURAIS DE UM
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: ATRASO DO DESENVOLVIMENTO DO
LACTENTE**

**REDENÇÃO - CEARÁ
2019**

SAMARA PEREIRA SOUZA MARIANO

ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS ELEMENTOS ESTRUTURAIS DE UM DIAGNÓSTICO
DE ENFERMAGEM: ATRASO DO DESENVOLVIMENTO DO LACTENTE

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem (MAENF) da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), como requisito 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 - CEARÁ
2019

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

Mariano, Samara Pereira Souza.

M286a

análise de conteúdo dos elementos estruturais de um diagnóstico de enfermagem: atraso do desenvolvimento do lactente / Samara Pereira Souza Mariano. - Redenção, 2019.
179f: il.

Dissertação - Curso de Mestrado Acadêmico Em Enfermagem, Programa De Pós-graduação Em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2019.

Orientador: Flávia Paula Magalhães Monteiro.

1. Enfermagem - Lactente. 2. Deficiências do desenvolvimento.
3. Crescimento e Desenvolvimento. 4. Lactente. I. Título

CE/UF/BSCL

CDD 610.73

SAMARA PEREIRA SOUZA MARIANO

ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS ELEMENTOS ESTRUTURAIS DE UM DIAGNÓSTICO
DE ENFERMAGEM: ATRASO DO DESENVOLVIMENTO DO LACTENTE

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

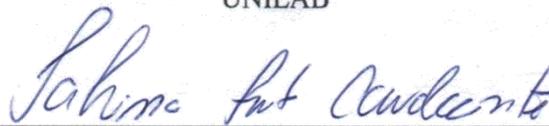
Área: Enfermagem. Linha de Pesquisa: Tecnologia e Cuidados de Saúde no Cenário dos Países Lusófonos.

Aprovada em: 12 / 03 / 2019

BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dra. Flávia Paula Magalhães Monteiro (Orientadora)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira -
UNILAB



Prof^ª. Dra. Tahissa Frota Cavalcante
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira -
UNILAB – Membro efetivo



Prof^ª. Dra. Vanessa Emille Carvalho de Sousa Freire
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira -
UNILAB – Membro efetivo

Ao meu filho, João Vinícius, razão de todo meu esforço e dedicação. Você foi minha maior companhia no Mestrado desde o ventre. Acompanhou-me em uma das aulas no estágio à docência, eu segurando-o no meu colo e amamentando-o, e nesse dia você me fez acreditar que eu podia e que eu ia conseguir realizar meu sonho. Em casa, diante do computador, você estava mamando ou me puxando para brincar. Filho, você tornou meu objeto de estudo mais leve e me fez compreender o desenvolvimento do lactente de maneira agradável, pois você foi minha inspiração.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu pai soberano, pelo dom de desfrutar a vida, pelas oportunidades vivenciadas, por todas as bênçãos e por ter me guiado rumo aos meus objetivos, dando-me forças para prosseguir e alegria para viver.

A minha querida mãe, Marlene, por ser a minha base e o grande amor da minha vida que me acompanhou nesta caminhada, sacrificando-se, entregando-se de corpo e alma, para que eu conseguisse chegar até o fim. Sem minha mãe eu não teria conseguido. Muito obrigada mãe por todo esse amor e por essa avó tão magnífica.

Ao meu pai, Jucelino, por todo amor e conselhos ofertados a mim.

Ao meu esposo, que diante de todas as turbulências vivenciadas, esteve ao meu lado. Obrigada por ser um pai tão maravilhoso e dedicado. Seu cuidado com nosso filho foi essencial para que eu conseguisse concluir minha dissertação.

A minha orientadora, Profa. Flávia Paula, pelo acolhimento, disponibilidade, pelos ensinamentos, direcionamentos, pela paciência, compreensão e pela minha transformação profissional. As orientações não foram somente para a dissertação, mas para a vida. Sou outra pessoa comparada ao modo como entrei e como estou saindo do Mestrado, e devo tudo isso a senhora. O grau de exigência de cada etapa fez-me buscar superar todos os obstáculos. Obrigada por ter acreditado em mim.

As minhas grandes amigas de infância, Priscila e Ionara, por torcerem por mim e por estarem ao meu lado nos momentos mais difíceis. A Priscila todo o meu agradecimento por sua disponibilidade e por ter me instigado a lutar com sabedoria e determinação. A Ionara que me ensinou a ter paciência e esperar que sempre as coisas boas virão. Vocês são as melhores amigas que alguém poderia ter!

A segunda turma do MAENF pelos momentos compartilhados na construção do conhecimento, pelas vivências e pelos momentos de descontração. Obrigada pela atenção e preocupação durante o meu período gestacional e hospitalização.

Aos companheiros do grupo de pesquisa Processo de Cuidar na Saúde da Criança e do Adolescente, em especial, Socorro, Raul, Wesley e Sabrina. Foram momentos de compartilhamento de conhecimentos e angústias, mas com a nossa união, o caminho tornou-se mais leve.

Aos juízes que participaram da análise de conteúdo pelas contribuições e disponibilidade.

Ao corpo docente e funcionários do MAENF, por todas as contribuições no meu crescimento pessoal e profissional no ensino e na pesquisa.

A banca pela disponibilidade e valiosas contribuições.

A todos que de maneira implícita ou explícita me ajudaram nessa caminhada. Muito obrigada!

“Não fui eu que lhe ordenei? Seja forte e corajoso! Não se apavore e nem desanime, pois, o Senhor teu Deus estará com você por onde você andar”.

Josué 1:9

RESUMO

Este estudo teve por objetivo verificar com juízes o conteúdo dos elementos estruturais do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente. Estudo metodológico realizado em duas etapas: análise de conceito e análise de conteúdo por juízes. A análise de conceito ocorreu no período de maio de 2017 a setembro de 2018, seguindo as oito etapas do modelo de Walker e Avant subsidiadas pela Revisão Integrativa da literatura pela proposta de Mendes, Silveira e Galvão. As bases de dados pesquisadas foram SCOPUS, PubMed, LILACS, *Science Direct*, *Web of Science* e o periódico *Journal Human Growth and Development*. Foram utilizados os seguintes descritores: *Growth and Development*, *infant* e *developmental disabilities*; Além destes, foram utilizados as seguintes palavras-chave: *delay*, *psychosocial development*, *maturational development* e *cognitive development*. Em cada base de dados e periódico foi realizado 5 cruzamentos utilizando os operadores AND e OR. Ao final, foram selecionados 123 estudos que permitiu identificar 3 definições, 4 populações em risco, 19 condições associadas, 4 fatores etiológicos e 12 indicadores clínicos com suas definições conceituais e operacionais, totalizando 40 componentes. A análise de conteúdo, aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa, foi realizada no período de novembro de 2018 a janeiro de 2019, com uma amostra de 22 juízes selecionados previamente de acordo com a proposta de Fehring adaptada para este estudo. A análise dos elementos estruturais pelos juízes foi realizada através de três critérios psicométricos (relevância, clareza e precisão) que foram dispostos em uma escala do tipo *Likert* que variou de 1 a 5, onde foi estabelecida a seguinte dicotomia das variáveis: respostas de 1 a 3 - inadequadas, e 4 e 5 - adequadas. A análise de dados foi realizada em fevereiro de 2019 utilizando o teste binomial com ponto de corte de 0,85 e nível de significância de 0,05. Após análise de conteúdo pelos juízes, 36 indicadores foram aprovados e 13 modificados. Assim, a proposta final para a NANDA-I do diagnóstico de enfermagem Atraso do desenvolvimento do lactente, no domínio 13-Crescimento/Desenvolvimento e na classe 2-Desenvolvimento, ficou com a seguinte estrutura aprovada pelos juízes: Seis componentes das populações em risco (fatores genéticos, fatores sociais desfavoráveis, ambiente familiar desfavorável, desfechos perinatais desfavoráveis, desfechos obstétricos desfavoráveis e maus-tratos); Dezoito componentes das condições associadas (Desnutrição, procedimentos invasivos, exposição prolongada a medicamentos, fatores pré-natais e pós-natais, distúrbios neonatais, distúrbios neurológicos, distúrbio genético, distúrbios congênitos, atraso no crescimento, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), Autismo, perda auditiva, má formação, deficiência de vitamina B12, trauma cefálico, distúrbios metabólicos, distúrbios alimentares, e infecções neonatais não-tratadas); Três componentes dos fatores relacionados (Dificuldades na alimentação, alterações no padrão de sono e conhecimento inadequado das pais/cuidadores sobre o Desenvolvimento do lactente); e nove componentes das características definidoras (Atraso cognitivo, atraso na aprendizagem, atraso na resolução de problemas, atraso na linguagem, atraso na linguagem receptiva, atraso na linguagem expressiva, atraso psicossocial, problemas de socialização e comportamento desafiador. Assim, a estrutura diagnóstica aprovada pelos juízes contribuiu com evidências científicas afim de propor um diagnóstico de enfermagem para a taxonomia da NANDA-I, além de direcionar a prática clínica dos enfermeiros no cuidado ao lactente.

Palavras-chave: Deficiências do desenvolvimento. Crescimento e Desenvolvimento. Lactente. Diagnóstico de Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed at verifying with judges the content of structural elements regarding the phenomenon of developmental delay of infant. It is a methodological study performed in two steps: analysis of concept and analysis of content by judges. As for the analysis of concept it was performed in the period from May 2017 to September 2018, following Walker and Avant's eight steps model which were supported Integrative Revision of literature by Mendes, Silveira and Galvão's proposal. The researched database was SCOPUS, PubMed, LILACS, Science Direct, Web of Science and Journal Human Growth and Development. The descriptors applied were: Growth and Development, infant and developmental disabilities; moreover, the following keywords were also used: delay, psychosocial development; maturational development and cognitive development. In each database and journal 5 crossings were applied by means of using AND and OR operators. At the end, 123 studies were selected, which enabled to identify 3 definitions, 4 population at risk, 19 conditions attached, 4 etiological factors, and 12 clinical indicators with their conceptual and operational definitions, amounting to 40 components. The content analysis were approved by the Ethics Committee on Research, and was performed in the period from November 2018 to January 2019 with a panel of 22 judges, which were previously selected in accordance with Fehring's proposal and adapted for this study. The analysis of structural elements performed by the judges underwent three psychometric criteria (relevance, clarity and accuracy) which were displayed in a Likert scale, and it varied from 1 to 5, in which the following dichotomy of variables was established: answers from 1 to 3 – inadequate, and from 4 and 5 – adequate. The database analysis was executed in February of 2019 by using the binomial test with a cutting point of 0,85 and significance level of 0,05. After the aforementioned content analysis done by the judges, 36 indicators were approved, and 13 were modified. As a result, the final proposal for NANDA – I on nursing diagnosis concerning the developmental delay of infant in the field 13-growth/development, and in the class 2-development, was according to the following structure approved by the judges, thus: six components of population at risk (genetic factors, unfavorable social factors, unfavorable familiar environment, unfavorable perinatal outcomes, unfavorable obstetric outcomes and child maltreatment); eighteen components of related conditions (Malnutrition, invasive procedures, prolonged exposure to medications, prenatal and postnatal factors, neonatal disorders, neurological disorders, genetic disorder, congenital disorders, growth retardation, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Autism, loss deficiency of vitamin B12, cephalic trauma, metabolic disorders, eating disorders, and untreated neonatal infections); three components of related factors (eating difficulties, changes in sleep patterns, and inadequate knowledge of parents / caregivers about Infant Development); and nine components of the defining characteristics (cognitive delay, delayed learning, delayed resolution of problems, delayed language, delayed receptive language, delayed expressive language, psychosocial delay, socialization problems and challenging behavior. Therefore, the diagnostic structure approved by the judges subsidized scientific evidence in order to propose a nursing diagnosis for the taxonomy of NANDA-I, besides directing the nurses' clinical practice in the nursing care.

Keywords: Developmental disabilities. Growth and Development. Infant. Nursing Diagnosis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Avaliação do desenvolvimento: orientação para tomada de decisão	21
Figura 2. Mapa conceitual	32
Figura 3. Modelo conceitual sobre determinantes do desenvolvimento infantil	33
Figura 4. Modelo da NANDA-I para um diagnóstico de enfermagem	36
Figura 5. Modelo da estrutura de um diagnóstico com foco no problema da NANDA-I	37
Figura 6. Diagrama das etapas do método de análise de conceito de Walker e Avant (2011).	42
Figura 7. Componentes da revisão integrativa da literatura, descritos por Mendes, Silveira e Galvão (2008)	51
Diagrama 1. Processo de seleção na base de dados SCOPUS	68
Diagrama 2. Processo de seleção na base de dados PUBMED	69
Diagrama 3. Processo de seleção na base de dados JHGD	70
Diagrama 4. Processo de seleção na base de dados SCIENCE DIRECT	71
Diagrama 5. Processo de seleção na base de dados WofS	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Domínios do desenvolvimento humano	29
Quadro 2. Etapas da a da análise de conceito de acordo com a proposta de Walker e Avant (2011)	48
Quadro 3. Descritores com as suas respectivas definições do <i>Medical Subject Headings</i> - MeSH e Descritores em Ciências da Saúde – DeCS	53
Quadro 4. Cruzamentos realizados nas bases de dados e periódicos selecionados	53
Quadro 5. Adaptação do sistema de pontuação de especialidades do modelo de validação de conteúdo de por Fehring (1994)	56
Quadro 6. Quantitativo dos artigos após as duas etapas de avaliação utilizando o primeiro cruzamento: Delay AND psychosocial development AND infant	63
Quadro 7. Quantitativo dos artigos após as duas etapas de avaliação utilizando o segundo cruzamento: Delay AND infant OR maturational development	63
Quadro 8. Quantitativo dos artigos após as duas etapas de avaliação utilizando o terceiro cruzamento: Delay AND growth and development AND infant	64
Quadro 9. Quantitativo dos artigos após as duas etapas de avaliação utilizando o quarto cruzamento: Delay AND cognitive development AND infant	64
Quadro 10. Quantitativo dos artigos após as duas etapas de avaliação utilizando o quinto cruzamento: Developmental disabilities AND infant	65
Quadro 11. Classificação dos níveis de evidência dos estudos segundo recomendação de Melnyk e Fineout-Overholt (2011)	65
Quadro 12. Processo de seleção na base de dados SCOPUS por cruzamento. Redenção/CE, 2017	67
Quadro 13. Processo de seleção na base de dados PUBMED por cruzamento. Redenção/CE, 2017	68
Quadro 14. Processo de seleção na base de dados JHGD por cruzamento. Redenção/CE, 2017	69

Quadro 15. Processo de seleção na base de dados SCIENCE DIRECT por cruzamento por cruzamento. Redenção/CE, 2017.....	70
Quadro 16. Processo de seleção na base de dados WofS por cruzamento. Redenção/CE, 2017	72
Quadro 17. Conceitos de atraso do desenvolvimento infantil extraídos da literatura. Redenção/CE, 2018	77
Quadro 18. Atributos referentes ao fenômeno do atraso do desenvolvimento do lactente. Redenção/CE, 2018.	82
Quadro 19. Identificação dos casos modelo e contrário do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente. Redenção/CE, 2018.....	84
Quadro 20. Apresentação das definições conceituais e operacionais dos antecedentes do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente. Redenção/CE, 2018.....	87
Quadro 21. Apresentação das definições conceituais e operacionais dos consequentes do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente. Redenção/CE, 2018.....	91
Quadro 22. Apresentação das populações em risco do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente. Redenção/CE, 2018.....	101
Quadro 23. Apresentação das condições associadas do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente. Redenção/CE, 2018.....	102
Quadro 24. Definições conceituais do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente. Redenção/CE, 2018	104
Quadro 25. Proposta dos elementos estruturais do DE Atraso do desenvolvimento do lactente	105
Quadro 26. Definição do diagnóstico de enfermagem proposto neste estudo após avaliação pelos juízes. Redenção/CE, 2019	113

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Quantitativo total de referências encontradas em cada cruzamento nas bases de dados e periódicos selecionados na Revisão Integrativa. Redenção/CE, 2017	62
TABELA 2. Quantitativo das referências encontradas em cada cruzamento nas bases de dados e periódicos selecionados na Revisão Integrativa. Redenção/CE, 2017	67
TABELA 3. Distribuição dos artigos conforme ano de publicação, idioma, país onde o estudo foi desenvolvido, área profissional dos autores, nível de evidência e tipo de domínio do desenvolvimento (n=123). Redenção/CE, 2017.....	73
TABELA 4. Apresentação dos antecedentes identificados e a frequência com que se repetiam nos estudos selecionados a partir da revisão integrativa. Redenção/CE, 2018	86
TABELA 5. Apresentação dos consequentes identificados e a frequência com que se repetiam nos estudos selecionados a partir da revisão integrativa. Redenção/CE, 2018	86
TABELA 6. Caracterização dos juízes da etapa de análise de conteúdo. Redenção/CE, 2019	108
TABELA 7. Avaliação da adequação do título para o diagnóstico de enfermagem proposto Atraso do Desenvolvimento do Lactente. Redenção/CE, 2019.	111
TABELA 8. Avaliação da adequação das definições para o diagnóstico de enfermagem proposto Atraso do Desenvolvimento do Lactente. Redenção/CE, 2019.....	111
TABELA 9. Índice de concordância dos juízes quanto a relevância dos indicadores das populações em risco. Redenção/CE, 2019.....	113
TABELA 10. Índice de concordância dos juízes quanto a relevância dos indicadores das condições associadas. Redenção/CE, 2019	115
TABELA 11. Análise de conteúdo dos fatores etiológicos para o diagnóstico de enfermagem Atraso do desenvolvimento do lactente. Redenção/CE, 2019.....	117
TABELA 12. Análise de conteúdo dos indicadores clínicos para o diagnóstico de enfermagem Atraso do desenvolvimento do lactente. Redenção/CE, 2019.....	118

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE® - Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem

CSC - Caderneta de Saúde da Criança

DDC - *Diagnosis Development Comittee*

DE - Diagnóstico de Enfermagem

DI - Desenvolvimento Infantil

ESF – Estratégia de Saúde da Família

NOC - *Nursing Outcomes Classification* (Classificação dos Resultados de Enfermagem)

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

RI – Revisão Integrativa

UNICEF – *United Nations International Children's Emergency Fund* (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	27
2.1	Objetivos gerais.....	27
2.2	Objetivos específicos.....	27
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	28
3.1	O desenvolvimento infantil	28
3.2	A Taxonomia NANDA-I e sua proposta de construção e/ou revisão de Diagnósticos de Enfermagem	33
4	REFERENCIAL METODOLÓGICO	39
4.1	Proposta de Construção de Diagnósticos de Enfermagem segundo NANDA-I.....	39
4.1.1	Análise de Conceito.....	39
4.1.2	Apreciação dos elementos estruturais de um Diagnóstico de Enfermagem por enfermeiros proficientes	44
4.2	Psicometria	45
5	MÉTODO	47
5.1	Tipo de estudo	47
5.2	Análise de Conceito	47
5.2.1	Revisão Integrativa da Literatura	51
5.3	Análise de Conteúdo com juízes.....	54
5.4	Análise de dados.....	60
5.5	Aspectos éticos.....	60
5.6	Financiamento do estudo	61
6	RESULTADOS	62
6.1	Análise de conceito.....	62
6.1.1	Revisão Integrativa da Literatura	62
6.1.2	Categorização dos estudos.....	73

6.1.3 Modelo da análise de conceito segundo Walker e Avant (2011) do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente	77
6.1.3.1 <i>Identificação dos possíveis uso do conceito Atraso do desenvolvimento do lactente ..</i>	77
6.1.3.2 <i>Determinação dos atributos essenciais</i>	81
6.1.3.3 <i>Construção de um caso modelo e de um caso contrário</i>	83
6.1.3.4 <i>Determinação dos antecedentes e dos consequentes do conceito</i>	85
6.1.4 Determinação das populações em risco e condições associadas	100
6.1.5 Identificação da definição do diagnóstico Atraso do Desenvolvimento do lactente	104
6.1.6 Proposta dos elementos estruturais para o Diagnóstico de Enfermagem (DE) Atraso do desenvolvimento do lactente	105
6.2 Análise de conteúdo por juízes	107
6.2.1 Caracterização dos juízes.....	107
6.2.2 Avaliação do título e da definição	110
6.2.3 Avaliação da adequação das populações em risco e condições associadas.....	113
6.2.4 Avaliação da adequação dos fatores etiológicos (fatores relacionados) e indicadores clínicos (características definidoras) quanto as definições operacionais.....	117
6.2.5 Proposta final após análise de conteúdo dos componentes para o DE Atraso do Desenvolvimento do Lactente	121
7 DISCUSSÃO	126
8 CONCLUSÃO.....	132
REFERÊNCIAS.....	134
APÊNDICES	142

1 INTRODUÇÃO

A motivação para a realização deste estudo emergiu durante minha prática clínica como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família pelo qual foi observada tamanha dificuldade para avaliar o Desenvolvimento Infantil (DI), e principalmente, a conduta a ser tomada diante de crianças que apresentam atrasos no desenvolvimento, por ser um fenômeno considerado complexo devido ao fato de abranger diferentes domínios, assim, como a ausência de um diagnóstico de enfermagem voltado para o atraso do DI e de um sistema de monitoramento para averiguar o acompanhamento e evolução das crianças, principalmente no que se refere aos lactentes, fase em que a frequência das consultas de puericultura são maiores com intervalos mensais.

O conceito de desenvolvimento humano tem origem heterogênea, podendo ser entendido de diversas formas ao qual irá depender do referencial teórico adotado. As definições para psicólogos, psiquiatras e pediatras podem ser diferentes, mas não quer dizer que um conceito está sobre o outro, apenas confirma que o desenvolvimento vai além de uma determinação biológica necessitando de uma abordagem multiconceitual e multidisciplinar (BRASIL, 2002).

Segundo Bee e Boyd (2011) a ciência do desenvolvimento estuda as mudanças relacionadas à idade, ao comportamento, ao pensamento, as emoções e nos relacionamentos sociais.

O DI é parte fundamental do desenvolvimento humano, considerando que é nos primeiros anos de vida que é moldada a arquitetura cerebral (PAUS, 2013). O DI é uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, sendo este compreendido como o aumento físico do corpo podendo ser medido em gramas e em centímetros, a maturação que é a organização das estruturas morfológicas, a aprendizagem, os aspectos psíquicos e emocionais (BRASIL, 2002).

Assim, na avaliação do DI, é importante considerar as variáveis internas (maturação, períodos críticos e sensíveis, tendências inatas, variações genéticas individuais e modelos internos de experiência) e as variáveis externas (comportamentos dos pais e características do ambiente físico), destacando que esses fatores não atuam de maneira independente, pelo contrário, interagem de maneira complexa. Deste modo, o mesmo ambiente pode ter efeitos diferentes sobre crianças que nascem com diferentes características, influenciadas pelas vulnerabilidades, como por exemplo uma alergia, e com fatores protetores, como por exemplo,

a inteligência alta. Um dos modelos utilizados é o *Horowitz* pois é considerado o mais geral ao descrever a interação entre a criança e o ambiente (BEE; BOYD, 2011).

Outro ponto importante a ser considerado pelos profissionais são os tipos de mudanças relacionadas à idade citados pelos autores anteriormente, que são: as mudanças normativas do período etário as quais são comuns a todo indivíduo de uma espécie e estão ligadas a idades específicas; as mudanças normativas do período histórico onde a experiência de vida são as forças históricas que afetam cada geração de forma um pouco diferente; e, por fim, as mudanças não normativas ou diferenças individuais, o qual resultam de eventos únicos, não compartilhados (BEE; BOYD, 2011).

Diante disso, para que esse processo seja positivo é necessário que os bebês durante a fase de lactância recebam uma quantidade maior de estímulos, considerando que nessa fase o bebê possui maior plasticidade cerebral, sendo este termo definido como a capacidade do cérebro em mudar uma resposta relacionada à determinada experiência, e nesse sentido, é necessário que o ambiente onde a criança cresce e se desenvolve seja ordenado e estável, permitindo maximizar a rápida plasticidade cerebral. Caso ocorra alterações no ambiente nos primeiros meses, como por exemplo, ambiente familiar hostil, dieta deficiente, falta de estímulos externos, dentre outros, pode ocorrer o comprometimento do desenvolvimento nos diferentes domínios como no cognitivo, motor e psicossocial (KYLE, 2011; BEE; BOYD, 2011).

O DI pode ser afetado negativamente por fatores de natureza biológica, psicológica e social podendo ser identificado no próprio indivíduo, no ambiente ou de forma combinada. Ao mesmo tempo podem ser acionados mecanismos de proteção que podem amenizar o impacto destes fatores no desenvolvimento (SIGOLO; AIELLO, 2010).

Os fatores de risco para problemas de desenvolvimento podem ser classificados em genéticos (por exemplo: síndrome de Down), biológicos (por exemplo: prematuridade, hipóxia neonatal, meningites) e/ou ambientais (fatores familiares, de ambiente físico, fatores sociais) (OPAS, 2005; MIRANDA; RESEGUE; FIGUIEIRAS, 2003). No entanto, a maior parte dos traços de desenvolvimento da criança é de origem multifatorial e representa a interação entre a herança genética e os fatores ambientais (NEWCOMBE, 1999; BARROS, 2003; HALPERN; FIGUIEIRAS, 2004). A manifestação de dificuldades no desenvolvimento é muito variável e pode ser de ordem mental, física, auditiva, visual ou relacional (MIRANDA; RESEGUE; FIGUIEIRAS, 2003).

Assim, torna-se necessário acompanhar e conhecer as peculiaridades do desenvolvimento da criança menor de 2 anos para a promoção do desenvolvimento infantil, e também investir na primeira infância, com o intuito de prevenir inúmeros prejuízos. É no cuidado diário que são construídos os espaços para a promoção da saúde do DI, favorecendo assim, o desenvolvimento integral (CHIESA; VERÍSSIMO; FACOLI, 2009; BRASIL, 2016).

No Brasil, são encontrados poucos estudos (HALPERN *et al.*, 2004; HALPERN *et al.*, 2008; PILZ; SCHERMANN, 2007; MORAES *et al.*, 2010; BRITO *et al.*, 2011; SILVA; ENGSTRON; MIRANDA, 2015) sobre a prevalência e fatores associados a problemas no DI. Estes estudos contribuem na elaboração de planos de cuidados direcionados para o problema. Da mesma forma, não existe um sistema de monitoramento que possa verificar como as crianças estão se desenvolvendo no âmbito físico, cognitivo, nas relações sociais, emocionais e de comunicação, e que possam identificar e mensurar a quantidade de crianças que possuem algum diagnóstico relacionado ao atraso no DI (BRASIL, 2016).

O tratamento de uma criança com distúrbio do desenvolvimento poderá ser individualizado ou ser feito em grupo e depende muito de sua complexidade. O adequado manejo poderá variar, podendo ser feito mediante orientações aos pais sobre a importância da relação entre o desenvolvimento da criança e a maneira como eles lidam com isso. De igual forma, pode ocorrer por intermédio da interação dos pais com a criança nos casos de falta de estímulo. Também pode haver a necessidade de exames complementares e tratamento imediato de doenças associadas, como por exemplo, o hipotireoidismo congênito. O tratamento funcional deve ser instituído a todos os casos independentemente da etiologia. Inúmeras experiências demonstram que a estimulação nos primeiros anos de vida, para crianças com atraso do desenvolvimento já estabelecido ou naquelas com risco de atraso, melhora seu desempenho, devendo, portanto, seu início ser incentivado o mais precocemente possível (OPAS, 2005; MIRANDA; RESEGUE; FIGUIEIRAS, 2003; HALPERN *et al.*, 2000).

No tocante as políticas públicas voltadas para o DI, muitas ações já têm sido implantadas, porém cabe salientar que as publicações voltadas para a avaliação do DI iniciaram-se na década de 80, e veio ter maior ênfase após a década de 90. O último marco político voltado para a saúde da criança aconteceu em 2015 com a instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), através da Portaria nº 1.130, o qual deixou de ser programa para ser política, sendo seu objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior

vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015).

A PNAISC estrutura-se em sete eixos estratégicos, pelo qual o terceiro eixo está voltado para a promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral, consistindo na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do "Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)", pela atenção básica à saúde, conforme as orientações da Caderneta de Saúde da Criança (CSC), incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares (BRASIL, 2015).

Dentre as ações estratégicas, que são responsabilidades dos profissionais estão a disponibilização da CSC, com atualização periódica de seu conteúdo e a qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância pela Atenção Básica à Saúde. A CSC deve ser preenchida nas consultas de puericultura recomendadas pelo Ministério da Saúde: sete consultas de puericultura nos primeiros 12 meses, duas no segundo ano e, a partir dessa idade, uma por ano (BRASIL, 2005).

No contexto da lusofonia, o Brasil destaca-se na implementação das políticas voltadas para melhorar a saúde das crianças, pelo qual em 2004 foram lançadas estratégias para redução da mortalidade infantil, incluindo a vigilância do DI como uma ação, porém a prática ainda encontra-se aquém do esperado, pois observa-se pouca qualificação dos enfermeiros em realizar as consultas e detecção de problemas para o seguimento (REICHERT *et al.*, 2015), além disso, dentre os instrumentos utilizados pelo enfermeiro para prestar assistência de enfermagem destaca-se a Taxonomia NANDA-*International* (NANDA-I), que é uma classificação internacional dos diagnósticos de enfermagem amplamente aceita, onde é observada grande dificuldade dos enfermeiros em utilizá-la, o que se supõe que nestes países não seja diferente.

No que concerne a Mortalidade Infantil, Angola encontra-se em 1º lugar, e dentre os países lusófonos, Brasil, Cabo Verde e Portugal apresentaram melhoria nos índices nos últimos anos. Ainda sobre esses países, as estratégias lançadas são voltadas principalmente para o acompanhamento do crescimento (peso/estatura) e infecções prevalentes na infância, pelo fato do índice de desnutrição infantil ser um grande problema de saúde pública, necessitando assim, de novas percepções sobre o DI (UNICEF, 2016).

Em países de baixa renda, e aqui podemos ter como exemplo alguns países lusófonos, estimativas apontam como intervenções para a promoção do desenvolvimento na primeira infância, a utilização de mídias educacionais voltadas à melhoria da saúde das crianças,

intervenções com crianças de alto risco e programas de transferência de renda. Investimentos eficazes de desenvolvimento na primeira infância podem reduzir as desigualdades perpetuadas pela pobreza, má nutrição e acesso à educação (ENGLE *et al.*, 2011).

No Brasil, a identificação precoce dos fatores potenciais e reais no atraso do desenvolvimento pode estar sendo contemplada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) na consulta de puericultura. Esta estratégia é uma iniciativa do Governo Federal nos municípios e é formada por equipes multiprofissionais que são responsáveis pelo acompanhamento de um determinado número de famílias de uma área geográfica delimitada. A função dessas equipes é realizar ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2010).

A consulta de puericultura efetiva-se pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação de seu crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene individual e ambiental e, também, pela identificação precoce dos agravos, com vista à intervenção efetiva e apropriada. Para isto, pressupõe a atuação de toda equipe de atenção à criança, de forma intercalada ou conjunta, possibilitando a ampliação na oferta dessa atenção, pela consulta de enfermagem, consulta médica e grupos educativos (CEARÁ, 2002).

O acompanhamento do DI na ESF realizado durante as consultas de puericultura, atualmente, utiliza um instrumento de vigilância do desenvolvimento de crianças de 0 a 3 anos, adaptado pela tabela contida no Manual de Crescimento e Desenvolvimento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). São mensurados os seguintes indicadores: maturativo, psicomotor, social e psíquico. A avaliação é realizada através da observação dos profissionais, e pais/cuidadores acerca da presença ou ausência dos marcos do desenvolvimento que são anotadas na CSC, o qual também possui informações que auxiliam os pais na tomada de decisão quando for identificada alguma alteração no desenvolvimento de seus filhos (BRASIL, 2012). O desenvolvimento deve ser realizado durante toda a consulta, e não como uma parte separada ou um momento destinado para sua avaliação. Assim, o profissional deve conhecer os aspectos mais relevantes do desenvolvimento e estar preparado para fazer intervenções, se necessário, e identificar as crianças que precisam ser referidas para tratamento especializado (OLIVEIRA; CADETE, 2007).

A ficha de acompanhamento do desenvolvimento deve compor o prontuário da criança e ser utilizada em todas as consultas, a fim de detectar qualquer alteração no desenvolvimento normal, para que se possa oferecer orientações de estimulação à mãe e/ou aos familiares e, em

casos mais graves, fazer o encaminhamento para diagnóstico e a intervenção o mais precocemente possível (OLIVEIRA; CADETE, 2007), conforme destacado na figura 3..

Observa-se falhas no preenchimento da CSC e no que concerne as anotações relacionadas ao DI, os profissionais muitas vezes anotam apenas a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor (AMORIM *et al.*, 2018). Isso denota fraca adesão dos profissionais às ações básicas de saúde, de comprovada eficácia, e o não reconhecimento da utilidade do instrumento para o acompanhamento da criança na prática clínica (ANDRADE REZENDE; MADEIRA, 2014), e também pode denotar distanciamento dos profissionais com o DI no que concerne à identificação, aos métodos de avaliação, ao diagnóstico e o seguimento das crianças.

Na CSC é trago um quadro sobre a avaliação do desenvolvimento pontuando os achados, a impressão diagnóstica e as condutas, descritos a seguir, e ainda assim, observa-se dificuldades no seguimento das crianças com risco ou atraso do desenvolvimento. Observa-se ainda que com relação a impressão diagnóstica *Provável atraso do desenvolvimento* a conduta é referir para a avaliação neuropsicomotora, o que torna a conduta muito vaga, carecendo de mais informações relacionadas aos demais domínios (cognitivo, psicossocial, dentre outros), ou que a própria CSC induz os profissionais apenas realizar e anotar os dados da avaliação neuropsicomotora.

Figura 1. Avaliação do desenvolvimento: orientação para tomada de decisão

Dados de avaliação	Impressão diagnóstica	Conduta
Perímetro cefálico < -2 escores Z ou > +2 escores Z. Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas ou ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior.	Provável atraso no desenvolvimento.	Referir para avaliação neuropsicomotora.
Ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento para a sua faixa etária.	Alerta para o desenvolvimento.	Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança. Marcar consulta de retorno em 30 dias.
Todos os marcos para o desenvolvimento estão presentes, mas existem um ou mais fatores de risco.	Desenvolvimento normal com fatores de risco.	Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta.
Todos os marcos para a faixa etária estão presentes.	Desenvolvimento normal.	Elogiar a mãe/cuidador. Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança. Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta.*

*Na presença de sinais de alerta, a criança deve ser avaliada em 30 dias.

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2011).

A consulta de enfermagem, legalizada pela lei nº 7498/86, à criança tem como objetivo prestar assistência sistematizada de enfermagem, de forma global e individualizada, identificando problemas de saúde-doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação de sua saúde. Sua realização envolve uma sequência sistematizada de ações: histórico de enfermagem e exame físico, diagnóstico de enfermagem, plano terapêutico ou prescrição de enfermagem, e avaliação da consulta (PULGA *et al*, 2005; RIBEIRO; OHARA; SAPAROLLI, 2009). Segundo os mesmos autores, a realização da consulta permite ao enfermeiro visualizar o usuário em seu contexto social, acolhendo-o de forma a estabelecer um vínculo de corresponsabilidade entre ambos, para torná-la resolutiva, contribuindo para a transformação gradativa da realidade sanitária na qual está inserido, fomentando sua valorização profissional.

Assim, a consulta de enfermagem é uma estratégia de atendimento direcionada ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança por meio de consultas conforme o calendário do Ministério da Saúde, possibilitando a diminuição da morbimortalidade em menores de 6 anos de idade, agravos e doenças (OLIVEIRA; CADETE, 2007).

O enfermeiro necessita inserir-se no mundo da criança e ser capaz de visualizar os problemas de saúde e da família dela, a fim de lhe propor uma educação e um cuidar autênticos. Há que se ter em mente, na execução da consulta de enfermagem, reflexões emanadas de Boff e de Heidegger: o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim (BOFF, 1999; HEIDEGGER, 1989). É uma atividade fundamental de um modo de ser, mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro, com desvelo e solicitude (OLIVEIRA; CADETE, 2007).

Diante disso, é necessário que os enfermeiros sejam qualificados para a realização da vigilância do DI como uma prioridade, realizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) durante as consultas de enfermagem dentro da consulta de puericultura, que é seu instrumento de trabalho, visto que, muitas crianças frequentam as unidades de saúde na ESF e encontram-se em risco ou já apresentam atraso do desenvolvimento.

O DI é avaliado, muitas vezes, de forma limitada pelos enfermeiros, pelo fato de não ser compreendido seu conceito e os principais métodos de avaliação, assim como, o objetivo da consulta de puericultura ser voltada apenas para o acompanhamento das queixas, peso e altura, e atualização do calendário vacinal. O desenvolvimento é um fenômeno complexo sendo confundido pelos profissionais na avaliação com o fenômeno do crescimento, porém, não

podemos considerá-los de maneira separadas, pois são inter-relacionados, apesar de haver necessidade de separá-los didaticamente para a avaliação (KYLE, 2011; MONTEIRO, 2013).

Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança é indispensável, pois dá subsídios para o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e, por conseguinte, para o planejamento dos cuidados. Tais fatos contribuem diretamente para melhorar a qualidade da assistência prestada, sistematizar a assistência e implementar as etapas do processo de enfermagem, o que agrega valor à qualidade de vida dessas crianças. A utilização do processo de enfermagem na prática profissional favorece o estabelecimento do vínculo entre o enfermeiro, a criança e a mãe e propicia a identificação de enunciados de diagnósticos que, juntos com a implementação da assistência, culminam com a qualificação do trabalho profissional (DANTAS *et al.*, 2016).

A utilização de taxonomias na segunda etapa do processo de enfermagem padroniza a linguagem clínica, além disso, a estruturação direcionará as necessidades do cuidado, esclarecendo ao enfermeiro suas atribuições frente à criança, facilitando a compreensão entre os enfermeiros e outros profissionais de saúde, possibilitando a documentação de informações de enfermagem, auxiliando o cuidado à criança e oferecendo maior visibilidade ao conhecimento profissional (LUCIANO *et al.*, 2014).

A falta de embasamento teórico dificulta a avaliação do DI na consulta de enfermagem, acarretando em condutas erradas, e principalmente dificuldades na identificação de possíveis atrasos. Nesta consulta, destaca-se a fase intitulada diagnóstico de enfermagem como uma ferramenta necessária para a prática clínica, além de subsidiar o estabelecimento das intervenções e a avaliação propriamente dita (GRANT; KINNEY, 1992).

Nesse sentido, quando se trata do uso da taxonomia da NANDA-I tem se observado algumas discrepâncias relacionadas pela dificuldade de aplicação no nível primário de atenção à saúde, pelo fato dos enfermeiros terem dificuldades na realização da inferência diagnóstica, assim como, a falta de elementos acurados que possam direcionar essa etapa do processo de enfermagem relacionados ao fenômeno atraso do desenvolvimento, e as etapas subsequentes, principalmente no que tange as intervenções.

Dentro da classificação da NANDA-I na edição 2012-2014, o fenômeno está apresentado no domínio 13 – Crescimento/desenvolvimento, divididos em classes distintas, sendo Classe 1: Crescimento e Classe 2: Desenvolvimento. Porém, no que tange ao diagnóstico “*Atraso no crescimento e desenvolvimento*”, publicado pela primeira vez em 1986, sendo

definido como desvios em relações aos padrões do grupo etário, o mesmo aparece nas duas classes com dois focos diagnósticos, o que levanta dúvidas para a avaliação. O diagnóstico referido foi retirado da Taxonomia NANDA-I na edição 2015-2017, devido à falta de revisão do diagnóstico desde a publicação e escassez de estudos que abordem os focos diagnósticos em dois conceitos separados, para esclarecimento para os profissionais de enfermagem, sendo uma sugestão a ser realizada pelos pesquisadores, apesar de Hockenberry, Wilson e Inkelstein (2006) mencionar que o crescimento faça parte do DI.

Todavia, o crescimento e o desenvolvimento configuram um processo global, dinâmico e contínuo, sendo que a decisão de separar os fenômenos é meramente didática, deve-se, principalmente, ao fato que ambos possuem metodologias de avaliação diferenciadas e específicas (BRASIL, 2002).

Na 11ª edição da NANDA- I 2018-2020, apenas um único diagnóstico foi mencionado na Classe 2: “*Risco de desenvolvimento atrasado*”, sendo que se esse diagnóstico não for revisado poderá sair das próximas edições, o que poderá acarretar na extinção do domínio 13. Percebe-se assim, que ao longo dos anos os diagnósticos de enfermagem relacionados a este domínio vem diminuindo, e que na classe 1 relacionada ao Crescimento inexistem diagnósticos de enfermagem atualmente.

Na 10ª edição da NANDA-I 2015-2017, apenas dois diagnósticos de enfermagem no domínio 13 foram mencionados, ambos publicados no ano de 1998 e revisados no ano de 2013, sendo eles: “*Risco de crescimento desproporcional*” e “*Risco de desenvolvimento atrasado*”, pelo qual este último passou por mudanças no título, sendo anteriormente “*Risco de atraso no desenvolvimento*”. Observa-se que foram apresentados apenas os diagnósticos de risco, sendo necessária a construção de diagnósticos nas categorias *foco no problema* e de *promoção da saúde*, já que o fenômeno do atraso do desenvolvimento é um problema real que pode acometer as crianças nos primeiros anos de vida.

Outro ponto a ser observado está relacionado ao termo “*apropriadas à idade*” e “*grupo etário*” que foi mencionado na edição da NANDA-I 2012-2014, sendo de tamanha importância a especificação do eixo 2 que é o sujeito diagnóstico e do eixo 5 que é a idade no que se refere ao domínio Crescimento/Desenvolvimento, pelo qual os termos ora apresentados são incoerentes quando comparamos o desenvolvimento do feto, do neonato, do lactente, da criança, do adolescente, do adulto e do idoso, pois todos possuem processos de desenvolvimento característicos da sua faixa etária com processos fisiológicos e domínios cognitivo, motor, psicossocial, dentre outros, diferentes.

Porém, há divergências na literatura quanto ao conceito do lactente. Herdman (2015), define como sendo a criança >28 dias e <1 ano. Hockenberry e Wilson (2011) define como sendo a criança de 1 mês até 12 meses. O Ministério da Saúde (MS) define como sendo a criança de 29 dias até dois anos (BRASIL, 2002). Ao analisarmos o termo como um descritor nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical SubjectHeadings*-MeSH, a definição colocada é a criança com idade entre 1 e 23 meses de vida. Neste estudo, adotaremos a faixa etária no intervalo > 28 dias até dois anos, quando referir ao lactente.

Os diagnósticos apresentados pela NANDA-I no domínio do crescimento e desenvolvimento não estão voltados para determinado grupo e idade específicos (HERDMAN, 2012), sendo que os dois fenômenos são apresentados fatores relacionados e características definidoras inespecíficos às diferentes faixas etárias (SANTOS, 2018). O estudo realizado por Souza e Veríssimo (2015) objetivando realizar a análise de conceito do termo DI gerou uma definição para as classificações de enfermagem na atenção integral à criança, porém, não mencionou a faixa etária ou a fase de desenvolvimento da criança ao qual se destinou tal conceito. O estudo de Monteiro (2013) foi voltado apenas para a população do lactente, conceituou os termos Crescimento e Desenvolvimento separadamente, porém, voltou-se para a construção de diagnóstico de promoção da saúde.

Considerar o lactente no presente estudo vem do pressuposto que o acompanhamento do DI nos dois primeiros anos de vida é imprescindível, considerando o fato que o sistema nervoso possui mais plasticidade e está mais vulnerável aos agravos, sendo que é a etapa que a criança possui uma maior resposta às terapias. A neurociência afirma que é nos primeiros anos de vida que o cérebro se desenvolve mais rapidamente, sendo mais sensível aos cuidados e estímulos. Dessa forma, é de fundamental importância a vigilância do DI pelos profissionais nesse período (FIGUEIRAS *et al*, 2005; BRASIL, 2016).

Para melhor compreensão e clarificação do diagnóstico de enfermagem é necessário previamente a realização da análise de conceito através da busca na literatura pelo método de Revisão Integrativa para a construção do conhecimento (HERDMAN, 2012; WALKER; AVANT, 2011). É necessário o esclarecimento do conceito relacionado ao fenômeno *Atraso do desenvolvimento do lactente*, assim como dos atributos essenciais, consequentes e antecedentes, para assim, melhorar sua aplicabilidade clínica no âmbito da enfermagem, assim como melhorar as condutas diante dos resultados esperados e intervenções.

A consulta de puericultura realizada pela enfermagem necessita de novos olhares e de novos elementos mais acurados para realizar a inferência diagnóstica, possibilitando assim a

detecção precoce de atrasos no desenvolvimento, assim como a intervenção precoce e o encaminhamento direcionado para os casos que realmente necessitam de acompanhamento especializado.

Ante ao exposto, evidencia-se a necessidade de respostas para os seguintes inquéritos:

- Quais os atributos do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente?
- Qual o conceito do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente?
- Quais os antecedentes e os consequentes do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente?
- Quais as populações em risco e as condições associadas ao fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente?
- Quais as definições conceituais e operacionais relacionadas aos elementos essenciais (fatores relacionados e características definidoras) que compõem o fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente?

Diante do exposto, evidencia-se a relevância de propor uma nova estrutura diagnóstica voltada para o fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente, delimitando os conceitos, os referenciais empíricos, antecedentes e consequentes, com o intuito de proporcionar elementos mais acurados para a prática clínica do enfermeiro melhorando a aplicação da SAE, tornando o processo de trabalho do enfermeiro baseado em evidências, assim como, complementar através das evidências científicas a Taxonomia da NANDA-I.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Construir os elementos estruturais de um diagnóstico de enfermagem voltados para o fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar na literatura os termos referentes aos atributos, as populações em risco, as condições associadas, os antecedentes e os consequentes do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente;
- Verificar com juízes o conteúdo dos elementos estruturais do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O desenvolvimento infantil

Os primeiros estudos relacionados ao DI foram traçados por John B. Watson (1878-1958) e Benjamin Spock (1903-1990). As ideias dos dois autores eram opostas, enquanto aquele acreditava que a criação das crianças deveria seguir um condicionamento rígido para garantir a resistência emocional, como por exemplo, “dê-lhes um tapinha na cabeça se eles saírem extraordinariamente bem em uma tarefa difícil”, este alertava aos pais contra a imposição de exigências excessivas aos filhos. Atualmente, os evolucionistas consideram as ideias de Watson abusivas e as de Spock um pouco indulgentes, porém, os mesmos contribuíram no desejo de entender os processos subjacentes do desenvolvimento humano na forma de procurar ajudar os pais, professores, terapeutas e outros profissionais que trabalham com crianças a fazerem efetivamente (BEE; BOYD, 2011).

Há duas questões fundamentais no estudo do desenvolvimento da criança que não podem ser deixadas a considerar e que moldam o estudo científico do assunto. A primeira está relacionada ao debate entre filósofos e cientistas sobre as tendências inatas e os fatores ambientais, ou seja, criação *versus* natureza, que influenciam o DI. A segunda está relacionada as opiniões divergentes que questionam se as mudanças no DI ocorrem em estágios, sendo a questão da continuidade-descontinuidade (BEE; BOYD, 2011).

Dessa forma, ao longo dos anos, desenvolvimentalistas tentaram explicar e defender suas concepções sobre o DI. Para os empiristas, defensores da criação, tendo John Locke e Watson como defensores, o desenvolvimento sofre influências apenas de fatores externos. Importante destacar que Watson defendia suas concepções através do Behaviorismo, apontando que as mudanças no comportamento recebem influências ambientais. Para os nativistas, idealistas ou racionalistas, defensores da natureza, tendo Platão, René Descartes e G. Stanley Hall como defensores, o desenvolvimento sofre influências apenas de fatores internos (BEE; BOYD, 2011).

Em oposição as duas correntes apresentadas aqui, alguns filósofos, como Jean-Jacques Rousseau, acreditavam que o desenvolvimento envolve uma interação de influências internas e externas. Os psicólogos do desenvolvimento modernos concordam com essa vertente e mencionam que o desenvolvimento é um produto de interação entre a natureza e criação (RUTTER, 2002; BEE; BOYD, 2011).

A partir das concepções apresentadas até aqui sobre o desenvolvimento humano, teóricos explicam este considerando a questão ativa ou passiva, a questão da natureza ou criação e a questão dos estágios serem considerados ou não. As teorias que explicam o desenvolvimento humano são (BEE; BOYD, 2011; BERGER, 2011; PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006):

- As Teorias Psicanalíticas possuem como principais teóricos Sigmund Freud e Erik Erikson. Aquela em sua Teoria Psicosssexual coloca que a personalidade desenvolve em cinco estágios e que em cada estágio há uma necessidade física em uma parte do corpo. Este, também na sua Teoria Psicosssexual, menciona que a personalidade se desenvolve através de oito crises existenciais, resolvendo-se de maneira positiva ou negativa;
- As Teorias cognitivas estudam os processos de pensamento e os comportamentos que resultam em cada processo. São apresentadas por três teorias: A Teoria cognitivo-desenvolvimental de Piaget, o qual menciona que o raciocínio é desenvolvido em estágios, e que em cada etapa a criança apresenta uma resposta diferente; A Teoria sociocultural de Vygotsky, que destaca a interação social como uma maneira de desenvolver o pensamento e a solução de problemas; e, por último, a Teoria do processamento de informação, o qual defende que o cognitivo humano e seus processos como codificação, armazenamento e recuperação se alteram com a idade;
- As Teorias de aprendizagem mencionam que as experiências vivenciadas e a adaptação ao ambiente podem provocar mudanças no comportamento. São subdivididas em três teorias: Condicionamento clássico, condicionamento operante e Teoria sociocognitiva de Bandura;
- A Teoria bioecológica do desenvolvimento humano de autoria de Urie Bronfenbrenner menciona que o desenvolvimento humano depende do modo como o ser interage com o meio durante todo o percurso de sua vida.

Por questões didáticas de compreensão pelo fato de ser um fenômeno considerado complexo, alguns autores dividem o desenvolvimento humano em domínios. Ressalta-se que o desenvolvimento ocorre de modo integral (BERGER, 2011). O quadro a seguir mostra uma síntese dos principais domínios e autores correlacionados.

Quadro 1. Domínios do desenvolvimento humano.

AUTOR	DOMÍNIOS
-------	----------

Papalia, Olds e Feldman (2006)	Desenvolvimento físico Desenvolvimento cognitivo Desenvolvimento psicossocial
Hockenberry, Wilson e Inkelstein (2006)	Caráter social/personalidade Psicossocial Capacidade mental (Cognitivo, linguagem moral e espiritual) Autoconceito
Silva <i>et al</i> (2008)	Desenvolvimento sensorial Desenvolvimento motor Desenvolvimento da linguagem Desenvolvimento cognitivo Desenvolvimento psicossocial
Berger (2011)	Biossocial Cognitivo Psicossocial

O DI é um processo que se inicia desde a vida intrauterina e envolve os vários domínios já mencionados, como o crescimento físico, a maturação neurológica e a construção de habilidades relacionadas ao comportamento, as habilidades cognitivas, social e afetiva da criança. Assim, espera-se como resultado, uma criança competente capaz de responder às suas próprias necessidades e às do seu meio (MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003).

O Unicef (2014) apresenta uma “árvore de problemas” representada na figura 2, que estão relacionados com o bem-estar das crianças destinada para a compreensão holística dos fatores que podem afetá-lo. A árvore comporta três níveis que dizem respeito aos resultados (direitos ou bem-estar) e os determinantes intermediários fundamentais.

O topo da árvore refere-se à realização dos direitos ou do bem-estar das crianças, no qual se combinam dois tipos de direitos: em primeiro lugar, os que dizem respeito a ‘resultados finais’ ou impactos (por exemplo, mortalidade infantil, estado de saúde e de nutrição, desenvolvimento cognitivo, aprendizagem e ausência de violência e maus-tratos); e em segundo lugar, os que têm a ver com o acesso a (ou utilização de) serviços básicos, como os serviços sanitários preventivos e curativos, o sistema de ensino, as fontes melhoradas de abastecimento

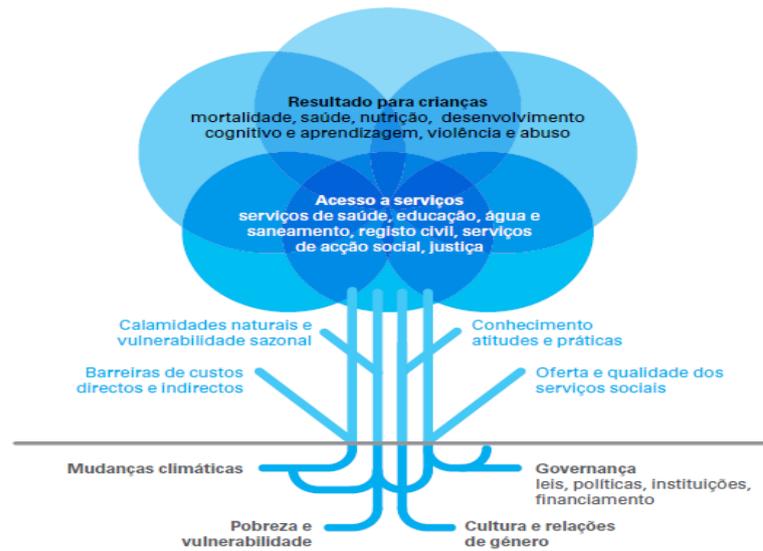
de água potável e de infraestruturas de saneamento adequadas, o registo de nascimentos, os serviços de assistência social e o sistema judicial (UNICEF, 2014).

Na base da árvore situa-se uma série de parâmetros fundamentais para o progresso a um ‘nível social profundo’. Estes afetam indiretamente e por canais múltiplos os resultados (e o acesso aos serviços) para as crianças através de vários níveis intermédios. Estes parâmetros fundamentais são reunidos em quatro grupos: pobreza e vulnerabilidade, ambiente (incluindo mudanças climáticas), cultura e relações de género e governação. Estes quatro grupos não são, na verdade, absolutamente separados, visto que há sinergias entre eles e, no seu conjunto, constituem causa e efeito do nível de desenvolvimento económico e social de um país (UNICEF, 2014).

O meio da árvore é constituído por uma massa de graus intermédios, que ligam os parâmetros fundamentais ao acesso aos serviços e aos resultados finais para as crianças. Nesta zona da árvore, as grandes ramificações estruturais incluem, primeiro, a disponibilidade de serviços básicos, abrangendo as infraestruturas, os recursos humanos, as cadeias de abastecimento e outros fatores que determinam a oferta e a qualidade desses serviços. Num segundo e importante ramo estão os custos diretos e indiretos que os agregados familiares enfrentam ao tentar melhorar o seu consumo e acesso a serviços sociais, ou a sua procura por estes serviços. Estes custos não são só diretos, no sentido do preço dos produtos ou das taxas pela utilização dos serviços, mas também indiretos, como no caso dos custos dos transportes, quando os serviços ficam distantes, ou os custos de oportunidade, como a perda de tempo e de rendimento envolvidos no processo de aceder aos serviços.

Em terceiro lugar, algumas intervenções importantes para o bem-estar das crianças são afetadas não apenas pela oferta de serviços e por fatores económicos (pobreza e custos para o agregado familiar), mas também pelos conhecimentos, atitudes e práticas, que às vezes espelham características socioculturais mais profundas, assim como os níveis de escolaridade e de acesso à informação. Finalmente, as mudanças climáticas e a degradação ambiental estão a levar a uma maior incidência e gravidade das calamidades naturais, assim como a efeitos mais subtis, mas mais generalizados, de insegurança alimentar sazonal na população rural que vive de uma agricultura de sequeiro (UNICEF, 2014).

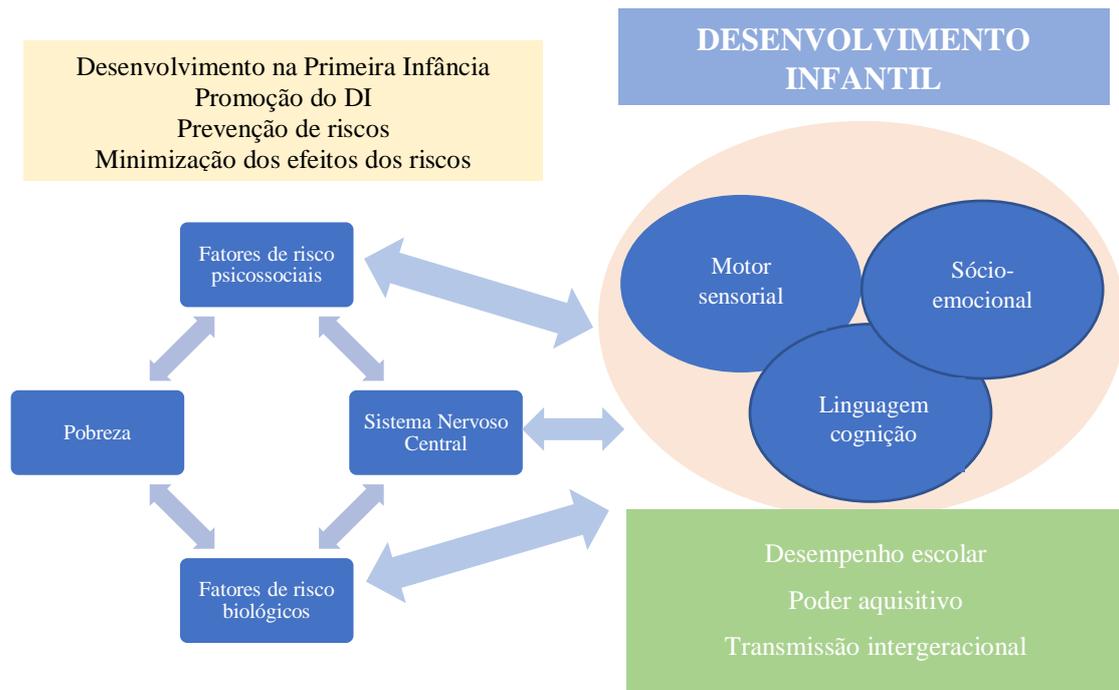
Figura 2. Mapa conceitual.



Fonte: Unicef (2014).

Alguns fatores de riscos ambientais, biológicos e psicossociais, como por exemplo, a pobreza, estão relacionados ao fato de mais de 200 milhões de crianças menores de 5 anos de países subdesenvolvidos não atingirem seu potencial de desenvolvimento. Estes, frequentemente, ocorrem de forma concomitante e interferem no DI, contribuindo para uma trajetória que inclui problemas de saúde, baixo rendimento acadêmico, despreparo inadequado para oportunidades profissionais e perpetuação do ciclo intergeracional de pobreza (Figura 3) (GRANTHAM-MCGREGOR *et al.*, 2007; WALKER *et al.*, 2011).

Figura 3. Modelo conceitual sobre determinantes do desenvolvimento infantil.



Fonte: Adaptado de Engle *et al.*, 2007 (BRASIL, 2016).

3.2 A Taxonomia NANDA-I e sua proposta de construção e/ou revisão de Diagnósticos de Enfermagem

A construção de linguagens uniformizadas para os diagnósticos de enfermagem iniciou-se na década de 70 e os estudos de validação despertaram expressivo interesse a partir da década de 90, e até o presente, novos diagnósticos continuam a ser propostos reforçando o interesse e utilidade de seu emprego (HERDMAN; KAMITISURU, 2008).

No Brasil, a utilização dos diagnósticos de enfermagem passou a ser uma exigência legal do Conselho Federal de Enfermagem desde 2002, apesar da consulta de enfermagem ter sido legalizada em 1986; entretanto, esta atividade privativa do enfermeiro, não tem sido observada na prática clínica. São os motivos que contribuem para esse quadro, sobretudo aqueles inerentes ao próprio diagnóstico, destacando-se a validade dos mesmos (CARVALHO *et al*, 2008).

A NANDA-I (HERDMAN, 2009) define o diagnóstico de enfermagem como sendo um “julgamento clínico sobre as respostas/experiências de um indivíduo, família, grupo ou comunidade a problemas de saúde/processos de vida reais ou potenciais. Este constitui a base

para as escolhas de intervenções de enfermagem para o alcance de resultados que são responsabilidades do enfermeiro”.

A Taxonomia NANDA-I visa uniformizar a linguagem entre os profissionais melhorando a assistência prestada ao indivíduo, família e coletividade, podendo ser revisado, transformados, além de construídos novos diagnósticos, buscando sempre a melhor definição e compreensão. Há quase 20 anos, já se mencionava que os diagnósticos oferecem a possibilidade do uso de uma linguagem comum para identificar os problemas do paciente e auxiliar na escolha das intervenções de enfermagem promovendo uma melhor comunicação entre os profissionais (HERDMAN; KAMITSURU, 2014; DOENGES; MOORHOUSE, 1999).

Os termos taxonomia e terminologia são distintos. A taxonomia, no geral, significa classificar ou organizar coisas em categorias. A terminologia é a linguagem usada para descrever algo específico. Na NANDA-I, o termo diagnóstico de enfermagem equivale a terminologia e a organização dos diagnósticos em domínios (nível mais abrangente que dividem os fenômenos em grupos principais) e classes é denominado Taxonomia, pelo qual cabe ressaltar que estas estão sempre em processo de construção e que não existe uma categorização perfeita (HERDMAN, 2015).

A NANDA-I foi fundada em 1982, possuindo redes em alguns países (Brasil, Colômbia, Equador, México, Nigéria-Gana, Peru, Portugal, além do grupo de língua alemã), sendo sua primeira Taxonomia publicada em 1987 o qual estruturou-se de modo a refletir os modelos teóricos de enfermagem da América do Norte. Em 2002, foi publicada a Taxonomia II, dividida em três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem, sendo adaptada da estrutura de coleta de dados dos Padrões funcionais de Saúde da Dra. Marjory Gordon. Recentemente foi proposta por Dr. Gunn Von Krogh a Taxonomia III, sendo que ao longo dos anos essa taxonomia será testada e passará por aperfeiçoamentos, e enquanto isso, continuamos utilizando a Taxonomia II (HERDMAN, 2015).

Para esclarecer uma diferença da categorização entre Taxonomia II e III, citarei como exemplo o diagnóstico de enfermagem *Risco de desenvolvimento atrasado*. Na Taxonomia II, este diagnóstico aparece no domínio 13-Crescimento/Desenvolvimento, na Classe 2-Desenvolvimento. Na Taxonomia III, citada na NANDA-I (2015-2017), este diagnóstico aparece dentro do grupo Capacidade e vulnerabilidade humana, do domínio funcional e na classe Processo do ciclo de vida.

A Taxonomia II possui uma estrutura de codificação que atende as recomendações da *National Library of Medicine* (NLM) no que concerne aos códigos e termos de cuidados de saúde, sendo uma linguagem de enfermagem reconhecida que atende aos critérios estabelecidos pelo *Committee for Nursing Practice Information Infrastructure of the American Nurses Association*, e também estão em conformidade com a terminologia *International Standards Organization* (ISO) para um diagnóstico de enfermagem. Além disso, a terminologia também está registrada no *Health Level Seven International* que é um padrão informatizado para identificar os diagnósticos eletronicamente em sistemas de informação (LUNDBERG *et al.*, 2008; HERDMAN, 2015).

A construção de um diagnóstico de enfermagem é embasada em um sistema multiaxial, ou seja, em eixos pelo qual os seus componentes são combinados para tornar os diagnósticos coerentes com o modelo ISO. O eixo é definido como uma forma operacional da dimensão da resposta humana considerada no processo diagnóstico e são divididos em sete. Estes estão representados nos títulos dos diagnósticos de enfermagem por meios de seus valores, às vezes explícitos (HERDMAN, 2015).

O eixo 1, *o foco diagnóstico*, é o elemento principal ou a parte fundamental, o qual descreve a resposta humana. O eixo 2, *sujeito diagnóstico*, é definido como a (s) pessoa (s) para quem é determinado um diagnóstico de enfermagem, podendo ser o indivíduo, cuidador, família, grupo e comunidade, representando a definição de paciente da NANDA-I. O eixo 3, *juízo*, é um descritor/modificador que limita ou especifica o sentido do foco diagnóstico, compondo o mesmo. O eixo 4, *localização*, descreve as partes ou as regiões do corpo e/ou funções relacionadas as estruturas e locais anatômicos. O eixo 5, *idade*, refere-se à idade da pessoa que é o sujeito do diagnóstico, sendo eles: feto, neonato, lactente, criança, adolescente, adulto e idoso. O eixo 6, *tempo*, descreve a duração do eixo 1, sendo seus valores: agudo, crônico, contínuo, intermitente, perioperatório e situacional. Por fim, o eixo 7, *situação do diagnóstico*, refere-se à realidade ou à potencialidade do problema/síndrome ou à categoria do diagnóstico, sendo seus valores: com foco no problema (inclui diagnósticos de síndrome e com foco no problema, sendo descrito a seguir por ser o foco da proposta diagnóstica deste estudo), promoção da saúde e risco.

A estrutura de um diagnóstico com foco no problema da NANDA-I, que é uma resposta humana indesejada a condição de saúde existente em um determinado momento, é estruturado da seguinte forma: título, definição, classe, domínio, características definidoras (CD) e fatores relacionados (FR) (NANDA-I, 2015).

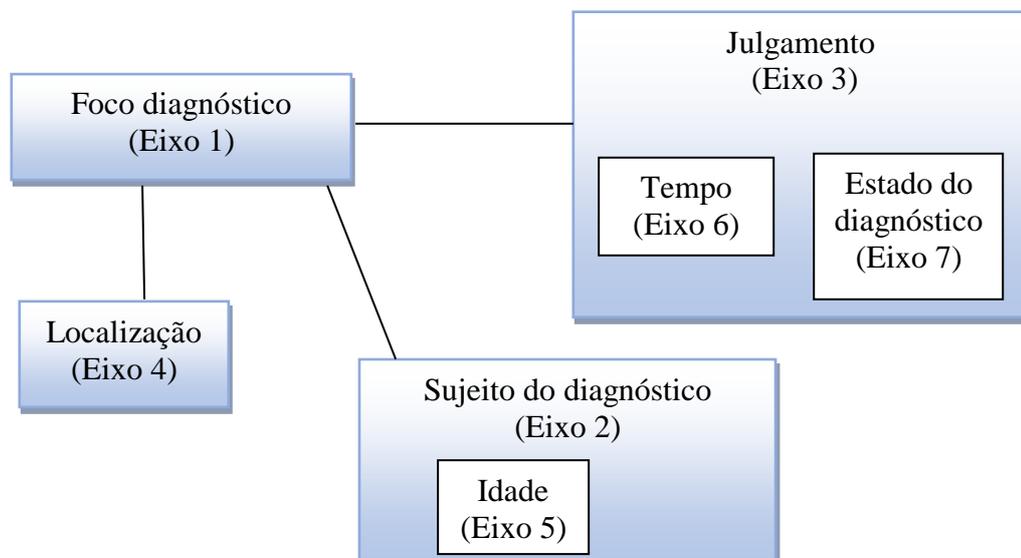
Na 11ª edição da NANDA-I 2018-2020 foram acrescentados mais dois componentes da estrutura dos diagnósticos de enfermagem: populações em risco e condições associadas. Essas novas categorias incluem indicadores que os enfermeiros não podem intervir de maneira independente (HERDMAN; KAMITISURU, 2018).

Populações em risco são grupos de pessoas que partilham alguma característica que faz cada membro ser suscetível a determinada resposta humana, como características demográficas, história de saúde/familiar, estágios de crescimento/desenvolvimento ou exposição a determinados eventos/experiências (HERDMAN; KAMITISURU, 2018).

Condições associadas são diagnósticos médicos, lesões, procedimentos, dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos. Essas condições não são independentemente modificáveis pelo enfermeiro, embora possam dar apoio à precisão nos diagnósticos (HERDMAN; KAMITISURU, 2018).

A taxonomia da NANDA-I é composta por sete eixos, representados na figura 4, pelo qual demonstra o modelo de um diagnóstico real:

Figura 4. Modelo da NANDA-I para um diagnóstico de enfermagem.

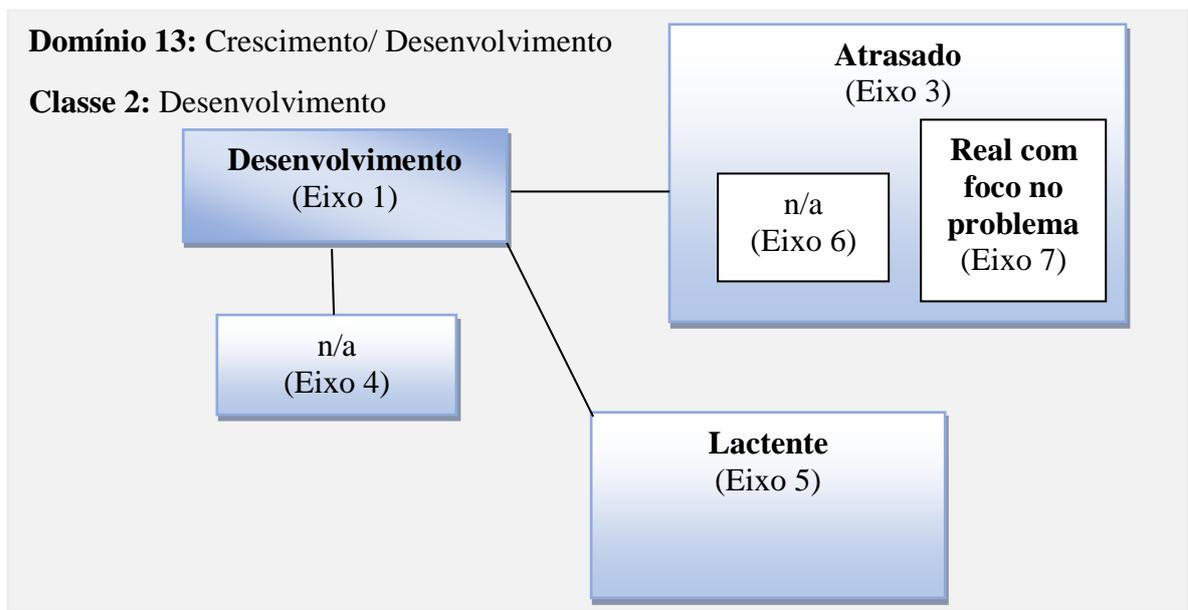


Fonte: (NANDA-I, 2015-2017).

Para a construção de um diagnóstico de enfermagem é preciso combinar os valores do eixo 1, eixo 2 e eixo 3, este último quando necessário, com acréscimo dos demais eixos para

clareza relevante. Dessa forma, inicia-se pelo eixo 1 (foco diagnóstico) adicionando o julgamento a respeito (eixo 3), e logo em seguida, especifica-se o sujeito (eixo 2), sendo que se for o “indivíduo” não há necessidade de explicitá-lo (HERDMAN, 2015). A figura 5 apresenta um exemplo da estrutura de um diagnóstico com foco no problema (Ex.: Diagnóstico de enfermagem Atraso do desenvolvimento do lactente) especificando os seus eixos.

Figura 5. Modelo da estrutura de um diagnóstico com foco no problema da NANDA-I.



Fonte: Própria autora.

Cabe ressaltar que, a NANDA não apoia a construção aleatória dos diagnósticos de enfermagem simplesmente combinando os termos de um eixo com os de outro. Problemas clínicos/áreas que não possuam um título diagnóstico devem ser descritos com muito cuidado na documentação, garantindo a exatidão interpretativa do julgamento clínico de outros enfermeiros/ profissionais da saúde.

Segundo Monteiro (2013), é possível que os estudos sobre componentes diagnósticos tragam benefícios para os enfermeiros na construção e validação de diagnósticos que são potencialmente frequentes na prática clínica destes profissionais no cuidado à criança.

Os diagnósticos novos e os revisados devem ser enviados à apreciação ao Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos da NANDA-I (*Diagnosis Development Comittee – DDC*), o qual é responsável pela formulação e condução dos processos de apreciação de diagnósticos propostos.

Essas propostas para diagnósticos irão passar por uma revisão sistemática para determinar a coerência com os critérios estabelecidos para um diagnóstico de enfermagem. O material enviado para apreciação passará por etapas de acordo com evidências em apoio ao nível de desenvolvimento ou à validação (HERDMAN; KAMITISURU, 2015).

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 Proposta de Construção de Diagnósticos de Enfermagem segundo NANDA-I

De acordo com a NANDA- I (2012-2014) e Lopes, Silva e Araújo (2012), as fases metodológicas que um investigador deve seguir para estudar a precisão de indicadores clínicos com base na teoria de testes de diagnóstico incluem três etapas: primeiro, a análise de conceito; segundo, a análise do conteúdo por peritos; e terceiro, a análise da precisão de indicadores clínicos. Ressalta-se que, a presente proposta está restrita à execução das duas primeiras etapas que serão descritas nos tópicos seguir.

4.1.1 Análise de Conceito

O propósito principal da análise de conceito é esclarecer, reconhecer e definir os conceitos que descrevem os fenômenos da enfermagem (McEWEN; WILLS, 2009). Walker e Avant (2005) coloca que é um processo para examinar os elementos básicos de um conceito, sendo uma construção mental na tentativa de organizar os estímulos ambientais.

De acordo com Lopes, Silva e Araújo (2012) o objetivo da análise conceito é o de identificar os atributos, antecedentes e consequentes de um diagnóstico de enfermagem. Estes componentes são usados para rever a definição do diagnóstico (atributos) e para identificar características definidoras (consequentes) e fatores relacionados (antecedentes). Além disso, as definições operacionais para cada indicador clínico são construídas nesta etapa.

Neste estudo, para fins didáticos, o termo ‘características definidoras’ será denominado ‘indicadores clínicos’ e ‘fatores relacionados’ será denominado ‘fatores etiológicos’, considerando que o referencial metodológico adotado para a construção do diagnóstico de enfermagem considera a utilização desses termos.

Um conceito é estruturado da seguinte forma: definição, características ou atributos, limites, antecedentes e resultados ou consequências. A definição cita, comunica, identifica e reconhece o conceito. Os atributos permitem que o conceito seja diferenciado de outros conceitos e devem sempre estar presentes quando o conceito aparecer. Os limites permitem identificar os atributos fracos ou que não estão mais presentes. Os antecedentes são eventos ou incidentes que devem acontecer antes do conceito, e os consequentes ou resultados derivam da ocorrência do conceito (WALKER; AVANT, 2005; MORSE *et al.*, 1996).

Para reforçar, um diagnóstico de enfermagem não é um conceito em si, entretanto, cada diagnóstico é composto por um núcleo conceitual. Este núcleo permite o estabelecimento de

relações temporais entre fatores que supostamente antecedem e se relacionam para a formulação de um conceito e as consequências de tal formulação. O conceito, por ser explícito, pode adquirir terminologia obscura, ambíguo o que pode gerar uma divergência entre a teoria, gerando certa dubiedade na prática clínica (RODGERS; KNAFL, 2000).

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, para que cumpram seu papel na construção do conhecimento científico, é oportuno que seus atributos essenciais e, conseqüentemente, suas definições sejam analisados periodicamente, visando, principalmente, seu contínuo aprimoramento (WALKER; AVANT, 1995). Assim, os conceitos não são algo esculpidos em pedras, sendo que sua análise e entendimento mudam com o tempo, e jamais pode ser considerado um produto finalizado.

A análise de conceito na enfermagem tem o intuito de padronizar e obter 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 se configure de forma abstrata (WALKER; AVANT, 2011).

Monteiro (2013) coloca que o pesquisador necessita realizar exaustivos levantamentos de pesquisas/estudos para efetuar uma ampla visão da literatura acerca dos mais diversificados atributos, antecedentes e consequentes dos fenômenos crescimento e desenvolvimento. 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 que reflitam exatamente as relações entre os conceitos.

Sendo assim, realizar uma análise de conceito com qualquer potencial diagnóstico, intervenção ou resultado facilitaria muito o trabalho taxonômico e seria completamente pertinente às teorias e às investigações (MONTEIRO, 2013).

A maioria dos estudos sobre análise de conceito estão concentrados nos Estados Unidos da América (EUA), sendo que no Brasil deu-se início no ano 2000 (SOUZA, 2014). Uma das dificuldades do uso de modelos clássicos da análise de conceito em processos de validação de diagnósticos de enfermagem é justamente a forma como estes elementos são relacionados e analisados.

Dentre os vários modelos para análise de conceito, os principais métodos são: *Walker e Avant*, *Rodgers*, *Morse*, e *Schwartz-Barcott e Kim*. Os dois primeiros derivam do método de Wilson, proposto na década de 60 e os dois últimos possuem abordagem qualitativa com pesquisa de campo (FERNANDES *et al*, 2011; SOUZA, 2014).

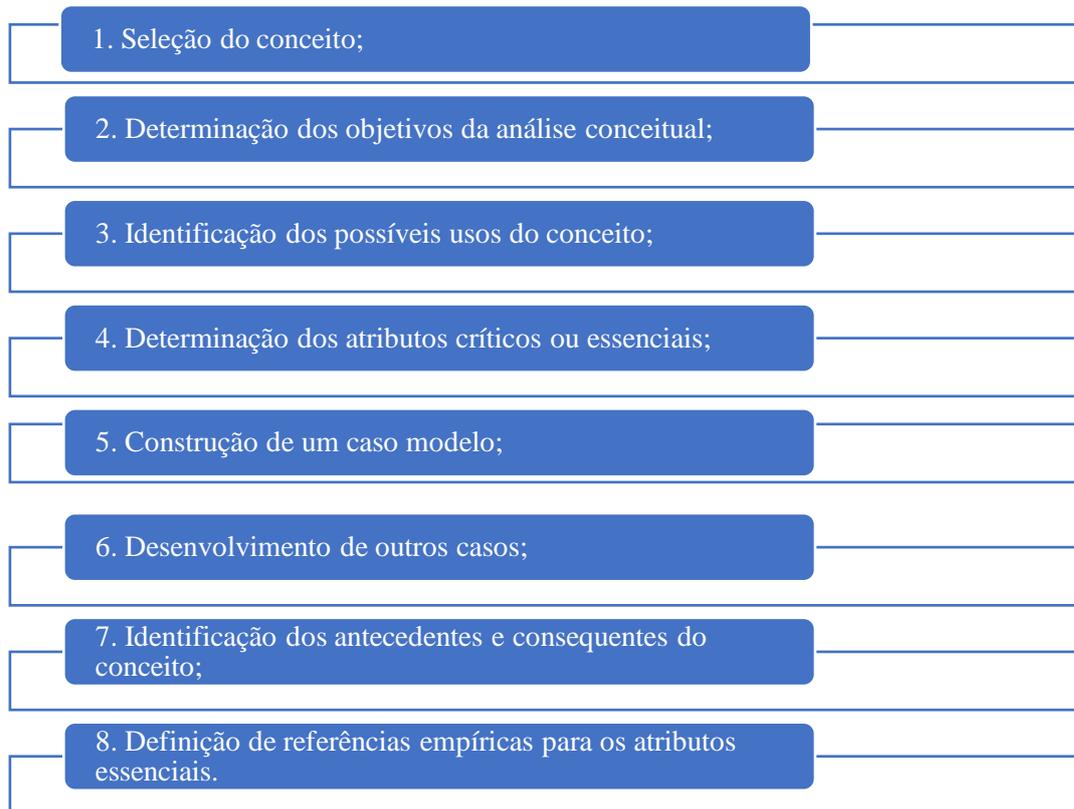
Apesar dos modelos derivados do método de Wilson serem criticados por alguns autores (MORSE, 1995; BECKWITH; DICKINSON; KENDALL, 2008; WEAVER; MITCHAM, 2008), pelo fato de não possuir uma aplicação prática e se deter apenas ao estudo teórico, percebemos que na área da enfermagem são os mais utilizados, com destaque para o modelo de Walker e Avant (FERNANDES *et al*, 2011), o qual é bastante utilizado dentro da primeira etapa no método de Hoskins (1989), utilizado como um método de validação de diagnóstico de enfermagem, sendo dividido em três etapas que acredita-se superar as críticas da literatura, sendo elas: análise de conceito, validação por juízes e validação clínica.

Apesar das características positivas destes métodos, pesquisadores têm relatado algumas dificuldades e limitações dos mesmos, tanto na análise do conceito como na identificação e formação do grupo de experts (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Para a realização da análise de conceito e contemplação de todas as suas dimensões, faz-se necessário a exploração do conceito e todos os seus componentes, partindo da definição dos seus, atributos críticos, definições, antecedentes, consequentes (RODGERS, 1989; SCHWARTZ-BARCOTT; KIM, 2000), sendo possível a sua realização sem prejuízos utilizando os modelos derivados do método de Wilson.

Diante disso, para a análise de conceito do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente foi utilizado como referencial teórico o modelo de Walker e Avant (2011), sendo composto por oito passos demonstrados na figura 6, sendo importante destacar que essas etapas podem acontecer simultaneamente (WALKER; AVANT, 1995).

Figura 6. Diagrama das etapas do método de análise de conceito de Walker e Avant (2011).



Walker e Avant (2011) descreve os oito passos do modelo da seguinte forma:

- O primeiro passo 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;
- O segundo passo 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, dentre outros;
- O terceiro passo é a realização do levantamento bibliográfico minucioso e metódico do conceito avaliado, culminando na identificação tanto do uso científico quanto empírico do conceito;
- O quarto passo é o 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?*

- O quinto passo refere-se à 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;
- O sexto passo refere-se ao caso limítrofe, que contém 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;
- O sétimo passo refere-se à 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;
- O oitavo passo é necessário pois, em alguns casos, as referências empíricas são semelhantes aos atributos essenciais e é preciso diferenciá-los. Os referenciais empíricos são categorias ou classes de fenômenos observáveis demonstrando a presença do conceito, as quais possibilitam, quando presentes, a definição operacional.

Cabe ressaltar que, segundo Lopes, Silva e Araújo (2013) existe uma limitação nos métodos de busca na base de dados para realizar a análise de conceito, por duas vertentes: a maioria dos artigos encontrados não abordam fatores etiológicos e ou indicadores clínicos e que alguns elementos que compõem um diagnóstico são tratados por estudos observacionais e não por ensaios clínicos, o que a análise por nível de evidência pode levar a falsa impressão de baixa qualidade na análise de conceito.

O número de artigos nas bases de dados pode ser insuficiente para incorporar todos os elementos de um processo de validação ou para construir definições (conceituais e operacionais) para os mesmos (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013). Como alternativas para contornar essas situações, neste estudo foram consideradas as colocações de Lopes, Silva e Araújo (2013), o qual mencionam a incorporação de livros-texto e a busca de opinião de *experts*, quando necessário.

4.1.2 Apreciação dos elementos estruturais de um Diagnóstico de Enfermagem por enfermeiros proficientes

Nesta fase, de acordo com Lopes, Silva e Araújo (2012) objetiva-se estimar a proporção de juízes que concordam sobre a inclusão de um determinado indicador clínico como um componente de um diagnóstico de enfermagem específico, as definições operacionais construídas para cada indicador e a definição construída do diagnóstico revisto.

Com relação a proposta de adequação dos modelos de validação de conteúdo é sugerido a troca do termo validação por análise. Isso é viável pois, um processo de validação é complexo e não pode ser garantido que a opinião de um grupo, geralmente pequeno, de indivíduos possa assegurar que um conjunto específico de indicadores clínicos e fatores etiológicos representam o verdadeiro conteúdo de um diagnóstico. Se fosse assim, não seria necessária a etapa de validação clínica do diagnóstico, e essa fase seria apenas para confirmar os achados da avaliação pelos *experts*, apesar que muitos estudos de validação clínica já realizados descartaram elementos que haviam sido validados na etapa anterior, justificando a necessidade da sua realização, o que pode denotar que os *experts* não possuíam o nível de expertise necessário. Assim, esta etapa aproxima-se de uma pré-análise do que mesmo uma validação propriamente dita, justificando a utilização do termo *Análise de conteúdo diagnóstico* (LOPES; ARAÚJO; SILVA, 2013).

Uma das grandes dificuldades desta etapa é recrutar os profissionais, principalmente no que tange ao perfil qualitativo, onde por muitos anos foi utilizada a proposta de Fehring, e que atualmente vem sendo adaptada nos estudos. Esta proposta primariamente é extremamente academicista, o que pode excluir os profissionais experientes na prática clínica. É importante que se mantenha o equilíbrio entre experiência e formação acadêmica sólida, pois são dois pontos frequentemente descritos pelos autores como relevantes para amenizar as dificuldades em classificar, descrever e localizar os juízes (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012; 2013).

Assim, é provável que grande parte dos sujeitos alocados em estudos de validação possuam um perfil mais próximo de uma proeficiência do que de expertise. Dessa forma, a utilização dos termos juízes e avaliadores são mais adequados para definir tais sujeitos. (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013). Outros termos mencionados pelos autores que podem ser utilizados são: proeficientes e especialistas. Assim, com o intuito de padronizar a utilização do termo, neste estudo será adotado o termo juízes.

Após o estabelecimento do tamanho amostral, uma estratégia adotada para o modelo atual é a utilização de dois grupos de peritos: o primeiro, formado por enfermeiros clínicos com experiência de pelo menos cinco anos trabalhando com uma população de risco para o diagnóstico de enfermagem e o segundo, formado por juízes no próprio diagnóstico de enfermagem, ou pelo menos, juízes na área com a qual o diagnóstico de enfermagem está associado, de acordo com a NANDA-I (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Aos juízes são dadas uma tabela listando cada indicador e sua respectiva definição operacional, bem como a definição (revista) do diagnóstico e o seu rótulo. Estes classificam a adequação de cada item em uma escala de *Likert* composta por cinco níveis (desde completamente inapropriado a completamente apropriado, por exemplo). Para avaliar ainda a adequação do item, a escala é recodificada dicotomicamente, onde os itens classificados com 1, 2, ou 3 são considerados inadequados e os itens avaliados em 4 ou 5 são considerados adequados. Assim, é necessário o desenvolvimento de uma escala, sendo que a sua recodificação deve fornecer aos peritos maior latitude para identificar o grau de adequação de um item; Assim, eles não são forçados a escolher simplesmente entre adequado e inadequado (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Por fim, o teste binomial deve ser considerado para avaliar as respostas dos juízes considerando que o índice de validade de conteúdo (IVC) é assimétrico tornando discutível o pressuposto de normalidade (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

4.2 Psicometria

A psicometria foi adotada neste estudo como recurso metodológico na análise de conteúdo diagnóstico, embasado nas seguintes etapas conforme os polos psicométricos citados por Costa (2014): procedimentos teóricos, procedimentos empíricos (experimentais) e procedimentos analíticos.

Para a realização dos procedimentos teóricos é necessário seguir seis passos: sistema psicológico, propriedade, dimensionalidade, definição, operacionalização e análise teórica dos itens. Essas etapas relacionam-se à explicação da teoria sobre o construto ou objeto psicológico para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida, bem como a operacionalização desse construto em itens. Os procedimentos teóricos devem ser elaborados para cada instrumento, dependendo da literatura existente sobre o construto que o instrumento pretende medir (PASQUALI, 1997). No que concerne a esta etapa, os passos iniciais foram operacionalizados na análise de conceito.

Para a operacionalização da definição operacional do construto e criação dos itens do instrumento, Costa (2014) sugere o atendimento de doze critérios: comportamental, clareza, simplicidade, objetividade ou desejabilidade, relevância, precisão, variedade, modalidade, tipicidade, credibilidade, amplitude e equilíbrio. Para o presente estudo foram utilizados os critérios de relevância, clareza e precisão, descritos a seguir.

- **Relevância:** compreende a capacidade dos indicadores clínicos serem consistentes com a estrutura do fenômeno em análise. Assim, os dados encontrados da análise de conceito serão avaliados quanto a importância de caracterizar ou estar presente no diagnóstico de enfermagem proposto;
- **Clareza:** o item deve ser inteligível, ou seja, fácil compreensão, sendo importante a utilização de frases curtas, com expressões simples e inequívocas. Assim, cada definição advinda da análise de conceito para a proposta diagnóstica deverá apresentar estas características;
- **Precisão:** cada definição apresentada de cada item do instrumento deverá possuir uma posição contínua do atributo e ser distinto dos demais itens referentes ao mesmo contínuo.

5 MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Tratou-se de uma pesquisa metodológica, por focar o desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de um instrumento ou de uma estratégia que possa aprimorar uma metodologia (POLIT; BECK, 2011). Esse tipo de estudo tem como propósito elaborar, validar e avaliar os instrumentos e técnicas de pesquisa, tendo como meta a elaboração de um instrumento confiável que possa posteriormente ser utilizado por outros pesquisadores (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Assim, neste estudo, foram construídos e analisados quanto ao conteúdo, os elementos estruturais de um diagnóstico de enfermagem voltados para o fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente, sendo realizado em dois momentos: Análise de conceito de acordo com Walker e Avant (2011) e análise de conteúdo por enfermeiros-juízes.

A análise de conceito seguiu as etapas propostas por Walker e Avant (2011) operacionalizada através da proposta de Revisão Integrativa (RI) da literatura proposta por Mendes, Silveira e Galvão (2008). Ao final desta etapa, realizou-se a construção de um instrumento composto por definições conceituais e operacionais, consequentes e antecedentes, assim como, as populações em risco e condições associadas acerca do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente.

O instrumento derivado da análise de conceito, após análise da clareza, compreensível com a linguagem e a apresentação, foi submetido à apreciação por juízes para analisar o conteúdo diagnóstico. É imprescindível que a lista gerada durante a análise de conceito seja revisada por enfermeiros juízes no fenômeno, que determinarão as características definidoras importantes ou não para compor o diagnóstico de enfermagem (HOSKINS, 1989).

5.2 Análise de conceito

As etapas da análise de conceito de acordo com a proposta de Walker e Avant (2011) serão descritas no quadro a seguir. Esta etapa iniciou-se em maio de 2017 concomitante com a RI e finalizou em setembro de 2018:

Quadro 2. Etapas da a da análise de conceito de acordo com a proposta de Walker e Avant (2011).

Etapas	Descrição
Seleção do conceito	Nesse estudo, o conceito escolhido foi <i>desenvolvimento</i> pois de acordo com a problemática deste estudo, tornou-se necessária sua compreensão contribuindo para a melhoria da prática clínica da enfermagem na vigilância do desenvolvimento do lactente.
Determinação dos objetivos da análise conceitual	<p>Inicialmente, foi necessário esclarecer o conceito de <i>desenvolvimento</i> para melhor aplicabilidade na prática clínica. Por conseguinte, os objetivos da análise de conceito deste estudo foi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analisar o conceito do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente na literatura; • Identificar as definições conceituais, atributos essenciais, antecedentes e consequentes do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente na literatura; • Construir as definições operacionais (referências empíricas) do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente; • Construir um instrumento com as definições operacionais (referências empíricas) do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente; • Verificar o conteúdo do instrumento com as definições operacionais (referências empíricas) do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente, com enfermeiros juízes.

<p>Identificação dos possíveis usos do conceito</p>	<p>A partir da Revisão Integrativa da Literatura foi possível identificar a utilização do conceito e a maneira como este é empregado. A busca foi realizada em bases de dados e quando foi necessário, em outras fontes de informações como: dicionários, literatura impressa, enciclopédias, entre outros, objetivando que a análise fosse realizada sem prejuízos.</p>
<p>Determinação dos atributos críticos ou essenciais</p>	<p>A busca foi dada de maneira a identificar o núcleo conceitual (desenvolvimento), sendo o que compõe o diagnóstico de enfermagem (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013), sendo essa etapa a mais importante da análise de conceito. Para a formulação do conceito é necessário identificar e relacionar os termos antecedentes e consequentes de um fenômeno. Assim, <i>a priori</i>, foi identificadas as características do núcleo conceitual (desenvolvimento) para que, a partir do levantamento literário, a análise fosse direcionada para o julgamento (atraso do desenvolvimento) voltado para o Eixo 5 (lactente) da NANDA-I. A indagação que foi pretendida a responder foi: “Quais características podem ser atribuídas ao atraso do desenvolvimento do lactente?”.</p>
<p>Construção de um caso modelo</p>	<p>Para a utilização do conceito <i>Atraso do desenvolvimento do lactente</i> na prática clínica foi construído um caso modelo, baseado na vida real, concomitante com a próxima etapa. Monteiro (2013) menciona que o pesquisador precisa ser cauteloso para evitar certas armadilhas que podem ser associadas com a identificação de exemplos. Vieses podem ser introduzidos facilmente neste estágio pelos pesquisadores, quando os mesmos selecionam os exemplos que representam o interesse pessoal.</p>

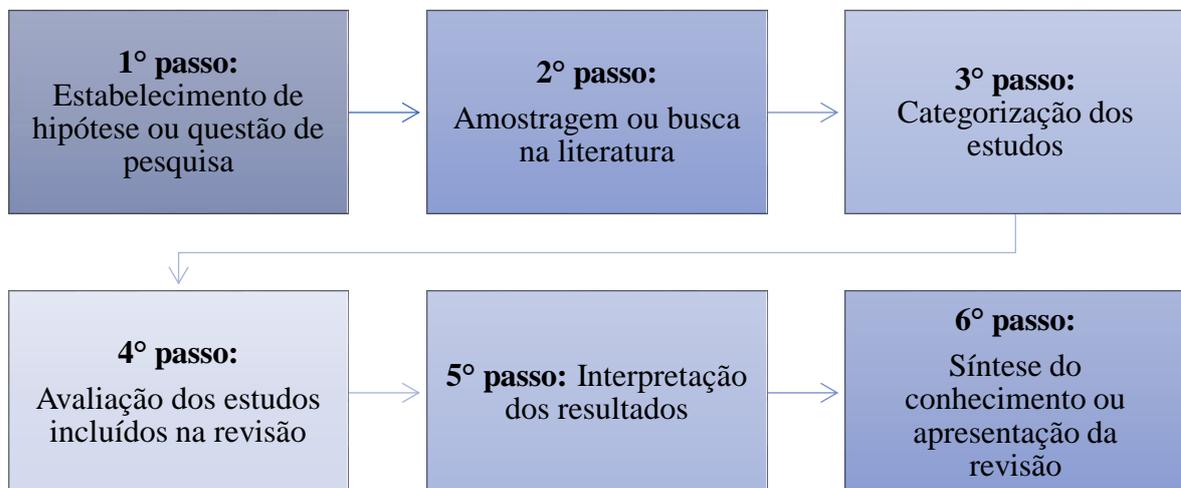
<p>Desenvolvimento de outros casos</p>	<p>Foi construído um caso contrário contendo o “não conceito” para possível diferenciação, culminando assim, no melhor esclarecimento do conceito.</p>
<p>Identificação dos antecedentes e consequentes do conceito</p>	<p>Após identificar o núcleo conceitual para o estabelecimento do julgamento, foi possível a identificação dos eventos presentes na vida da criança os quais antecedem a ocorrência do conceito atraso no crescimento, e os eventos consequentes resultantes da aplicação do conceito na vida da criança (WALKER; AVANT, 2011).</p> <p>É fundamental que os enfermeiros conheçam as definições dos diagnósticos e, além disso, conhecer os “indicadores diagnósticos” o qual incluem as características definidoras que são pistas/inferências passíveis de observação que são manifestações de um diagnóstico e que dá precisão ao mesmo, e os fatores relacionados que são os componentes que integram um diagnóstico com foco no problema que incluem etiologias, circunstâncias, fatos ou influências/fator contribuinte (NANDA-I, 2015).</p> <p>Na prática clínica da Enfermagem, os consequentes são identificados através da avaliação dos sinais e sintomas presentes, que nesse estudo serão denominados de indicadores clínicos, e os antecedentes, denominados de fatores etiológicos, que são os fatores relacionados ou as causas.</p>
<p>Definição das referências empíricas para os atributos essenciais</p>	<p>A partir da identificação das referências empíricas é possível medir ou determinar a presença do conceito a partir desse levantamento empírico do conceito, pelo qual embasou a fase de construção do instrumento que foi submetido à validação de conteúdo por juízes.</p>

5.2.1 Revisão Integrativa da Literatura

Esta etapa foi de suma importância para aquisição de informações que embasaram o conceito, os atributos, antecedentes, consequentes e as referências empíricas do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente, pelo qual ocorreu concomitantemente com a análise de conceito. A revisão integrativa, por sua vez, inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e o conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do estudo que podem ser motivadoras para novas pesquisas (Benefield, 2003, apud, MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

Para a realização da RI da literatura foram adotados os passos descritos no estudo de Mendes, Silveira e Galvão (2008) , que são apresentados a seguir (Figura 7):

Figura 7. Componentes da revisão integrativa da literatura, descritos por Mendes, Silveira e Galvão (2008).



Fonte: Própria autora.

Ressalvo aqui que, a RI ocorreu de forma concomitante com a seguintes etapas da análise de conceito: Identificação dos possíveis usos do conceito, determinação dos atributos críticos ou essenciais e identificação dos antecedentes e consequentes do conceito.

A etapa da questão de pesquisa (hipótese da pesquisa) incluiu a identificação do problema de interesse, o propósito da revisão integrativa e a elaboração da pergunta norteadora. Com o intuito de direcionar a busca, foram utilizadas as seguintes perguntas norteadoras: Quais as definições conceituais e operacionais do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente? Quais os atributos essenciais do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente? Quais são

os antecedentes e consequentes do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente? Quais são as condições associadas e populações em risco do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente?

Os critérios de inclusão adotados para a seleção da coleta dos dados foram: 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 atendessem os objetivos da temática. Como critérios de exclusão foram considerados: revisões, opiniões de especialistas e cartas ao editor.

Importante ressaltar que foram considerados materiais da literatura cinzenta, ou seja, materiais que não são publicados oficialmente em livros e revistas, tais como anais de eventos (congressos e conferências, por exemplo), pois de acordo com o *Handbook* da Cochrane 2011 (cap 6, seção 6.2.1.8), esses materiais devem ser levados em consideração.

A busca foi realizada através da internet por estudos indexados nas seguintes bases de dados e periódicos: SCOPUS, *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed), Literatura Latino-Americana e Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), o periódico *Journal of Web of Science*, *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 identificados de acordo com cada base de dados. Assim, foram utilizados os seguintes descritores e sinônimas em inglês: crescimento e desenvolvimento (*Growth and Development*); lactente (*infant*); e deficiências do desenvolvimento (*developmental disabilities*).

Os descritores não controlados (palavras-chave) também foram incluídos, pois mediante a leitura de estudos semelhantes, foi observado que apenas os descritores não satisfaziam integralmente a pluralidade do fenômeno. As palavras-chave foram: Atraso (*delay*); desenvolvimento psicossocial (*psychosocial development*); desenvolvimento maturacional (*maturational development*); desenvolvimento cognitivo (*cognitive development*). Os descritores e as palavras-chave foram interligados pelo operador booleano AND e OR.

A definição dos descritores controlados está descrita no quadro a seguir. A definição dos descritores não-controlados não será apresentada pois não estão indexados em vocabulários específicos de pesquisa.

Quadro 3. Descritores com as suas respectivas definições do *Medical Subject Headings* - MeSH e Descritores em Ciências da Saúde – DeCS.

Descritor	Definição
Crescimento e Desenvolvimento/<i>Growth and Development</i>	Mudanças na divisão, no tamanho, componentes e funções de um organismo que ocorrem ao longo do tempo, a partir do tamanho inicial até sua maturação.
Lactente/<i>Infant</i>	Idade entre 1 e 24 meses de vida.
Deficiências do desenvolvimento/<i>Developmental disabilities</i>	Desordens nas quais existe um atraso no desenvolvimento baseado no esperado para um nível de idade ou da fase de desenvolvimento. Estas deficiências ou incapacidades originam antes dos 18, podem ser esperadas para continuar indefinidamente e constituem um prejuízo substancial. Fatores biológicos e não biológicos estão envolvidos nessas doenças.

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

Os cruzamentos realizados em cada base de dados estão descritos no quadro a seguir.

Quadro 4. Cruzamentos realizados nas bases de dados e periódicos selecionados.

Cruzamento	Descritores/palavras-chave (inglês-português) + operador booleano
1	Delay AND psychosocial development AND infant* Atraso AND desenvolvimento psicossocial AND llactente
2	Delay AND infant*OR maturational ddevelopment Atraso AND lactente OR desenvolvimento maturacional
3	Delay AND growth and development*AND infant* Atraso AND crescimento e desenvolvimento AND llactente
4	Delay AND cognitive development AND infant* Atraso AND desenvolvimento cognitivo AND llactente
5	Developmental disabilities*AND infant* Deficiência do desenvolvimento AND llactente

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

A busca nas bases de dados selecionadas foi realizada no período de maio a agosto 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: 1^a) apreciação do título, resumo e descritores que abordassem o fenômeno atraso do desenvolvimento físico; 2^a) 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 do Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura (APÊNDICE A); 3^a) Extração das características essenciais: definições conceituais e operacionais, atributos, antecedentes e consequentes acerca do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente.

O acesso à base de dados ocorreu de forma concomitante com uma bolsista de iniciação científica (PIBIC)/UNILAB no período livre das pesquisadoras, membro do grupo de Pesquisa Processo de Cuidar em Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente, considerando que nele já se desenvolve pesquisas com utilização do método da RI. O intuito foi minimizar o viés dos resultados encontrados. As buscas ocorreram na biblioteca da UNILAB, pois a biblioteca disponibiliza o acesso as bases de dados que não podem ser acessadas fora do espaço da universidade. Cada pesquisadora fez a busca em todas as bases de dados no mesmo horário, utilizando os mesmos descritores, caracterizando assim o pareamento da busca.

5.3 Análise de conteúdo com juízes

A RI subsidiou a finalização da análise de conceito que teve como produto o instrumento (APÊNDICE G), o qual foi estruturado com os dados de identificação dos juízes, experiência profissional, definições conceituais e operacionais, avaliação da adequação do título diagnóstico proposto e dos antecedentes e consequentes que será apreciado pelos juízes, além da avaliação da relevância dos indicadores das populações em risco e condições associadas.

Antes de realizar a análise de conteúdo propriamente dita, o instrumento foi submetido a avaliação por juízes convidados a participar, para avaliar os aspectos referentes a clareza, compreensível com linguagem e apresentação apropriadas dos itens do instrumento.

Antes de serem considerados aptos para uso, os instrumentos devem oferecer dados precisos, válidos e interpretáveis para a avaliação de saúde da população (ALEXANDRE *et al.*, 2013) e as medidas devem fornecer resultados cientificamente robustos (SALMOND, 2008).

O pesquisador deve atentar para a escolha de um instrumento adequado e preciso, de modo a garantir a qualidade de seus resultados. É necessário conhecer tais instrumentos detalhadamente, como por exemplo, os itens, domínios, formas de avaliação e, especialmente,

propriedades de medida, antes de utilizá-los. A qualidade da informação fornecida pelos instrumentos depende, em parte, de suas propriedades psicométricas (FITCH, *et al*, 2002; ROACH, 2006).

Os juízes foram definidos considerando ampla experiência na pesquisa com relação à aparência e conteúdo, métodos e uso de instrumentos, conforme realizado nos estudos de Melo (2004), Galdeano (2007), Chaves, Carvalho e Rossi (2008), e Monteiro (2013), respectivamente. Ambos estudos utilizaram o mesmo número de avaliadores que será utilizado na presente pesquisa.

Vitor (2010) considera o número de seis juízes com suficiente para realizar esta etapa. Lynn (1986), é necessário um mínimo de três juízes para essa etapa, sendo considerado desnecessário um número superior a dez. Outro ponto importante é selecionar um número ímpar para evitar a condição de empates de opiniões (VIANNA, 1982). Assim, os juízes foram selecionados por amostragem não-probabilística, sendo definido o número de cinco juízes para esta etapa, neste estudo. Destaca-se que estes não pertenceram à amostra de juízes da etapa seguinte.

A captação destes juízes ocorreu no mês de outubro de 2018, por meio de busca na Plataforma Lattes do Currículo Lattes de pesquisadores, disponível no portal Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e por meio de amostragem de rede ou bola de neve (*snowball*), o qual foi solicitada indicação de outro pesquisador que pudesse atender aos critérios de elegibilidade deste estudo, sendo utilizada quando a população consiste de pessoas com características difíceis de ser encontradas, como nesse caso que exige características muito específicas dos juízes (POLIT; BECK, 2011).

Aos juízes que preencheram os critérios estabelecidos foi entregue uma Carta Convite (APÊNDICE C), via correio eletrônico ou pessoalmente, apresentando o objetivo desta pesquisa, com prazo de devolução de até 15 dias, podendo também ser pessoalmente ou por via eletrônica. Em seguida, ao aceitarem participar da pesquisa receberam um kit composto por: 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D); 2. Instrumento para análise (APÊNDICE G). Esta etapa foi imprescindível para adequar o instrumento ao objeto desta pesquisa, pelo qual sugestões puderam ser acatadas com esse intuito.

Foi obtido retorno de apenas dois juízes sendo realizado consenso de algumas sugestões juntamente com a orientadora. Após adequações do instrumento realizada após as sugestões dos juízes quanto a correção ortográfica e gramatical, além da substituição da forma de envio

sugerida do formato *word* para *Google forms*, seguiu-se para a etapa de análise de conteúdo que ocorreu no período de novembro de 2018 a janeiro de 2019.

O tamanho amostral incluído nesta etapa foi definido através do cálculo que leva em consideração a proposta final de sujeitos em relação à determinada variável dicotômica e a diferença máxima aceitável dessa proporção: $n = Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot (1-P) / d^2$, onde Z_{α} refere-se ao nível de confiança no intervalo, que será de 95% assumindo um valor tabelado de 1,96, P é a proporção de indivíduos que concordam com a pertinência do componente do diagnóstico de enfermagem sendo considerada de 85%, e d é a diferença de proporção considerada aceitável, que será de 15%, incluindo um intervalo de 70 a 100% na referida concordância. Desse modo, o cálculo final foi determinado por $n = 1,96^2 \cdot 0,85 \cdot 0,15 / 0,15^2$, sendo concluído um número amostral de 22 juízes (LOPES SILVA; ARAÚJO, 2013).

A captação dos juízes deu-se por meio de:

- Busca dos currículos da Plataforma Lattes do Portal do CNPq, utilizando como palavras chaves os termos análise de conceito; diagnósticos de enfermagem crescimento e desenvolvimento infantil; saúde da criança; análise de conteúdo; validação de conteúdo diagnóstico;
- Busca nos diretórios dos grupos de estudos relacionados à saúde da criança e taxonomias de enfermagem da Plataforma Lattes do Portal do CNPq;
- Programas de Pós-graduação *Stricto Sensu* das áreas de enfermagem e saúde da criança;
- Indicação dos juízes, anteriormente selecionados, através do método de rede ou bola de neve (*snowball*).

Para Fehring (1994), o enfermeiro considerado juiz em diagnóstico de enfermagem deve preencher alguns requisitos. Assim, por meio da busca, foram analisados os currículos e aplicados os critérios de seleção proposto por Fehring (1994), adaptado para este estudo.

Quadro 5. Adaptação do sistema de pontuação de especialidades do modelo de validação de conteúdo de por Fehring (1994).

Critério Fehring (1994)	Pontos Fehring (1994)	Critérios adaptados	Pontos adaptados
-	-	Título de Bacharel em Enfermagem	Critério obrigatório sem pontuação

Mestre em Enfermagem	4,0	Título de Mestre obtido em programa de pós-graduação na área da saúde	Critério obrigatório sem pontuação
Mestre em Enfermagem – dissertação com conteúdo relevante dentro da área clínica (Diagnósticos da área clínica)	1,0	Dissertação na área do estudo	3,0
Pesquisa (com publicações) na área do diagnóstico	2,0	Pesquisa na área de análise de conceito, diagnósticos de enfermagem crescimento e desenvolvimento ou em saúde da criança.	2,0
Artigo publicado na área de diagnósticos em um periódico de referência	2,0	Artigos publicados na área de análise de conceito, diagnósticos de enfermagem crescimento e desenvolvimento ou em saúde da criança.	1,0
Doutorado em diagnóstico	2,0	Doutorado em programa de Pós-graduação da área da saúde com tese na área de estudo	3,0
Prática clínica de no mínimo um ano de duração na área de Enfermagem em clínica médica	1,0	Prática clínica de no mínimo um ano na área da enfermagem na assistência à Saúde da Criança entre 28 dias a 2 anos	3,0
Certificado em área clínica médica com comprovada prática clínica	2,0	Certificado de especialização na área de enfermagem em Saúde da Criança	2,0
Total de Pontos	14,0	Total de Pontos	14,0

Fonte: Adaptado da proposta de Fehring (1994).

De acordo com o sistema de pontuação, foi considerado apto para participar do estudo os enfermeiros que atingirem a pontuação mínima de cinco pontos para serem incluídos no processo de avaliação do instrumento.

Além disso, conforme as recomendações de Lopes, Silva, Araújo (2012), que menciona sobre o equilíbrio dos participantes quanto a experiência clínica e o conhecimento teórico, os

juízes foram convidados divididos por perfil: o primeiro, formado por enfermeiros clínicos com experiência de pelo menos cinco anos trabalhando na área de saúde da criança e desenvolvimento infantil; e o segundo, formado por juízes no próprio diagnóstico de enfermagem e Taxonomias da NANDA-I.

Para o estabelecimento do contato após a captação e análise pelos critérios de seleção proposto por Fehring (1994) adaptados, foi enviada por meio do correio eletrônico (*e-mail*), uma Carta-convite (Apêndice E) para participar do estudo e do processo de análise de conteúdo do instrumento.

Foram recrutados 135 enfermeiros e enviadas as cartas-convite no período estabelecido para a coleta de dados com o intuito de obter um grande quantitativo com estes profissionais. No primeiro contato, obteve-se o retorno de 36 juízes sendo que cinco recusaram-se a participar do estudo por motivos acadêmicos e profissionais. A amostra final foi constituída por 22 enfermeiros juízes com taxa de retorno dos instrumentos de 16,2 %, pelo qual a maioria destes teve-se que estender o prazo máximo de 20 dias, assim como foi necessário enviar mensagens de lembrete do prazo estabelecido para preenchimento.

Após aceitação de participação no estudo, cada juiz recebeu via *e-mail* o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE F) com o questionário semiestruturado derivado do instrumento construído na análise de conceito composto por três partes, adaptado do estudo de Vitor (2010) e Costa (2014) (Apêndice G), adaptado no *Google Forms* para facilitar o preenchimento:

1. Apresentação e orientação sobre o estudo, bem como instruções para o preenchimento;
2. Dados de identificação dos juízes na área, com questões referentes à experiência profissional em análise de conceito de diagnósticos de enfermagem e/ou Saúde da criança;
3. Instrumentos para análise de conteúdo contendo definições conceituais e definições operacionais do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente.

Para o estabelecimento consensual entre os juízes, com o intuito de nortear os indicadores a serem analisados no instrumento, foram utilizados os critérios de psicometria propostos por Pasquali (1999), de acordo com os critérios de relevância, clareza e precisão, sendo estabelecido uma escala do tipo *likert* com 5 opções de respostas descritas a seguir:

1 - Totalmente irrelevante/Incompreensível/Impreciso: RELEVÂNCIA - o componente do diagnóstico (indicador clínico ou fator etiológico) não apresenta qualquer relação com o diagnóstico, estando associado com outro fenômeno; CLAREZA - a definição proposta está

descrita de forma incompreensível e necessita de uma revisão completa; **PRECISÃO** - a definição proposta não inclui nenhum dos elementos essenciais para caracterizar o componente.

2 - Pouco relevante/Compreensível/Preciso: **RELEVÂNCIA** - o componente do diagnóstico (indicador clínico ou fator etiológico) apresenta pouca relação com o diagnóstico, estando mais associado a outros fenômenos similares; **CLAREZA** - a definição proposta está descrita de forma pouco incompreensível e necessita de ajustes; **PRECISÃO** - a definição proposta inclui poucos elementos essenciais para caracterizar o componente, e aqueles que faltam afetam a adequada avaliação do componente.

3 - Parcialmente relevante/Compreensível/Preciso: **RELEVÂNCIA** - o componente do diagnóstico (indicador clínico ou fator etiológico) apresenta relação duvidosa e apresenta relação com outros fenômenos similares; **CLAREZA** - a definição proposta está descrita de forma compreensível, porém pode necessitar de alguns ajustes; **PRECISÃO** - a definição proposta inclui alguns elementos necessários para caracterizar o componente, e aqueles que faltam podem afetar a adequada avaliação do componente.

4 - Muito relevante/Compreensível/Preciso: **RELEVÂNCIA** - o componente do diagnóstico (indicador clínico ou fator etiológico) está fortemente relacionado ao diagnóstico embora apresente alguma relação com outros fenômenos similares; **CLAREZA** - a definição proposta está descrita de forma compreensível, porém pode se beneficiar de alguns pequenos ajustes; **PRECISÃO** - a definição proposta inclui quase todos os elementos necessários para caracterizar o componente, embora aqueles que faltam não impedem a avaliação adequada do componente.

5 - Totalmente relevante/Compreensível/Preciso: **RELEVÂNCIA** - o componente do diagnóstico (indicador clínico ou fator etiológico) está diretamente relacionado ao diagnóstico; **CLAREZA** - a definição proposta está descrita de forma compreensível sem necessitar de ajustes; **PRECISÃO** - a definição proposta inclui todos os elementos necessários para caracterizar os componentes.

Todos os indicadores foram avaliados quanto à relevância. As definições conceituais e operacionais foram avaliadas quanto à clareza e à precisão. Os itens avaliados de 1 a 4 foi solicitada justificativa pelos juízes.

Para a análise de conteúdo no que concerne aos diagnósticos de enfermagem, tem se proposto o uso de testes binomiais para comparação de proporções, como já foi mencionado anteriormente (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012). Em tal proposta um item é considerado adequado se um determinado percentual de avaliadores assim o define. Para verificar a aderência a distribuição aplicou-se um teste estatístico (conhecido como teste binomial) para

verificar se a proporção de avaliadores é ou não estatisticamente igual ou superior ao valor pré-determinado. Desta forma, se os pesquisadores definem como ideal uma proporção de 85% de aceitação entre os avaliadores e como proporção mínima aceitável um valor de 70%, o número de avaliadores necessário considerando uma confiança de 95% será de 22 sujeitos (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

5.4 Análise de dados

Esta etapa ocorreu em fevereiro de 2019. Os dados foram compilados no programa *Excel*[®] 2016 e, após, para a tabulação, cálculo das médias e testes estatísticos foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.0.

A análise estatística de concordância, segundo cada item do instrumento, foi realizada por meio da adequação do ajustamento das proporções dos juízes que concordaram com a pertinência do instrumento. Para tanto, empregou-se o teste Binominal, sendo pertinente o valor p igual ou superior a 0,05 com ponte de corte de 0,85. Para essa análise, o nível de significância (α) adotado foi de 5%.

Neste estudo, foram estabelecidos como indicadores adequados a concordância dos itens 4 e 5, e inadequados as demais opções, e dessa maneira foi possível aplicar o teste binomial com as variáveis dicotômicas, sendo estas as recomendações de Lopes, Silva e Araújo (2012).

Os dados são apresentados por análise estatística descritiva e inferencial, e organizados em quadros e tabelas, nos quais estão sintetizados os principais pontos de discussão e analisados de acordo com a literatura pertinente.

5.5 Aspectos éticos

Foram considerados os pressupostos da bioética pela submissão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos juízes, referentes a fase análise do instrumento e referentes a fase de análise de conteúdo, que explicou e firmou o compromisso de manutenção dos princípios de não maleficência, beneficência, justiça e autonomia, ao qual se compromete a pesquisa quando se propôs ao voluntariado com liberdade de participação ou não até o término do estudo, respeitando assim, as normas e diretrizes do que trata sobre a realização de pesquisas com seres humanos por meio da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade da Integração da Lusofonia Afro-brasileira sob n° do parecer 2.294.595.

Os participantes tiveram a liberdade de se recusar a participar, de solicitar novos esclarecimentos e de retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo.

5.6 Financiamento do estudo

O financiamento para a realização do estudo foi de competência da autora, sendo de sua inteira responsabilidade a provisão de recursos e execução.

6 RESULTADOS

Os resultados são elucidados de acordo com as etapas do estudo. Primeiramente é apresentada a análise de conceito, sendo previamente embasada pela RI e, posteriormente, a análise de conteúdo por juízes.

6.1 Revisão Integrativa da literatura

A quantidade de artigos encontrados nas bases de dados e nos periódicos estão mencionados na tabela a seguir.

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

Cruzamento	LILACS	PUBMED	SCOPUS	JHGD¹	SCIENCE DIRECT	Wofs²	TOTAL
01	0	56	11	7	1.423	55	1.552
02	0	36	02	1	2.857	43	2.939
03	0	2.316	100	25	40.465	780	43.686
04	0	564	86	15	18.503	887	20.055
05	0	9.386	9.213	9	15.251	524	34.383
TOTAL	0	12.358	9.412	57	78.499	2.289	102.615

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

Na primeira etapa, os 102.615 artigos foram submetidos a leitura de título e resumo que abordavam o fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente, sendo que nas bases de dados e periódicos que apresentaram uma quantidade maior de publicações, foi realizada uma filtração dos últimos cinco anos previamente a realização desta etapa. Havendo consenso de pelos dois pesquisadores o artigo era selecionado para a próxima fase. Caso houvesse a discordância ou dúvida em relação ao artigo selecionado entre os pesquisadores, a referência era submetida à análise da orientadora para a verificação e seleção do mesmo.

A segunda etapa, a leitura dos artigos na íntegra possibilitou identificar os que estavam de acordo com as perguntas norteadoras, os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Os dados quantitativos referentes a estas etapas duas primeiras etapas, estão descritos nos quadros 6 a 10, a seguir:

Quadro 6. Quantitativo dos artigos após as duas etapas de avaliação utilizando o primeiro cruzamento: Delay AND psychosocial development AND infant.

Cruzamento 1	Base de dados/ Periódico	Data	Filtro	Selecionados (1ª etapa)	Selecionados (2ª etapa)
Delay AND psychosocial development AND infant	SCOPUS	10/05/2017	-	5	2
	JHGD ¹	27/07/2017	-	2	2
	PUBMED	25/07/2017	-	35	18
	SCIENCE DIRECT	01/08/2017	-	1.000	218
	WofS ²	27/07/2017	-	32	7

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

Quadro 7. Quantitativo dos artigos após as duas etapas de avaliação utilizando o segundo cruzamento: Delay AND infant OR maturational development.

Cruzamento 2	Base de dados/ periódico	Data	Filtro	Selecionados (1ª etapa)	Selecionados (2ª etapa)
Delay AND infant OR maturational development	SCOPUS	10/05/2017	-	1	1
	JHGD ¹	27/07/2017	-	1	1
	PUBMED	25/07/2017	-	10	4
	SCIENCE DIRECT	01/08/2017	Últimos 5 anos	939	318
	WofS ²	27/07/2017	-	18	7

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

Quadro 8. Quantitativo dos artigos após as duas etapas de avaliação utilizando o terceiro cruzamento: Delay AND growth and development AND infant.

Cruzamento 3	Base de dados/ periódico	Data	Filtro	Selecionados (1ª etapa)	Selecionados (2ª etapa)
Delay AND growth and development AND infant	SCOPUS	17/05/2017	-	52	17
	JHGD ¹	27/07/2017	-	10	3
	PUBMED	25/07/2017	Últimos 5 anos	386	119
	SCIENCE DIRECT	03/08/2017	Últimos 5 anos	5.451	118
	WofS ²	28/07/2017	-	109	109

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

Quadro 9. Quantitativo dos artigos após as duas etapas de avaliação utilizando o quarto cruzamento: Delay AND cognitive development AND infant.

Cruzamento 4	Base de dados/ periódico	Data	Filtro	Selecionados (1ª etapa)	Selecionados (2ª etapa)
Delay AND cognitive development AND infant	SCOPUS	24/05/2017	-	73	18
	JHGD ¹	27/07/2017	-	0	0
	PUBMED	26/07/2017	-	286	117
	SCIENCE DIRECT	03/08/2017	Últimos 5 anos	5.451	236
	WofS ²	31/07/2017	-	71	71

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

Quadro 10. Quantitativo dos artigos após as duas etapas de avaliação utilizando o quinto cruzamento: Developmental disabilities AND infant.

Cruzamento 5	Base de dados/ periódico	Data	Filtro	Selecionados (1ª etapa)	Selecionados (2ª etapa)
Developmental disabilities AND infant	SCOPUS	25/07/2017	Últimos 5 anos	181	20
	JHGD ¹	27/07/2017	-	3	1
	PUBMED	27/07/2017	Últimos 5 anos	1.978	117
	SCIENCE DIRECT	03/08/2017	Últimos 5 anos	4.283	123
	WofS ²	29/07/2017	-	302	71

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

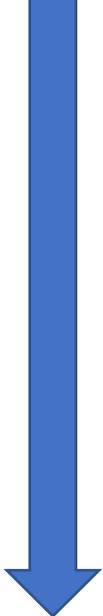
Com os resultados apresentados na segunda etapa, os artigos foram analisados objetivando responder à questão de pesquisa. Dos 1.718 artigos selecionados, foi possível estabelecer um quantitativo de 123 estudos para a avaliação da terceira etapa.

Os estudos selecionados foram analisados segundo algumas características de um instrumento adaptado do modelo proposto por Ursi (2005) (APÊNDICE B), para extração dos dados pertinentes à questão desse estudo: 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 do lactente.

Para a avaliação metodológica dos estudos utilizou-se a classificação em cinco níveis de evidência recomendada por Melnyk e Fineout-Overholt (2011) descritos no quadro a seguir.

Quadro 11. Classificação dos níveis de evidência dos estudos segundo recomendação de Melnyk e Fineout-Overholt (2011).

Classificação do estudo segundo nível de evidência	Força de evidência
---	---------------------------

<p>Nível I Síntese de Estudo de coorte Síntese de Estudo de caso-controle</p> <p>Nível II Estudo de coorte Estudo de caso-controle</p> <p>Nível III Metassíntese de estudos qualitativos Síntese de Estudo descritivo</p> <p>Nível IV Apenas um Estudo Qualitativo Apenas um Estudo Descritivo</p> <p>Nível V Opinião de especialista</p>	<p>Mais forte</p>  <p>Menos forte</p>
---	--

Para a avaliação dos estudos selecionados, segundo a qualidade metodológica, adotou-se a avaliação por meio dos itens que compõem a iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology- Strobe* (VANDENBROUCKE, *et al.*, 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.

Nesse processo crítico-reflexivo de leitura dos artigos foi necessário suporte literário e a presença da orientadora para o “refinamento” do material encontrado, considerando que a mesma domina a linha de pesquisa das Taxonomias, contribuindo para a consolidação dos achados para posteriormente realizarmos a construção do instrumento. Os resultados da amostra final dos estudos que serviram como base para a realização da análise de conceito serão apresentados na tabela, nos quadros e diagramas a seguir.

TABELA 2 - Quantitativo das referências encontradas em cada cruzamento nas bases de dados e periódicos selecionados na Revisão Integrativa. Redenção/CE, 2017.

Cruzamento	LILACS	PUBMED	SCOPUS	JHGD¹	SCIENCE DIRECT	WofS²	TOTAL
01	0	06	02	0	04	02	14
02	0	02	01	0	03	01	07
03	0	17	15	0	05	10	47
04	0	09	10	0	09	10	38
05	0	0	13	0	02	02	17
TOTAL	0	34	41	0	23	25	123

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

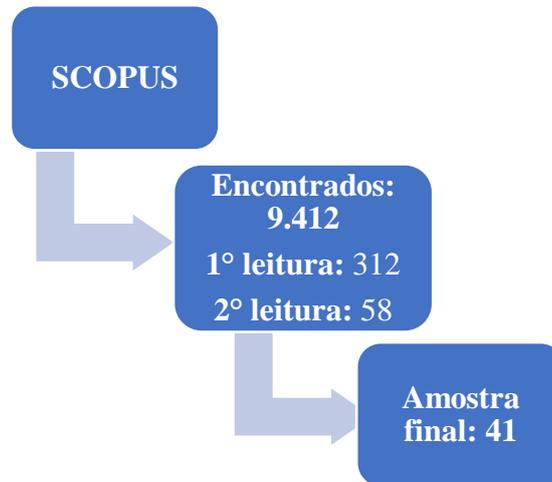
A seguir, está descrito o refinamento da avaliação dos artigos em cada base de dados por cruzamento conforme as etapas deste estudo, exceto da base de dados Lilacs por não ter sido encontrado nenhum estudo ao realizar a busca.

Quadro 12. Processo de seleção na base de dados SCOPUS por cruzamento. Redenção/CE, 2017.

SCOPUS/CRUZAMENTO	1	2	3	4	5
Encontrados	11	02	100	86	9.213 *Realizado filtro para refinar: estudos disponíveis <i>full text</i> pelo <i>proxy</i> de 2013-2017. <u>Após</u> <u>refinamento:</u> 256
1° leitura	05 *06 não abordaram a temática.	01 *01 não abordou a temática.	52 * 48 não abordaram a temática e destes 02	73 * 09 não abordaram a temática.	181 * 48 não abordaram a temática e destes, 04

			estavam duplicados.		estavam duplicados.
2° leitura	02 * 03 não atenderam aos critérios de inclusão.	01	17 * 35 não atenderam aos critérios de inclusão.	18 * 55 não atenderam aos critérios de inclusão.	20 * 161 não atenderam aos critérios de inclusão.
Amostra final (Artigos que responderam a questão de pesquisa)	02	01	15	10	13

Diagrama 1. Processo de seleção na base de dados SCOPUS.



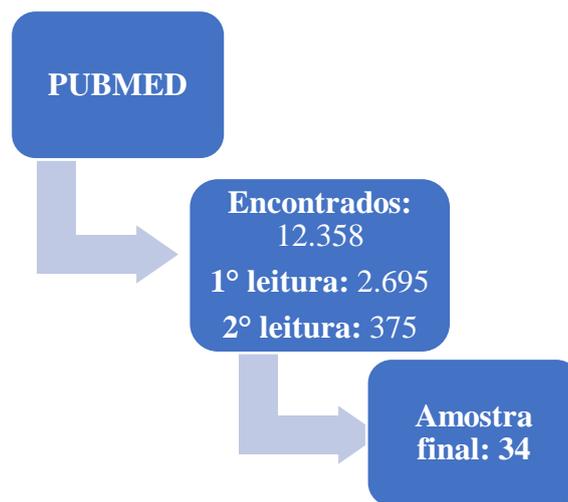
Fonte: Própria autora.

Quadro 13. Processo de seleção na base de dados PUBMED por cruzamento. Redenção/CE, 2017.

PUBMED/CRUZAMENTO	1	2	3	4	5
Encontrados	56	36	2.316 *Realizado filtro para refinar: estudos disponíveis <i>full text</i> pelo <i>proxy</i> de 2013-2017.	564	9.386 *Realizado filtro para refinar: estudos disponíveis <i>full text</i> pelo <i>proxy</i> de 2013-2017.

			<u>Após refinamento:</u> 735.		<u>Após refinamento:</u> 2.596.
1º leitura	35 * 21 não abordaram a temática.	10 * 26 não abordaram a temática.	386 * 349 não abordaram a temática.	286 * 278 não abordaram a temática.	1.978 * 1.618 não abordaram a temática e 243 estavam duplicados.
2º leitura	18 * 17 não atenderam aos critérios de inclusão.	04 * 06 não atenderam aos critérios de inclusão.	119 * 267 não atenderam aos critérios de inclusão.	117 * 169 não atenderam aos critérios de inclusão.	117 * 1.861 não abordaram a temática sendo.
Amostra final (Artigos que responderam a questão de pesquisa)	06	02	17	09	00

Diagrama 2. Processo de seleção na base de dados PUBMED.



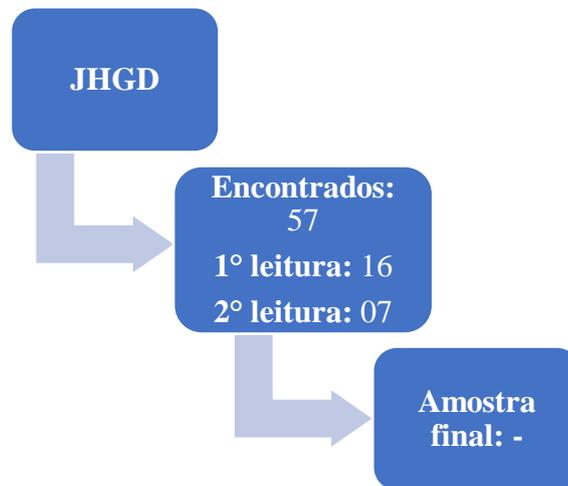
Fonte: Própria autora.

Quadro 14. Processo de seleção na base de dados JHGD por cruzamento. Redenção/CE, 2017.

JHGD/CRUZAMENTO	1	2	3	4	5
Encontrados	07	01	25	15	09
1º leitura	02	01	10	00	03

	* 05 não abordou a temática.			* 15 não abordaram a temática.	* 06 não abordaram a temática.
2° leitura	02	01	03 * 07 não atendeu aos critérios de inclusão.	00	01 * 02 não atenderam aos critérios de inclusão.
Amostra final (Artigos que responderam a questão de pesquisa)	00	00	00	00	00

Diagrama 3. Processo de seleção na base de dados JHGD.



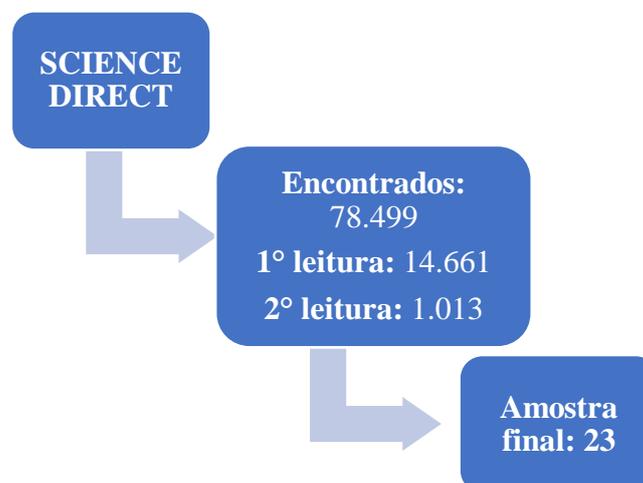
Fonte: Própria autora.

Quadro 15. Processo de seleção na base de dados SCIENCE DIRECT por cruzamento. Redenção/CE, 2017.

SCIENCE DIRECT/CRUZAMENTO	1	2	3	4	5
Encontrados	1.423	2.857	40.465	18.503	15.251
	*Realizado filtro para refinar: estudos				

	disponíveis <i>full text</i> pelo <i>proxy</i> de 2013-2017. <u>Após</u> <u>refinamento:</u> 1.000.	disponíveis <i>full text</i> pelo <i>proxy</i> de 2013-2017. <u>Após</u> <u>refinamento:</u> 1.235	disponíveis <i>full text</i> pelo <i>proxy</i> de 2013-2017. <u>Após</u> <u>refinamento:</u> 12.575.	disponíveis <i>full text</i> pelo <i>proxy</i> de 2013-2017. <u>Após</u> <u>refinamento:</u> 9.387	disponíveis <i>full text</i> pelo <i>proxy</i> de 2013-2017. <u>Após</u> <u>refinamento:</u> 8.567
1° leitura	577 * 423 não abordaram a temática sendo que 201 estavam duplicados.	939 * 296 não abordaram a temática sendo que 86 estavam duplicados.	5.451 * 7.124 não abordaram a temática sendo que 2.803 estavam duplicados.	3.431 * 5.956 não abordaram a temática sendo que 1.534 estavam duplicados.	4.283 * 4.284 não abordaram a temática sendo que 1.869 estavam duplicados.
2° leitura	218 * 359 não atenderam aos critérios de inclusão.	318 * 621 não atenderam aos critérios de inclusão.	118 * 5.333 não atenderam aos critérios de inclusão.	236 * 3.195 não atenderam aos critérios de inclusão.	123 * 4.160 não atenderam aos critérios de inclusão.
Amostra final (Artigos que responderam a questão de pesquisa)	04	03	05	09	02

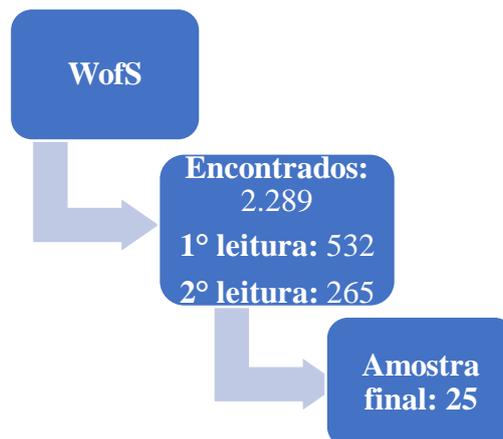
Diagrama 4. Processo de seleção na base de dados SCIENCE DIRECT.



Fonte: Própria autora.

Quadro 16. Processo de seleção na base de dados WofS por cruzamento. Redenção/CE, 2017.

WofS/CRUZAMENTO	1	2	3	4	5
Encontrados	55	43	780 *Realizado filtro para refinar: estudos disponíveis <i>full text</i> pelo <i>proxy</i> de 2013-2017. <u>Após</u> <u>refinamento:</u> 358.	887 *Realizado filtro para refinar: estudos disponíveis <i>full text</i> pelo <i>proxy</i> de 2013-2017. <u>Após</u> <u>refinamento:</u> 211.	524 *Realizado filtro para refinar: estudos disponíveis <i>full text</i> pelo <i>proxy</i> de 2013-2017. <u>Após</u> <u>refinamento:</u> 416.
1° leitura	32 * 23 não abordaram a temática.	18 * 25 não abordaram a temática.	109 * 249 não abordaram a temática.	71 * 140 não abordaram a temática.	302 * 114 não abordaram a temática.
2° leitura	07 * 25 não atenderam aos critérios de inclusão.	07	109	71	71 * 231 não atenderam aos critérios de inclusão.
Amostra final (Artigos que responderam a questão de pesquisa)	02	01	10	10	02

Diagrama 5. Processo de seleção na base de dados WofS.

Fonte: Própria autora.

Esta etapa não necessitou de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

6.2 Análise de conceito

A análise de conceito é apresentada em quadros e tabelas e divididos pelos seguintes tópicos: Categorização dos estudos, modelo da análise de conceito segundo Walker e Avant (2011) do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente, identificação da definição do diagnóstico Atraso do Desenvolvimento do lactente e proposta dos elementos estruturais para o Diagnóstico de Enfermagem Atraso do desenvolvimento do lactente.

6.1.2 Categorização dos estudos

A partir da RI foram encontrados 123 estudos que subsidiaram a análise de conceito do fenômeno *Atraso do desenvolvimento do lactente*. O processo de análise dos estudos, a definição do conceito, identificação dos atributos, dos antecedentes (fatores relacionados), consequentes (características definidoras), definições conceituais e operacionais relacionadas ao objeto de estudo e foram identificadas e selecionadas por meio da leitura aprofundada dos estudos.

A Tabela 3 apresenta o consolidado dos estudos encontrados e analisados durante a RI.

TABELA 3 - Distribuição dos artigos conforme ano de publicação, idioma, país onde o estudo foi desenvolvido, área profissional dos autores, nível de evidência e tipo de domínio do desenvolvimento (n=123). Redenção/CE, 2017.

VARIÁVEIS	n=123	%
Ano de publicação		
1985 I — 1998	4	3,2
2004 I — 2008	11	8,9
2009 I — 2012	21	17,0
2013 I — 2016	76	61,7
2017	11	8,9
Idioma		
Inglês	121	98,3
Português	2	1,7
Espanhol	0	0,0

País onde o estudo foi realizado
América do Norte

Canadá	7	5,6
EUA ¹	18	14,6
Jamaica	2	1,6

América Central

Guatemala	1	0,8
-----------	---	-----

América do Sul

Brasil	25	20,3
Chile	3	2,4

Europa

Alemanha	2	1,6
Espanha	2	1,6
Finlândia	2	1,6
França	1	0,8
Holanda	2	1,6
Inglaterra	2	1,6
Noruega	1	0,8
Portugal	3	2,4
Reino Unido	1	0,8
Suíça	3	2,4

África

África do Sul	3	2,4
Uganda	1	0,8

Ásia

Bangladesh	1	0,8
China	4	3,2
Índia	3	2,4
Irã	2	1,6
Israel	2	1,6
Japão	4	3,2
Nepal	1	0,8
Paquistão	1	0,8

Rússia	2	1,6
Euro-asiático		
Turquia	2	1,6
Não especificado	22	17,8
Área profissional dos autores		
Medicina	26	21,1
Pediatria e Neonatologia	39	31,7
Neuropsiquiatria	3	2,4
Fonoaudiólogo	4	3,2
Enfermagem	13	10,5
Psicologia	9	7,3
Terapeuta Ocupacional	3	2,4
Outros*	23	18,7
Não especificado	3	2,4
Nível de evidência		
I	13	10,5
II	83	67,5
III	12	9,7
IV	15	12,1
V	-	-
Tipo de domínio do desenvolvimento		
Cognitivo		
Psicossocial	52	42,4
Linguagem	14	11,3
Cognitivo + Psicossocial	11	8,9
Cognitivo + Linguagem	21	17,0
Cognitivo + Linguagem + Psicossocial	9	7,3
Cognitivo (Linguagem)	6	4,8
Linguagem + Psicossocial	4	3,2
	5	4,0

Legenda: ¹ Estados Unidos da América, * Obstetrícia/Ginecologia, Bioestatística, Epidemiologia, Nutrição, Educador Físico, Fisioterapia, Otorrinolaringologista.

Observa-se que os estudos sobre a temática se iniciaram na década de 80, porém, a maior quantidade de estudos concentrou-se no período de 2013 a 2016 representando 61,7% da amostra (n=123). Com relação ao idioma predominou os estudos em inglês representando 98,3% da amostra.

O Brasil se sobressai com relação a quantidade de estudos encontrados sendo 25 (20,3%), sobre o atraso do desenvolvimento do lactente o que reflete avanços na pesquisa na área no país. Em seguida tem-se EUA com 18 (14,6%) e Canadá com 7 (5,6%). No continente africano e na América Central foram encontrados o menor número de estudos. No cenário dos países lusófonos, foram encontrados estudos apenas no Brasil, já citado, e Portugal demonstrando assim, a necessidade da realização de pesquisas nesses países voltadas para o desenvolvimento infantil.

No tocante a área de atuação, observa-se maior concentração de estudos na área da Pediatria e Neonatologia com uma amostra de 39 (31,7%) estudos. Em seguida temos a área da Medicina com uma amostra de 26 (21,1%) estudos e outras áreas (Obsterícia/Ginecologia, Bioestatística, Epidemiologia, Nutrição, Educador Físico, Fisioterapia, Otorrinolaringologista) com uma amostra de 23 (18,7%) estudos. No âmbito da Enfermagem foram encontrados 13 (10,5%) o que pode ser considerado uma amostra pequena no tocante ao desenvolvimento de pesquisas na temática.

Os estudos de coorte e caso-controle destacaram-se, compondo uma amostra de 83 (67,5%) classificados no nível de evidência II, portanto, apresentado evidências clínicas fortes. Os estudos descritivos e qualitativos compuseram a segunda maior amostra, sendo encontrados 15 (12,1%) estudos.

Apesar dos estudos classificados em nível IV terem composto a segunda maior amostra deste estudo no tocante ao nível de evidência e ser considerado fraco, os mesmos foram considerados nesta pesquisa pela possibilidade de fornecer elementos conceituais para a análise do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente.

Referente ao nível de evidência dos estudos por meio da utilização da iniciativa STROBE, 85% dos estudos selecionados compreendiam os requisitos propostos, representando que os estudos atenderam aos critérios necessários para a condução de uma pesquisa e

incremento de outras. A presença de 19 itens da iniciativa STROBE esteve presente em 12% dos estudos selecionados. Um total de 3% dos estudos atendeu apenas a nove itens que compõem o STROBE.

Quanto aos domínios do desenvolvimento, destaca-se que o domínio cognitivo foi predominante com uma amostra de 52 (42,4%) estudos encontrados. O domínio da linguagem foi encontrado dentro do domínio cognitivo e de maneira separada. Cabe aos pesquisadores definir se fará parte de domínio cognitivo ou não. Salienta-se que o domínio da linguagem foi mencionado separadamente para denotar a dificuldade dos autores em caracterizá-los. Alguns consideram que a linguagem faz parte do domínio cognitivo, outros colocam que a linguagem é um domínio, e outros colocam que os dois termos são sinônimos. Observa-se que 77 (62,6%), ou seja, a maioria dos estudos abordaram os domínios de maneira separadas, o que pode ser considerado um ponto positivo para a melhor compreensão dos mesmos, mas não deixando de considerar que o desenvolvimento ocorre com a interação dos diferentes domínios.

6.1.3 Modelo da análise de conceito segundo Walker e Avant (2011) do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente

A análise de conceito ocorreu de maneira concomitante com a RI, a partir da leitura dos artigos selecionados (n=123), proporcionando ampla compreensão acerca do fenômeno estudado, assim como, contribuindo para sua correta utilização.

Foram identificados os possíveis usos do conceito atraso do desenvolvimento do lactente, seus atributos, antecedentes e consequentes, assim como, as populações em risco e as condições associadas, e as definições conceituais e operacionais.

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

6.1.3.1 *Identificação dos possíveis uso do conceito Atraso do desenvolvimento do lactente*

Nesta etapa buscou-se responder as perguntas norteadoras: Qual a definição de atraso do desenvolvimento do lactente? Quais suas características?

A seguir, está disposto um quadro com os conceitos sobre o fenômeno atraso do desenvolvimento, já com o julgamento, a partir dos artigos encontrados na revisão integrativa.

Quadro 17. Conceitos de atraso do desenvolvimento infantil extraídos da literatura. Redenção/CE, 2018.

Definições conceituais do atraso do desenvolvimento do lactente	Referências	Fonte de pesquisa
<p>Os atrasos no desenvolvimento são um grupo de distúrbios crônicos etiologicamente heterogêneos com uma perturbação documentada em um ou mais domínios de desenvolvimento reconhecidos; Esses domínios são: motor (bruto ou fino), fala / linguagem, cognitivo, social e atividades da vida diária. A perturbação geralmente deve ser significativa, o que significa um desempenho de mais ou igual a 2 desvios-padrão abaixo da média em uma avaliação de desenvolvimento padronizada. O atraso no desenvolvimento global é descrito como atraso significativo em dois ou mais domínios de desenvolvimento (motor grosso, motor fino, cognição, fala / linguagem e pessoal / social).</p>	<p>FAYYAZI, A; KHEIZRIAN, L; KHERADMAND, Z; DAMADI, S; KHAJEH, A. Evaluation of the Young Children with Neurodevelopmental Disability: A Prospective Study at Hamadan University of Medical Sciences Clinics. Iran J Child Neurol. v. 7, n.1; p. 29-33, 2013.</p>	<p>SCOPUS</p>
<p>Não conseguir cumprir os marcos de desenvolvimento esperados dentro de uma janela de tempo proibida, com base na idade cronológica.</p>	<p>SCARBOROUGH, A. A; LLOYD, E. C; BARTH, R. P. Maltreated Infants and Toddlers: Predictors of Developmental Delay. J Dev Behav Pediatr, v. 30, n.6, p.489 – 498, 2009.</p>	<p>SCOPUS</p>
<p>Transtorno de infância grave, clinicamente e geneticamente altamente heterogêneo.</p>	<p>LOHMANN,K; et al. Novel GNB1 mutations disrupt assembly and function of G protein</p>	<p>SCOPUS</p>

	heterotrimers and cause global developmental delay in humans. Oxford University Press , v.15, 2017.	
Crianças com atrasos no desenvolvimento têm menor qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) do que normalmente desenvolvem crianças, e sua condição tem um impacto negativo substancial no funcionamento da família. Em comparação com os pais de crianças tipicamente em desenvolvimento, os pais de crianças com atrasos no desenvolvimento experimentam maior sofrimento psicológico, como ansiedade e depressão, menor satisfação com os cuidados com a saúde infantil e menor QVRS	HSIEH, R.L; et al. Short-term family-centered workshop for children with developmental delays enhances Family functioning and satisfaction. Medicine , 2016.	SCOPUS
Pode ser definido como um significativo Atraso em dois ou mais domínios de desenvolvimento: bruto e fino motor; Discurso e linguagem; conhecimento; Pessoal e social desenvolvimento; Ou atividades da vida diária. Esses fatores são Dois ou mais SD abaixo da média no desenvolvimento Testes de triagem ou avaliação.	FOO,Y.L; <i>et al.</i> Genetic Evaluation of Children with Global Developmental Delay Current Status of Network Systems in Taiwan. Pediatrics and Neonatology , v. 56,p. 213–219, 2015.	SCOPUS

<p>Um transtorno de fala ocorre quando uma criança é incapaz para produzir sons de fala corretamente ou fluentemente. Uma desordem da linguagem ocorre quando há um problema para entender o que outros dizem (descritos como receptivos) ou quando há uma dificuldade em transmitir informações e pensamentos (referidos tão expressivo).</p>	<p>LAWRENCE, R; BATEMAN, N. Premature infants with birth weights of 1500–1999 g exhibit considerable delays in several developmental áreas. Clin. Otolaryngol., n.38, p.148-153. 2013.</p>	<p>PUBMED</p>
<p>Os transtornos invasivos do desenvolvimento (PDD) são caracterizadas por deficiências presentes em múltiplas áreas de processos de comportamento. O resultado é prejuízos na interação social, comunicação verbal e não verbal, e a presença de interesses restritos e repetitivos.</p>	<p>GARCIA-RON, G; CARRATALÁ, F; ANDREO-LILLO, P; RICOTE, J.L; MOYA, M. Developmental status of Young infants with congenital heart disease. J. Dey Behav Pediatr., n.26, v.1, p.34-41, 2005.</p>	<p>PUBMED</p>
<p>O atraso no desenvolvimento geralmente se refere a crianças que não exibem características proeminentes de desenvolvimento que eles são esperados para sua idade.</p>	<p>ROSHANAK, V; SEDIGHEN, A.A.A.E; HOMEIRA, S; FIROOZEN, S; HAMID, A. Correlation Between Mothers' Depression and Developmental Delay in Infants Aged 6-18 Months. Revista Global de Ciências da Saúde, v 8, n. 5, 2016.</p>	<p>PUBMED</p>

Fonte: Dados da própria pesquisa.

Para conhecer o fenômeno atraso no desenvolvimento infantil, é necessário previamente, saber as definições e características do próprio desenvolvimento infantil. Dessa forma, seu conceito configura-se por ser complexo e amplo. A literatura, também, demonstra controvérsias quanto ao seu uso, pois alguns dissociam o crescimento do desenvolvimento infantil e outros considera-o um domínio que está inserido nele, denominando-o como desenvolvimento físico.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), o desenvolvimento infantil caracteriza-se como eixo referencial para todas as atividades de atenção à criança sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social. Diante dessa complexidade, esse processo configura-se por ser global, dinâmico e contínuo, e ocorre desde a concepção até o final da vida.

Hockenberry, Wilson e Inkelstein (2011) apontam que, o desenvolvimento infantil envolve a personalidade (psicossocial), a capacidade mental (cognitivo, linguagem, moral, espiritual), o autoconceito (imagem corporal, autoestima) e o caráter social por meio de brincadeiras (desenvolvimento sensório-motor e intelectual). No geral, observa-se que o desenvolvimento infantil é um processo unificado que abrange diferentes aspectos da formação humana: psicossocial, cognitivo e físico; os quais podem ser explicitados ou não, a depender do contexto e que explicar o atraso do desenvolvimento requer habilidades dos profissionais nos diferentes domínios.

Sendo assim, segundo Foo (2015), o atraso do desenvolvimento pode ser definido como um significativo atraso em dois ou mais domínios de desenvolvimento: bruto e fino motor; Discurso e linguagem; conhecimento; Pessoal e social do desenvolvimento; Ou atividades da vida diária. Esses fatores são dois ou mais desvio padrão abaixo da média no desenvolvimento em testes de triagem ou avaliação.

Os conceitos de atraso do desenvolvimento do lactente foram utilizados principalmente na área de medicina. Na área de fisioterapia e psicologia foram também amplamente mencionados. Na área da Enfermagem não foi encontrado nenhum estudo mencionando o conceito do fenômeno em estudo.

6.1.3.2 *Determinação dos atributos essenciais*

Essa etapa estabelece as características essenciais atribuídas ao conceito. Assim, buscou-se responder ao seguinte questionamento: Quais os atributos que compõem o atraso do desenvolvimento do lactente?

A seguir, estão expostos os atributos do conceito do fenômeno em estudo.

Quadro 18. Atributos referentes ao fenômeno do atraso do desenvolvimento do lactente. Redenção/CE, 2018.

Atributos do atraso do desenvolvimento do lactente	Referências
Deficiências do desenvolvimento	FAYYAZI, A; KHEIZRIAN, L; KHERADMAND, Z; DAMADI, S; KHAJEH, A. Evaluation of the Young Children with Neurodevelopmental Disability: A Prospective Study at Hamadan University of Medical Sciences Clinics. Iran J Child Neurol. v. 7, n.1; p. 29-33, 2013.
Transtornos do desenvolvimento Perturbações do desenvolvimento Distúrbios do desenvolvimento Problemas de desenvolvimento	BASKABADI, H; BAGHERI, F; HOSSEINI, Z.A. Developmental Disorders in Preterm Neonates during the First Two Years of Life Using the Ages and Stages Questionnaire. J Med Sci Babol Univ. Vol 18,. P: 7-13, 2016.
Aberração no desenvolvimento	ELENJICHAL, M.G. Development of High-Risk Newborns – A Follow-up Study from Birth to One Year. INDIAN PEDIATRICS, v. 46, 2009.
Anormalidade leve no desenvolvimento	CORBETT, S.S; DREWETT, R.F. To what extent is failure to thrive in infancy associated with poorer cognitive development? A reviewandmeta-analysis. Journal of Child Psychology and Psychiatry, v.45.n. 3, p.641–654, 2004.
Deficiência cognitiva Déficits cognitivos Comprometimento cognitivo	O’DONNELL, L; SOILEAU, B.T; SEBOLD, C; GELFOND, J; HALE, D.E; CODY, J.D. Tetrasomy 18p: Report of cognitive and behavioral characteristics. Am J Med Genet Part , v. 167, p.1474–1482, 2015.
Atraso no neurodesenvolvimento	LEVINE, T.A; GRUNAU, R.E; MCAULIFFE, F.M; PINNAMANENI, R; FORAN, A; ALDERDICE, F.A. Early Childhood Neurodevelopment After Intrauterine Growth Restriction: A Systematic Review. PEDIATRICS., v.135, n. 1, 2015.

Desenvolvimento intelectual anormal	KUNZ, M; LEHNER, M; HEGER, A; ARMBRUSTER, L; WEIGAND, H; MAST, G; PERAUD, A. Neurodevelopmental and esthetic results in children after surgical correction of metopic suture synostosis: a single institutional experience. Childs Nerv Syst , v. 30, p.1075–82, 2014.
Deficiência na função cognitiva	LI, C; LIU, C; ZHOU, B; HU, C; XIU, X. Novel microduplication of CHL1 gene in a patient with autism spectrum disorder: a case report and a brief literature review Molecular Cytogenetics . v. 9, n. 51, 7 p., 2016
Comprometimento do desenvolvimento pessoal-social	ALI, N.F; MAHMUD, S; KHAN, A; ALI, B.S. Impact of postpartum anxiety and depression on child's mental development from two peri-urban communities of Karachi, Pakistan: a quasi experimental study. BMC Psychiatry ., v.13, 274, 2013
Retardo mental (cognitivo);	SCARBOROUGH, A. A; LLOYD, E. C; BARTH, R. P. Maltreated Infants and Toddlers: Predictors of Developmental Delay. J Dev Behav Pediatr , v. 30, n.6, p.489 –498, 2009
Atraso mental	GRANT, R; ISAKSON, E. A. Regional Variations in Early Intervention Utilization for Children with Developmental Delay. Matern Child Health J , v.17, p.1252-1259, 2012.
Deficiência do desenvolvimento neurológico	ERAS, D. D. Z; SAKRUCU, E. D; DILMEN U. Neurodevelopmental Evaluation of Very Low Birth Weight Infants with Sepsis at 18 to 24 Months' Corrected Age. Indian pediatrics , v.50, 2013

Fonte: Dados da própria pesquisa.

Percebe-se que os atributos encontrados se referem principalmente ao conceito geral de atraso do desenvolvimento do lactente que é multifatorial. Dentre os diferentes domínios que existem relacionados ao DI, os domínios cognitivo e psicossocial foram os que se destacaram referentes aos atributos relacionados ao conceito do fenômeno estudado.

6.1.3.3 Construção de um caso modelo e de um caso contrário

Nesta etapa do estudo, é exemplificado um caso clínico fictício com a aplicação do conceito abordado, a fim de proporcionar uma melhor compreensão e aplicabilidade na identificação do fenômeno estudado. Em contraposição, apresenta-se um caso contrário no qual

é possível perceber o “não conceito”, ou seja, o que não define o conceito do fenômeno estudado e que denota o lactente sem atraso do desenvolvimento.

O caso modelo pressupõe um exemplo de um lactente com o fenômeno estudado exemplificado com os atributos definidores: deficiências do desenvolvimento, deficiência cognitiva e comprometimento do desenvolvimento pessoal-social.

A seguir no quadro os exemplos dos casos modelo e contrário.

Quadro 19. Identificação dos casos modelo e contrário do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente. Redenção/CE, 2018.

CASO MODELO	C.V.P.A, sexo masculino, 18 meses, terceiro filho de uma prole de 4, residente da zona rural da cidade de Acarape-Ceará. Durante a visita domiciliar para realizar busca ativa à sua genitora que estava faltando as consultas de puericultura, a Enfermeira avaliou a caderneta do C.V.P.A pelo qual observou que as vacinas de 12 e 15 meses não haviam sido administradas. A genitora relatou que por ser solteira e por ter engravidado próximo ao período das vacinas, não conseguiu mais acompanhar seu filho. O lactente não recebeu Aleitamento Materno Exclusivo pois a mãe relatou que ficava fraca e que não trabalhava, não tendo condições financeiras para ter uma alimentação melhor. A genitora é analfabeta e alcoólotra. Sobre o histórico obstétrico, a gravidez não foi desejada, realizou menos de 6 consultas de pré-natal, não realizou os exames básicos, teve Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação culminado com a eclampsia e parto prematuro (32 semanas) por cesárea. Sobre o histórico neonatal nasceu com peso de 1.800g, passou 1 mês na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal fazendo uso de oxigenioterapia e corticoterapia, sendo que ainda na vida intra-útero foi detectado com Restrição de Crescimento (RCIU). Ao exame físico: hipocorado, não higienizado, desidratado, normotenso, eupneico e afebril. Peso= 9Kg, Estatura = 81 cm, PC = 45cm (Abaixo do esperado para a idade pelo escore z). A história atual da criança é de desnutrição, não consegue duplicar as sílabas (não fala nenhuma palavra), anda sem equilíbrio, não sabe mostrar o que quer e não usa colher ou garfo. Não consegue colocar 2 cubos para montar a torre. Ao indagar sobre o sono, a mãe relata que criança não dorme bem à noite e durante o dia não “tira nenhum
--------------------	--

	<p>cochilo”. Ao avaliar os dentes, percebeu-se a presença de cárie no incisivo superior esquerdo e a presença de 3 dentes “tortos” devido ao uso da chupeta. Durante a consulta a criança mostrou-se inquieta e a mãe não demonstrou nenhuma atitude de estimulação com a criança. Desse modo, percebe-se que a criança não apresenta desenvolvimento adequado para a idade.</p>
<p>CASO CONTRÁRIO</p>	<p>A.C.L.L, 9 meses, sexo masculino, filho único. Residente em área urbana no município de Redenção/CE. Os pais o levaram para a consulta de puericultura como rotineiramente fazem na Unidade Básica de Saúde Sede I. O lactente mamou exclusivamente até os 6 meses e o momento encontra-se com o Aleitamento Complementar. A mãe relata que o filho não toma nenhum tipo de leite artificial e se alimenta normalmente junto com eles, comendo frutas, verduras, grãos, cereais e tubérculos de maneira saudável. Sobre o histórico obstétrico, os pais planejaram a gestação, realizou 14 consultas e todos os exames necessários, inclusive os exames que não estavam disponíveis pelo Sistema Único de Saúde. Não teve complicações obstétricas, teve o filho por parto normal com 41 semanas, peso ao nascer: 3.800g, com Apgar no 1º e 5º minuto de 8 e 10, respectivamente. Sobre o histórico neonatal, não teve complicações e não necessitou de cuidados intensivos. Ao exame físico: normocorado, higienizado, hidratado, normotenso, eupneico e afebril. Peso = 10 Kg, Estatura = 74 cm, PC = 45 cm, estando todos os parâmetros dentro dos valores adequados do escore z. A criança já anda equilibrada sem apoio, fala mais de três palavras duplicando as sílabas, mostra o que quer, coloca blocos na caneca, imita gestos e faz pinça. A criança interage com outras pessoas e sorri. Desse modo, percebe-se que a criança apresenta desenvolvimento adequado para a idade.</p>

Fonte: Dados da própria pesquisa.

6.1.3.4 Determinação dos antecedentes e dos consequentes do conceito

Os antecedentes são os fatores que podem levar a ocorrência do conceito. Pela nomenclatura da NANDA-I são denominados de fatores relacionados. Pela nomenclatura de Lopes, Silva e Araújo (2012) são denominados de fatores etiológicos.

Diante disso, buscou-se responder ao seguinte questionamento para encontrar os antecedentes: Quais os antecedentes que compõem o atraso do desenvolvimento do lactente?

Os possíveis termos que representem os antecedentes do conceito abordado, a princípio, foram extraídos da leitura realizada pelos estudos (n=123) selecionados da RI e, posteriormente, foram agrupados em categorias que correspondem aos 04 antecedentes do conceito. Na Tabela 4, estão presentes os antecedentes identificados e a frequência com que se apresentaram nos estudos.

TABELA 4 - Apresentação dos antecedentes identificados e a frequência com que se repetiam nos estudos selecionados a partir da revisão integrativa. Redenção/CE, 2018.

ANTECEDENTES	n
Dificuldades na alimentação	04
Maus-tratos	01
Alterações no padrão de sono	01
Conhecimento inadequado das mães sobre DI	01

Fonte: Dados da própria pesquisa.

Os consequentes são os sinais e sintomas apresentados devido a ocorrência do conceito. Pela nomenclatura da NANDA-I são denominados de características definidoras. Pela nomenclatura de Lopes, Silva e Araújo (2012) são denominados de indicadores clínicos.

Diante disso, buscou-se responder ao seguinte questionamento para encontrar os antecedentes: Quais os consequentes que compõem o atraso do desenvolvimento do lactente?

Os possíveis termos que representem os consequentes do conceito abordado, a princípio, foram extraídos da leitura realizada pelos estudos (n=123) selecionados da RI e, posteriormente, foram agrupados em categorias que correspondem aos 12 consequentes do conceito. Na Tabela 5, estão presentes os consequentes identificados e a frequência com que se apresentaram nos estudos.

TABELA 5 - Apresentação dos consequentes identificados e a frequência com que se repetiam nos estudos selecionados a partir da revisão integrativa. Redenção/CE, 2018.

CONSEQUENTES	n
Atraso cognitivo	48
Atraso na aprendizagem	07

Atraso na resolução de problemas	04
Atraso na linguagem	37
Retardo na linguagem receptiva	02
Retardo na linguagem expressiva	02
Ausência de habilidades na comunicação verbal	02
Atraso psicossocial	09
Problemas sócio-emocionais	04
Problemas de socialização	02
Deficiência comportamental	01
Comportamento desafiador	02

Fonte: Dados da própria pesquisa.

6.1.3.5 Definição das referências empíricas (definições operacionais)

A seguir no quadro 20, são apresentadas as definições conceituais e operacionais dos antecedentes do fenômeno *Atraso do desenvolvimento do lactente*.

Quadro 20. Apresentação das definições conceituais e operacionais dos antecedentes do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente. Redenção/CE, 2018.

ANTECEDENTES/ FATORES RELACIONADOS/ FATORES ETIOLÓGICOS
<p>Dificuldade na alimentação</p> <p>Definição conceitual: As dificuldades alimentares são caracterizadas pela incapacidade de consumir a alimentação por via oral de forma adequada. Pacientes com dificuldades na alimentação podem ser dependentes de sonda gástrica ou entérica para se alimentar e, geralmente, apresentam sintomas após as refeições, tais como: alterações cardiorrespiratórias, tosse, engasgo, recusa alimentar e capacidade de sucção ruim (JADCHERLA <i>et al.</i>, 2016; CRAPNELL <i>et al.</i>, 2015; BROWN; ROSS, 2011).</p> <p>Definição operacional: Para a avaliação da dificuldade alimentar o examinador poderá utilizar os seguintes procedimentos e escalas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ O estado nutricional é avaliado usando peso, comprimento, circunferência da cabeça (perímetro cefálico), perímetro torácico, peso, estatura e circunferência do braço (BRASIL, 2012);

- As práticas de alimentação infantil podem ser determinadas perguntando as mães sobre a primeira comida / bebida que foi dada a criança, o número de vezes que a criança foi alimentada, a pessoa que normalmente alimentava a criança e a combinação de alimentos normalmente dado. Os escores de diversidade alimentar da criança (CDDS), usado em crianças menores de 2 anos, adaptado da ferramenta *Household Diversity Score*, é usado para determinar a qualidade de cada criança dieta. A ferramenta tem um intervalo de 0 a 8 grupos de alimentos: 1) grãos, raízes ou tubérculos; 2) alimentos ricos em vitamina A; 3) outras frutas ou vegetais; 4) carne, aves, peixe e frutos do mar; 5) ovos; 6) leguminosas, leguminosas e nozes; 7) leite e produtos de leite; 8) alimentos cozidos em óleo ou gordura. Um escore maior que sete é determinado como padrão alimentar adequado (MUHOOZI *et al.* 2016).
- Aplicar a *Subescala de Alimentação da Avaliação Emocional Social do Bebê-Criança* aos 2 anos de idade: Esta subescala consiste em 9 itens que avaliam comportamentos alimentares típicos (por exemplo, relutância em aceitar novos alimentos) e comportamentos alimentares atípicos (por exemplo, cuspiendo comida, segurando comida nas bochechas, recusando-se a comer alimentos que requerem mastigação, engasgos e asfixia com alimentos). Os pais avaliam a frequência com que o filho se envolve em cada comportamento alimentar em uma escala que varia de 0 (nunca / raramente) a 2 (frequentemente). Os pais também podem documentar “Sem oportunidade.” Crianças com uma pontuação média superior a 0,95 para meninas e 0,97 para meninos (percentil 10 da amostra normativa) são definidos como “preocupantes” ou como tendo comportamento alimentar atípico (CRAPNELL *et al.*, 2015).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, (Cadernos de Atenção Básica, nº 33), 2012. p.272.

BROWN, J.V.; ROSS, E.S. Eating as a Neurodevelopmental Process for High-Risk Newborns. **Clin Perinatol.**, n. 38, p. 731–743, 2011.

CRAPNELL, T. L. et al. Neurodevelopmental Profile, Growth, and Psychosocial Environment of Preterm Infants with Difficult Feeding Behavior at Age 2 Years. **J Pediatr**, n. 167, p. 1347-53, 2015.

JADCHERLA, S.R. et al. Feeding Methods at Discharge Predict Long-Term Feeding and Neurodevelopmental Outcomes in Preterm Infants Referred for Gastrostomy Evaluation. **The journal of pediatrics**, 2016.

MUHOOZI, G. K. M. et al. Nutritional and developmental status among 6- to 8-month-old children in southwestern Uganda: a cross-sectional study. **Food & Nutrition Research**, n.60, 2016.

Alteração no padrão de sono

Definição conceitual:

Definido por bebês que acordam com mais frequência durante à noite (3 vezes ou mais), não cochilam durante o dia e possuem padrões de sono desorganizados (dorme bem em um dia e no outro não) (SPRUYT *et al.*, 2008; IEMURA, 2016).

Definição operacional:

O bebê inicia os seus padrões de sono a partir dos seis meses, embora isso varie muito entre eles. Os lactentes de 3 a 4 meses possuem um padrão de sono de pelo menos 9 a 11 horas de sono noturno, com total de sono diário em torno de 15 horas. O número de pequenas sonecas durante o dia deve ser de uma a duas. Assim, o examinador poderá utilizar os seguintes procedimentos e escalas para avaliar o sono dos lactentes:

- Para avaliar o padrão de sono pode ser utilizado o *Actigraphy* e o *Actiwatch*. O *Actigraphy* é a utilização de um diário do sono pelos pais/cuidadores pelo qual estes anotam a duração de cada sono diurno e noturno. O *Actiwatch* é um aparelho eletrônico colocado firmemente no lugar em uma bandagem de manga especialmente projetada, que seja confortável para o bebê vestir, podendo ser colocado ao redor da panturrilha da criança, aproximadamente no ponto médio entre o joelho e o tornozelo, sendo apenas removido para banho. Os pais são orientados a seguir sua rotina habitual normalmente. Nos dois métodos, o sono é avaliado em um período de 24 horas durante 2 semanas, sendo os valores das médias calculadas comparados com o padrão de sono esperado para a idade do lactente (SPRUYT *et al.*, 2008);
- O questionário *Children Japão's Study Sleep Questionnaire* (JCSSQ) é utilizado para avaliar os padrões de sono dos lactentes com a idade de 18 meses. O JCSSQ permite saber os parâmetros de "tempo de vigília", "hora de dormir", "número de noites acordadas", "hora do cochilo" e assim por diante para ser abordado durante a semana, sábados e domingos, usando três linhas de tempo separadas (manhã, tarde e noite) de uma forma que seja simples e fácil para os cuidadores preencherem. A partir das respostas, é possível calcular as médias de horas dormidas e comparar com o padrão de sono esperado para a idade do lactente (IEMURA, 2016).

Referências

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **WONG**: Fundamentos de enfermagem pediátrica. Coedição David Wilson; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento...[et al].- Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p.357.

SPRUYT, K. *et al.* Relationship between sleep/wake patterns, temperament and overall development in term infants over the first year of life. **Early Human Development**, v.84, p.289–296, 2008.

IEMURA, A. *et al.* Influence of sleep-onset time on the development of 18-month-old infants: Japan Children's cohort study. **Brain & Development**, n. 36, p. 364–372, 2016.

Conhecimento inadequado dos pais/cuidadores sobre o Desenvolvimento do lactente

Definição conceitual:

É caracterizado pelo não conhecimento das diferenças existentes entre o desenvolvimento saudável e não saudável, não sabendo reconhecer tais aspectos, da mesma forma que

desconhece os fatores estimulantes do Desenvolvimento saudável (CRUZ; CAVALCANTE; PEDORSO, 2014; OLIVEIRA *et al*, 2012).

Definição operacional:

O examinador poderá optar pelo seguinte instrumento:

- Pode ser utilizado o Instrumento elaborado por Macphee (1981), denominado o *Knowledge of Infant Development Inventory* - Inventário de Conhecimento do Desenvolvimento Infantil dos pais de crianças de 0 a 6 anos. Este instrumento avalia a proporção de conhecimentos considerados corretos, relacionados aos períodos mais prováveis para aquisição de determinadas habilidades pela criança, como as motoras, perceptuais e cognitivas; fatores relacionados ao desenvolvimento práticas parentais, além de cuidados adequados com a alimentação, higiene e segurança. O instrumento é composto por 75 perguntas de múltipla escolha, cada uma valendo 1,0 ponto, sendo que na primeira etapa a mãe responde da seguinte forma: concordo, discordo ou não estou certa; na segunda etapa as respostas de escolha são: concordo, mais jovem, mais velho, e não estou certo; e na terceira etapa são: (a) cognitivo, (b) linguagem, (c) social e (d) motor e não sei informar. O instrumento se divide em quatro categorias, assim definidas por Macphee (1981): cuidados parentais (14 itens), normas e marcos do desenvolvimento (32 itens), princípios (17 itens) e saúde (12 itens). Na categoria Cuidados Parentais estão relacionadas questões sobre crenças, estratégias e comportamentos dos pais, habilidade da criança através de ensino ou modelagem e a responsabilidade de se tornarem pais. A categoria Normas e Marcos do Desenvolvimento descrevem o conhecimento sobre os períodos mais prováveis para a aquisição de habilidades motoras, perceptuais e cognitivas da criança. Com relação à categoria Princípios, estão incluídas informações sobre o processo de desenvolvimento (evidências) e descrição de habilidades. E, por fim, a categoria Saúde aborda questões sobre a nutrição apropriada à criança e cuidados com a saúde, prevenção de acidentes e a identificação de alimentos adequados para determinadas faixas etárias e tratamentos para eventuais doenças. Ao final, os escores de acertos é no mínimo 60 pontos para ser considerado como conhecimento adequado.

Referências

OLIVEIRA, D. K. S. *et al*. Perceptions of family caregivers and professionals in the Family health strategy related to the care and Neuropsychomotor development of children.

Journal of Human Growth and Development, v. 22, n. 2, p. 142-150, 2012.

MACPHEE, D. *Manual for the Knowledge of Infant Development Inventory*. Manuscrito não publicado, University of North Carolina. 1981.

CRUZ, E.J.S.; CAVALCANTE, L.I.C.; PEDORSO, J.S. Inventário do Conhecimento do Desenvolvimento Infantil: estudo com mães de crianças em acolhimento institucional. **Rev. SPAGESP**, v.15, n.1, 2014.

Fonte: Dados da própria pesquisa.

A seguir no quadro 21, são apresentadas as definições conceituais e operacionais dos consequentes do fenômeno *Atraso do desenvolvimento do lactente*.

Quadro 21. Apresentação das definições conceituais e operacionais dos consequentes do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente. Redenção/CE, 2018.

CONSEQUENTES/CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS/ INDICADORES CLÍNICOS
<p>Atraso cognitivo</p> <p>Definição conceitual: Engloba qualquer tipo de deficiência mental (HOCKENBERRY; WILSON, 2011; BEE; BOYD, 2011).</p> <p>Definição operacional: O examinador poderá optar pelas seguintes escalas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicar a escala mental do <i>Bayley Short Form-Research Edition (BSF-R)</i>: O BSF-R compreendia um subconjunto de itens da Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil (2ª edição) revisados de Desenvolvimento Infantil, um instrumento de rastreamento padronizado de estado de desenvolvimento concebido para crianças com idades entre o nascimento até 42 meses adaptado para o ambiente domiciliar (AYLWARD, 1995; 2000). ➤ Aplicar <i>Bayley Scales of Infant Development, 2ª edição (BSID II)</i>: Voltada para crianças de 1-42 meses, revisada em 1993, produz duas pontuações: O Índice de Desenvolvimento Psicomotor (IDP) que avalia as habilidades motoras grossas e finas e o Índice de Desenvolvimento Mental (IDM) que avalia o cognitivo, memória, resolução de problemas, generalização, vocalizações e habilidades sociais. A escala total leva aproximadamente 45 minutos para ser administrada por um profissional treinado. A soma dos itens concluídos com êxito produz a pontuação bruta. Pontuações brutas são convertidos para pontuação composta (BAYLEY, 1993). ➤ Aplicar <i>Bayley Scales of Infant Development, 3ª edição (BSID III)</i>: Revisada em 2006, voltada para a faixa etária de 1-42 meses, sendo divididas em três escalas: IDM, composta por 163 itens; A Escala Motora, composta por 81 itens, pelo qual avalia o controle postural e a motricidade apendicular; e por fim, a Escala Comportamental Infantil (ECI), pelo qual avalia o seguimento de instruções, atitudes e energia, entre outros comportamentos sociais. O avaliador pode levar de 30 a 90 minutos para aplicar a escala e necessita ser previamente treinado. Antes de começar a aplicação dos itens, quando a criança nasceu prematura, é corrigida a idade com o procedimento sugerido pelo manual (a correção é feita até os 24 meses de idade e em crianças que nasceram antes de 37 semanas gestacionais) (ANDRADE <i>et al.</i>, 2005; BAYLEY, 2006). Para cada faixa de idade (1-6 meses; 7-12 meses; 13-24 meses; 25-42 meses) existe um ponto de partida correspondente. O desempenho da criança em cada item do subteste recebe a pontuação 0 ou 1. Os pontos de corte são utilizados para determinar se a criança demonstra competência ao realizar tarefas apropriadas para sua idade corrigida, mostra evidências da emergência de habilidades apropriadas para a idade ou demonstra estar em risco para atraso no desenvolvimento (ANDRADE <i>et al.</i>, 2005; BAYLEY, 2006). ➤ Aplicar <i>Bayley Infant Neurodevelopmental Screener (BINS)</i>: instrumento padronizado que avalia crianças entre as idades de 3 e 24 meses para o risco de atrasos no

desenvolvimento ou problemas neurológicos com aplicação de 10 minutos. O instrumento abrange quatro áreas de habilidades, incluindo neurológico básico, expressiva, receptiva, e funcionamento cognitivo. A BINS tem boa confiabilidade (teste e reteste de 0,71 e 0,84 e inter-observadores confiabilidade de 0,79 e 0,96) e validade (consistência interna de 0,73 e 0,85) e é preditivo do desempenho em instrumentos de diagnóstico (SILVA *et al.*, 2011; TOFAIL *et al.*, 2012).

- Aplicar *Battelle Developmental Inventory Screening Test*, 2ª edição (BDI-ST): contém 96 itens que combinam avaliação direta e entrevista para os pais. Avalia as áreas de linguagem expressiva e receptiva, motora grossa e fina, adaptativa, pessoal-social e cognitiva. Idade de aplicação: do nascimento aos 8 anos. Tempo de administração: cerca de 20 minutos Informação psicométrica é: Sensibilidade entre 0,72-0,93 e especificidade entre 0,76-0,90. (NEWBORG, 1984; 2011).

Referências

ANDRADE, S.A.; SANTOS, D.N.; BASTOS, A.C.; PEDROMÔNICO, R.M.; ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M.L. Family environment and child's cognitive development: an epidemiological approach. **Rev. Saude Publ.**, v.39, n.4, p.606-11, 2005.

AYLWARD, G.P. **Bayley infantil screener do desenvolvimento neurológico**. San Antonio: Corporação psicológico, 1995.

AYLWARD, G. P.; VERHULST, S. J. Predictive utility of the Bayley Infant Neurodevelopmental Screener (BINS) risk status classifications: clinical interpretation and application. **Developmental medicine & child neurology**, v.42, n.1, p.25-31, 2000.

BAYLEY, N. **Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil**. 2a ed. Santo António, Tex: Psychological Corp; 1993.

BAYLEY, N. **Bayley Scales of Infant Development**. 3rd edn. The Psychological Corporation: San Antonio, TX, 2006.

BEE, H.; BOYD, D. **A criança em desenvolvimento**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.568.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **WONG: Fundamentos de enfermagem pediátrica**. Coedição David Wilson; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento...[et al].- Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p.1245.

NEWBORG, J. **Battelle developmental inventory**. Allen, TX: DLM Teaching Resources, 1984.

NEWBORG, J. **Developmental Inventory**. 2nd ed. Itasca, IL: Riverside Publishing, 2004.
ONO, C.M. *et al.* Valor preditivo de avaliação neurológica no desenvolvimento cognitivo de crianças nascidas pré-termo. **Boletim de Psicologia**, Vol. LXI, nº 134, p.93-102, 2011.

SILVA, N. D. S. H. *et al.* Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil de recém-nascidos prematuros. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 85-98, 2011.

TOFAIL, F.; HADAMANI, J.D.; AHMED, A.Z.T.; MEHRIN, F.; HAKIM, M.; HUDA, S.N. The mental development and behavior of low-birth-weight Bangladeshi infants from

an urban low-income Community. *European Journal of Clinical Nutrition* v.66, 237–243, 2012.

Atraso na aprendizagem

Definição conceitual: atraso no desenvolvimento de um ou mais processos da fala, linguagem, leitura, escrita, aritmética, ou outras áreas escolares, resultantes de uma desvantagem causada por uma possível disfunção cerebral e/ou distúrbios emocionais ou comportamentais. Não é resultado de deficiência mental, privação sensorial ou fatores culturais e instrucionais (HAMMIL, 1990).

Definição operacional:

O examinador poderá optar pela seguinte escala:

- *Ages and Stages Questionnaire*, 3ª edição (ASQ-III): Composto de 21 questionários utilizados em crianças entre 1 e 60 meses podendo ser preenchido pelos pais ou cuidadores. Possui 30 itens, organizados em 5 áreas que se relacionam com o desenvolvimento da comunicação, contendo itens referentes ao que se entende ou fala; à coordenação motora ampla, que avalia como a criança movimenta e usa seus braços e pernas enquanto joga ou brinca; à coordenação motora fina, relacionada ao movimento e coordenação das mãos e dedos da criança; à resolução de problemas, pertinentes às habilidades para solucionar problemas e ao modo como as crianças brincam com brinquedos; além de itens relativos ao pessoal-social, que são as habilidades de autoajuda utilizadas pela criança em suas interações com outros. Cada área do ASQ-3 abrange seis perguntas. Algumas destas compreendem ilustrações ao lado com o fito de facilitar o preenchimento do questionário. O instrumento abrange também uma seção para “observações gerais”, que contém informações adicionais acerca da criança, como auxílio para direcioná-la a um encaminhamento terapêutico adequado. Para proceder à somatória referente à pontuação dos 30 itens que compõem o ASQ-3, adotam-se os seguintes critérios: quando o item marcado corresponde ao “sim”, a pontuação atribuída é representada por 10 (dez) pontos, os quais indicam que a criança realizou o comportamento; quando o item marcado corresponde ao “às vezes”, a pontuação corresponde a 5 (cinco) pontos, que indica uma resposta ocasional; e quando o item demarcado corresponde ao “ainda não”, a pontuação vale 0 (zero), indicando que a criança ainda não realiza o comportamento avaliado. Os resultados devem ser analisados em uma folha específica para esse fim, chamada folha de compilação, a qual identifica a pontuação alcançada, que pode ser representada em uma tabela e/ou em gráfico, os quais retratam as classificações do desenvolvimento da criança investigada. Após a soma por área das pontuações totais atingidas pela criança, deve-se comparar esse resultado com a pontuação limite da ASQ-3 e emitir o parecer final, que envolve o resultado da soma por área, os resultados das observações gerais e outros fatores adicionais, tais como se a criança tem a oportunidade para praticar as habilidades em que demonstrou algum risco. A soma dos pontos em cada uma das 5 áreas determinará em que classificação a criança se situa, representada pelos critérios: não necessita de avaliação; necessita de atividades adicionais com monitoração de sua evolução; requer avaliação aprofundada/direcionada feita por profissional (SQUIRES; BRICKER; TWOMBLY, 2002; SQUIRES; BRICKER, 2009; SQUIRES; TWOMBLY; BRICKER; POTTER, 2009; CRUZ; DIAS; PEDROSO, 2014).

Referências

HAMMIL, D. On defining LD: an emerging consensus. **Journal of Learning Disabilities**, v.23, n.2, p.97-113, 1990.

CRUZ, E.J.S.; DIAS, G.B.; PEDROSO, J.S. Estudo do “Ages and Stages Questionnaires” com cuidadores de crianças institucionalizadas. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 19, n. 3, p. 411-420, set./dez. 2014.

SQUIRES, J.; BRICKER, D.; TWOMBLY, E. **The ASQ: SE user's guide: For the Ages & Stages Questionnaires: Social-emotional**. Paul H Brookes Publishing, 2002.

SQUIRES, J.; BRICKER, D. **Ages & Stages Questionnaires [R], (ASQ-3 [TM]): A Parent Completed Child-Monitoring System**. 2009.

SQUIRES, J.; TWOMBLY, E.; BRICKER, D.; POTTER, L. **ASQ-3 User's Guide**. Baltimore, MD: Paul H. 2009.

Atraso na resolução de problemas

Definição conceitual: Dificuldade na solução de problemas e ao modo como a criança brinca com os brinquedos (CRUZ; DIAS; PEDROSO, 2014).

Definição operacional:

O examinador poderá optar pela seguinte escala:

- Aplicar o *Ages and Stages Questionnaire*, 3ª edição (ASQ-III) cuja definição encontra-se no tópico de atraso da aprendizagem;

Referências

CRUZ, E.J.S.; DIAS, G.B.; PEDROSO, J.S. Estudo do “Ages and Stages Questionnaires” com cuidadores de crianças institucionalizadas. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 19, n. 3, p. 411-420, set./dez. 2014.

Atraso na linguagem

Definição conceitual: A progressão na linguagem processa-se na sequência correta, mas em ritmo mais lento, sendo o desempenho semelhante ao de uma criança de idade inferior, podendo ser verbal, não-verbal e gráfica (CAPPUTE; ACCARDO, 1991; AMORIM, 2011).

Definição operacional:

O examinador poderá optar pelas seguintes escalas:

- Aplicar *Parent Report of Children’s Abilities-Revised* (PARCA-R) é uma ferramenta de avaliação do desenvolvimento cognitivo na idade de 24 meses, com aplicabilidade para crianças com alto risco de atraso no desenvolvimento através da inclusão de itens adicionais concebido para avaliar habilidades não cognitivas e verbais para identificar níveis de desenvolvimento mais baixos, pelo qual é preenchido pelos pais e/ou cuidadores. O aplicador precisa de treinamento. Possui 34 itens que avaliam a cognição não verbal (marcou 0 ou 1), um vocabulário de 100 palavras de lista de verificação (marcou 0 ou 1), e 18 itens que avaliam a complexidade de construção da frase (com 1-6 itens marcados 0, 1 ou 2; e itens 7-18 marcou 0 ou 1). Uma pontuação da subescala é

obtido pela soma do número de respostas positivas para os itens constituintes (JOHNSON; MARLOW; WOLKE, 2004; JOHNSON; WOLKE; MARLOW, 2008; MARTIN *et al*, 2011).

- Aplicar *Primo Vocabolario del Babin (PVB)*: é a versão italiana do *MacArthur-Bates* Inventário de Desenvolvimento Comunicativo, voltado para a faixa etária entre 8 e 17 meses, consiste em duas formas: As palavras e a forma Ação-Gestos. É formado por uma lista de verificação de 670 palavras. Ao lado de cada palavra, o pai é pedido para verificar se a criança só entende ou entende e diz a palavra. A segunda parte consiste em uma lista de verificação de 63 gestos (por exemplo, apontando, acenando, tchau-tchau) e ações (por exemplo, colocando um telefone na orelha) dividido em cinco categorias, e o pai é solicitado a indicar aqueles que a criança produz (CATTANI *et al*, 2010).
- Aplicar *MacArthur - Bates Communicative Development Inventories*: Ferramenta de detecção de comunicação com dois formulários diferentes para crianças mais velhas e mais jovens: uma "palavra e gesto" para a idade de 8-18 meses, e uma "palavra e frases" para crianças entre 16-30 meses. Áreas: Linguagem precoce e o desenvolvimento da comunicação que inclui comunicação não-verbal, linguagem expressiva e receptiva, vocabulário, sintaxe, duração da expressão. A idade de aplicação: 8-37 meses. O tempo de administração: 20 a 40 minutos, seguido por 10-15 minutos para corrigir (FENSON *et al*, 2007).
- Aplicar *Preschool Language Scale-3 (PLS-3)*: avalia a linguagem expressiva e receptiva, fornecendo pontuações parciais e uma pontuação total. Está disponível em inglês e em espanhol. O atraso é identificado quando a pontuação é abaixo do ponto de corte (ZIMMERMAN; STEINER; POND, 1992).
- Aplicar o *Brigance Infantil e Toddler*: Possui 90 a 110 itens para cada ano de idade divididos em seis domínios: motor fino, motor grosso, autoajuda, social-emocional, linguagem receptiva e linguagem expressiva. Idade de aplicação: do nascimento a 1 ano e 11 meses. O tempo de administração: entre 10 a 20 minutos Informação psicométrica: Confiabilidade - alta (0,80 superior), Sensibilidade/Especificidade - adequada (entre 0,65-0,79) (ZIMMERMAN; STEINER; POND, 1992).
- Aplicar *Denver Developmental Screening Test II (DDST-II)*: Consiste em 125 itens que avaliam 4 áreas de funcionamento da criança: habilidades motoras, adaptativas, pessoais-sociais e de comunicação. Idade de aplicação: do nascimento aos 6 anos. O tempo de administração: entre 10 e 20 minutos. Informação psicométrica: Sensibilidade entre 0,56-0,83 e especificidade entre 0,43-0,80 (FRANKENBURG; CAMP; VAN NATTA, 1971; GLASCOE *et al*, 1992).

Referências

AMORIM, R. Avaliação da criança com alteração na linguagem. **Nascer e Crescer**, v.20, n.3, p.174-176, 2011.

FENSON, L.; BATES, E.; DALE, P. S.; MARCHMAN, V. A.; REZNICK, J. S.; THAL, D. J. *MacArthur-Bates communicative development inventories*. 2007.

BRIGANCE, A. H.; & GLASCOE, F. P. *Brigance Infant & Toddler Screen*. *Hawker Brownlow Education*. 2002.

CAPUTTE A.J.; ACCRADO, P.J. Language Assessment. In: CAPUTTE, A.J.; ACCARDO, P.J. editors. *Developmental and Disabilities in Infancy and Childhood*. Baltimore: Paul H Brookes Publishing Co.; 1991. p. 165-79.

CATTANI, A.; BONIFACIO, S.; FERTZ, M.; IVERSON, J. M.; ZOCCONI, E.; CASELLI, M. C. Communicative and linguistic development in preterm children: a longitudinal study from 12 to 24 months. *International Journal of Language & Communication Disorders*, v.45, n.2, p.162–173. 2010. doi:10.3109/13682820902818870

FRANKENBURG, W. K.; CAMP, B. W.; & VAN NATTA, P. A. Validity of the Denver developmental screening test. *Child Development*, p.475-485, 1971.

GLASCOE, F. P.; BYRNE, K. E.; ASHFORD, L. G.; JOHNSON, K. L.; CHANG, B.; STRICKLAND, B.. Accuracy of the Denver-II indevelopmental screening. *Pediatrics*., v.89, n.6, p.1221–1225. 1992.

GLASCOE, F. P. The Brigance infant and toddler screen: Standardization and validation. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, v.23, n.3, p.145-150. 2002.

GLASCOE, F. P.; LEEW, S. Parenting Behaviors, Perceptions, and Psychosocial Risk: Impacts on Young Children’s Development. *PEDIATRICS*, v.125, n.2, p.313–319, 2010. doi:10.1542/peds.2008-3129.

JOHNSON, S.; MARLOW, N.; WOLKE, D.; *et al.* Validation of a parent report measure of cognitive development in very preterm infants. *Dev Med Child Neurol*, v.46, p.389–97. 2004.

JOHNSON, S.; WOLKE, D.; MARLOW, N. Developmental assessment of preterm infants at 2 years: validity of parent reports. *Dev Med Child Neurol*, v.50, p.58–62, 2008.

MARTIN, A.J. *et al.* Identification of infants with major cognitive delay using parental report. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v.54, n.3, p.254–259, 2011. doi:10.1111/j.1469-8749.2011.04161.x.

ZIMMERMAN, L.; STEINER, V.; POND, R. *Preschool Language Scale–3*. San Antonio, TX: Psychological Corporation, Harcourt Brace; 1992.

Atraso na linguagem receptiva

Definição conceitual: Problemas na compreensão do que os outros dizem (COSTA; AZAMBU; NUNES, 2002).

Definição operacional:

O examinador avalia a presença ou ausência dos marcos da Linguagem receptiva na faixa etária correspondente, pelo qual a sua ausência indica o retardo perguntando-se ao cuidador ou observando durante a consulta (LAWRENCE; BATERMAN, 2013):

2-4 meses: Acalma-se e responde a voz familiar;

4-9 meses: Deliberadamente vira a cabeça para o som;

- 9-12 meses: Responde apropriadamente ao 'não';
 10-16 meses: Responde ao nome e segue comando de uma etapa;
 16-18 meses: sem marco;
 18 meses-2 anos: Aponta para fotos em resposta às palavras.
- Bayley Scales of Infant Development, 3º edição (BSID III) (BAYLEY, 2006);
 - Avaliar os resultados do teste da orelhinha e do olho.

Referências

BAYLEY, N. **Psicomotor de crianças e desenvolvimento criança**. (3a ed.). San Antonio, TX EUA: Harcourt Assessment Inc., 2006.

COSTA, D.I.; AZAMBU, L.A.; NUNES, M.L. **Avaliação do Desenvolvimento Neuropsicomotor**. In: NUNES, M.L.; MARRONE, A.C.H. *Semiologia Neurológica*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2002. p. 351-360.

LAWRENCE, R.; BATERMAN, N. 12 minute consultation: an evidence-based approach to the management of a child with speech and language delay. **Clin. Otolaryngol.** v.38, 2013, p.148-153, 2013.

Atraso na linguagem expressiva

Definição conceitual: Dificuldade em transmitir informações e pensamentos (COSTA; AZAMBU; NUNES, 2002).

Definição operacional:

O examinador avalia a presença ou ausência dos marcos da Linguagem expressiva na faixa etária correspondente, pelo qual a sua ausência indica o retardo perguntando-se ao cuidador ou observando durante a consulta (LAWRENCE; BATERMAN, 2013):

2-4 meses: Arrulhos;

4-9 meses: Balbúcia;

9-12 meses: Uso de jargões, diz 'mama' ou 'dada';

10-16 meses: Produz palavras isoladas, vocabulário cresce a 30-50 palavras;

16-18 meses: Vocabulário de 10 palavras;

18 meses-2 anos: Começa a usar frases com 2 palavras;

Imita palavras ditas por outros.

- Bayley Scales of Infant Development, 3º edição (BSID III) (BAYLEY, 2006);
- Avaliar os resultados do teste da orelhinha e do olho.

Referências

BAYLEY, N. **Psicomotor de crianças e desenvolvimento criança**. (3a ed.). San Antonio, TX EUA: Harcourt Assessment Inc., 2006.

COSTA, D.I.; AZAMBU JÁ, L.A.; NUNES, M.L. **Avaliação do Desenvolvimento Neuropsicomotor**. In: Nunes ML, Marrone ACH. *Semiologia Neurológica*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2002. p. 351-360.

LAWRENCE, R.; BATERMAN, N. 12 minute consultation: an evidence-based approach to the management of a child with speech and language delay. **Clin. Otolaryngol.** v.38, 2013, p.148-153, 2013.

Atraso psicossocial

Definição conceitual: Ineficiência de habilidades psicossociais evidenciado por problemas internalizantes (preocupação excessiva, retraimento social, tristeza, insegurança, medo) e externalizantes (irritabilidade, agressão física, rebeldia, provocações e até falta de reatividade ao ambiente social), e ainda considerando o desenvolvimento psicossocial de Erikson, é a presença da desconfiança na faixa etária do nascimento até 1 ano, quando as experiências promotoras de confiança são deficientes ou ausentes, e quando as necessidades básicas são supridas de modo inconsistente ou inadequado; na faixa etária de 1 a 3 anos podem surgir sentimentos negativos de dúvida e vergonha (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005; ACHENBACH; EDELBROCK, 1979; HOCKENBERRY; WILSON, 2011; ZELKOWITZ, 2017).

Definição operacional:

O examinador poderá optar pela seguinte escala:

- Aplicar *Griffiths Mental Development Scales*: São escalas voltadas para crianças desde o nascimento até 2 anos. São administradas em sessões de aproximadamente 45 min e avaliam o desenvolvimento infantil em cinco áreas principais (habilidades locomotivas, pessoais e sociais, audição e linguagem, coordenação visual e manual e desempenho), fornecendo um quociente geral de desenvolvimento de habilidades do bebê e cinco quocientes das subescalas (GRIFFITHS, 1996).

Referências

ACHENBACH, Thomas M.; EDELBROCK, Craig. The child behavior profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 47, n. 2, p. 223-233, 1979.

DEL PRETTE, Zilda Aparecida Pereira; DEL PRETTE, Almir. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática**. Petrópolis: Vozes, 2005.

GRIFFITHS, R. **The Griffiths mental development scales from birth to two years, manual, the 1996 revision**. Henley: Association for Research in Infant and Child Development, Test Agency, 1996.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **WONG**: Fundamentos de enfermagem pediátrica. Coedição David Wilson; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento...[et al].- Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

ZELKOWITZ, P. **Prematuridade e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial e emocional da criança**. Em: TREMBLAY, R.E.; BOIVIN, M.; PETERS, R.De.V.; eds. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância* [online]. <http://www.encyclopedia-crianca.com/prematuridade/segundo-especialistas/prematuridade-e-seu-impacto-sobre-o-desenvolvimento-psicossocial>. Atualizada: Abril, 2017 (Inglês).

Problemas de socialização

Definição conceitual: Dificuldade na interação com outras pessoas/crianças, observada pela ausência de contato no olhar, ausência do sorriso, choro ao estar perto de outra pessoa e isolamento (HOCKENBERRY; WILSON, 2011; BEE; BOYD, 2011; MAIA; LOBO, 2013).

Definição operacional:

O examinador poderá optar pelas seguintes escalas:

- Aplicar *Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional* (ASQ:SE): São questionários voltados para os pais, pelo qual identifica bebês e crianças pequenas cujo desenvolvimento social ou emocional requer uma avaliação adicional para determinar se necessita de encaminhamento para serviços de intervenção. As áreas avaliadas incluem: autorregulação, comunicação, autonomia, enfrentamento e relacionamentos. Varia de 21 a 32 itens, dependendo da faixa etária. A idade de aplicação: de 6 meses a 66 meses. O tempo de administração: 10-15 minutos (SQUIRES; BRICKER; TWOMBLY, 2003).
- Aplicar *Brief Infant/Toddler Social Emotional Assessment* (BITSEA): Avalia rapidamente o desenvolvimento socioemocional, abrangendo 60 itens. Seu objetivo é identificar crianças que também precisam de uma avaliação mais completa. A idade de aplicação: 12 a 36 meses. O tempo de administração: 7 a 15 minutos. As áreas avaliadas são: competência, problema, incluindo atividade, ansiedade e emoção (BRIGGS-GOWAN; CARTER, 2002; BRIGGS-GOWAN; CARTER; IRWIN; WACHTEL; CICHETTI, 2004).

Referências

BEE, H.; BOYD, D. **A criança em desenvolvimento**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRIGGS-GOWAN, M. J.; CARTER, A. S. **Brief infant-toddler social and emotional assessment (BITSEA) manual, version 2.0**. New Haven, CT: Yale University, 2002.

BRIGGS-GOWAN, M. J.; CARTER, A. S.; IRWIN, J. R.; WACHTEL, K.; CICHETTI, D. V. The Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment: screening for social-emotional problems and delays in competence. *Journal of Pediatric Psychology*, v.29, n.2, p.143-155, 2004.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **WONG: Fundamentos de enfermagem pediátrica**. Coedição David Wilson; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento...[et al].- Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p.1245.

MAIA, D. S.; LOBO, B.O. M. O desenvolvimento de habilidade de solução de problemas interpessoais e a convivência na escola. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 17-29, 2013.

SQUIRES, J.; BRICKER, D.; TWOMBLY, E. **The ASQ: SE User's Guide for the Ages and Stages Questionnaires: Social Emotional**. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing, 2003.

Comportamento desafiador

Definição conceitual: Apresenta comportamento desobediente, possuindo dificuldades em aceitar regras, ou apresenta comportamento não aceitável ou desejado socialmente (BARLETTA, 2011).

Definição operacional:

O examinador poderá optar pelas seguintes escalas:

- Aplicar *Infant-Toddler Symptom Checklist (ITSC)*: Instrumento para identificar bebês e crianças pequenas que possuem ou estão em risco de desenvolver transtornos de déficit de atenção ou integração sensorial, e aqueles que têm dificuldades emocionais, comportamentais ou de aprendizagem. É composto por 21 itens sendo apropriado para uso clínico. Existem 5 listas de verificação relacionadas à idade, separadas em áreas: autorregulação, autocuidado, comunicação, visão e vício. As listas de verificação são para 7-9 meses; 10-12 meses; 13-18 meses; 19-24 meses; e 25-30 meses. O tempo de administração: 10-15 minutos (DeGANGI, 1995; KEISER, 2006).
- Aplicar *Behavioral Assessment of Baby's Emotional and Social Style (BABES)*: Instrumento de detecção de comportamento, que consiste em três escalas nas seguintes áreas: o temperamento, a capacidade de autocontrole e os processos regulatórios. Este instrumento é projetado para uso na prática pediátrica, clínicas e programas de intervenção precoce. A idade de aplicação: do nascimento aos 36 meses. O tempo de administração: 10 minutos (TOFAIL *et al.*, 2012).
- *Bayley Scales of Infant Development, 3ª edição (BSID III)* com ênfase na escala Escala Comportamental Infantil (ECI), pelo qual avalia o seguimento de instruções, atitudes e energia, entre outros comportamentos sociais (BAYLEY, 2006).

Referências

BARLETTA, J.B. Avaliação e intervenção psicoterapêutica nos transtornos disruptivos: algumas reflexões. **Rev. bras.ter. cogn.**, v.7, n.2, Rio de Janeiro, 2011.

BAYLEY, N. **Psicomotor de crianças e desenvolvimento criança**. (3a ed.). San Antonio, TX EUA: Harcourt Assessment Inc., 2006.

KEISER, H. (Ned.vertaling). **Infant/Toddler Symptom Checklist-NI**. Een screeninglijst voor ouders. Amsterdam: Pearson, 2006.

DeGANGI, G. A. **Infant/Toddler symptom checklist: A screening tool for parents**. Psychological Corp, 1995.

TOFAIL, F.; HADAMANI, J.D.; AHMED, A.Z.T.; MEHRIN, F.; HAKIM, M.; HUDA, S.N. The mental development and behavior of low-birth-weight Bangladeshi infants from an urban low-income Community. **European Journal of Clinical Nutrition** v.66, 237–243, 2012.

Fonte: Dados da própria pesquisa.

6.1.3 Determinação das populações em risco e condições associadas

Considerando a definição dos novos elementos de um diagnóstico de enfermagem pela NANDA-I 2018-2020 (HERDMAN; KAMITISURU, 2018), segue os indicadores encontrados

nos artigos subsidiados pela RI, referentes as populações em risco subdivididos por categorias (QUADRO 22).

Quadro 22. Apresentação das populações em risco do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente. Redenção/CE, 2018.

POPULAÇÕES EM RISCO	Categorias
Fatores genéticos	Sexo masculino Etnia não-branca
Fatores sociais	Ocupação paterna desfavorecida Família economicamente desfavorecida Falta de acesso à educação infantil Crianças que vivem em países em desenvolvimento Pouca variedade de brinquedos Isolamento social da mãe nos primeiros anos de vida da criança
Ambiente familiar desfavorável	Estresse parental Baixo estímulo Baixa escolaridade materna Cuidadores sem ensino superior Presença de 2 ou mais irmãos Família faltando membro, principalmente a mãe Parentes de 1º grau com atraso na linguagem Baixa interação pai-filho
Condições obstétricas	Idade < 20 anos Mães solteiras Multiparidade Abuso de substâncias na gestação (álcool, tabaco e outras drogas) Gravidez não-desejada

	Lactentes expostos ao HIV Exposição pré-natal a poluentes do ar (NO ₂ e benzeno)
Condições neonatais	Prematuridade Baixo peso Baixa estatura Baixo Perímetro cefálico

Fonte: Dados da própria pesquisa.

A seguir no quadro 23, os indicadores encontrados nos artigos subsidiados pela RI, referentes as condições associadas subdivididas por categorias.

Quadro 23. Apresentação das condições associadas do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente. Redenção/CE, 2018.

CONDIÇÕES ASSOCIADAS	Categorias
Desnutrição infantil	-
Procedimentos	Parto cesárea Criança submetida à cirurgia cardíaca Admissão em cuidados intensivos neonatais Oxigenioterapia
Exposição a medicamentos	Uso neonatal de Dexametasona Tratamento prolongado com Hidrocortisona em prematuros Exposição a anestésicos por tempo prolongado Exposição aos antipsicóticos atípicos no período pré-natal
Fatores pré-natais	Trombose venosa da placenta Restrição do Crescimento Intrauterino Obesidade materna Diabetes gestacional Depressão pré-natal
Distúrbios maternos	Depressão pós-parto

	Ansiedade pós-parto Distúrbio psíquico materno
Distúrbios neonatais	Apgar de 5 minutos <3 Displasia broncopulmonar Asfixia perinatal com encefalopatia isquêmica hipóxica Hemorragia peri-intraventricular Sequelas da prematuridade
Distúrbios neurológicos	Epilepsia infantil Paralisia cerebral Retardo mental
Distúrbios genéticos	Sd. de Down Sd. de Myrhe Sd. de Williams
Distúrbios congênitos	Doença cardíaca congênita Deficiência visual profunda congênita
Má-formação	Cerebral Craniossinostose Lábio leporino
Atraso no crescimento	-
Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade	-
Autismo	-
Perda auditiva	-
Deficiência de vitamina B12	-
Trauma cefálico	-
Distúrbios metabólicos	-
Distúrbios alimentares	-
Infecções	Lactentes infectados por Citomegalovírus Otite Sepse neonatal

	Infecções neonatais
--	---------------------

Fonte: Dados da própria pesquisa.

Legenda: Sd.- Síndrome.

6.1.5 Identificação da definição do diagnóstico Atraso do Desenvolvimento do lactente

Diante dos atributos essenciais do conceito e das definições conceituais encontradas sobre o fenômeno do atraso do desenvolvimento do lactente foram definidos os principais conceitos que se adequam ao fenômeno em estudo. Assim, os possíveis conceitos serão definidos na etapa de análise de conteúdo pelos juízes.

Essa composição apresentada é ainda “bruta” e necessita ser “lapidada” para melhor compreensão do fenômeno em estudo. No quadro 24 segue os três conceitos embasados pela RI que sugerem a definição do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente.

Quadro 24. Definições conceituais do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente. Redenção/CE, 2018.

Atraso do desenvolvimento do lactente	Definições
Definição 1	Os atrasos no desenvolvimento são um grupo de distúrbios crônicos etiologicamente heterogêneos com uma perturbação documentada em um ou mais domínios de desenvolvimento reconhecidos. Esses domínios são: motor (grosso ou fino), Comunicação/linguagem, cognitivo, social e atividades da vida diária. A perturbação geralmente deve ser significativa, o que significa um desempenho de mais ou igual a 2 desvios-padrão abaixo da média em uma avaliação de desenvolvimento padronizada. O atraso no desenvolvimento global é descrito como atraso significativo em dois ou mais domínios de desenvolvimento.
Definição 2	Não conseguir cumprir os marcos de desenvolvimento esperados dentro de uma janela de tempo, com base na idade cronológica. Transtorno de infância grave, clinicamente e geneticamente altamente heterogêneo.
Definição 3	O atraso no desenvolvimento geralmente se refere a crianças que não exibem características proeminentes de desenvolvimento que eles são esperados para sua idade.

Fonte: Dados da própria pesquisa.

6.1.6 Proposta dos elementos estruturais para o Diagnóstico de Enfermagem (DE) Atraso do desenvolvimento do lactente

A construção dos DE deve seguir as recomendações já descritas nesta pesquisa. Assim, diante do estudo realizado, o foco do diagnóstico é o “desenvolvimento”, o sujeito corresponde ao lactente com idade entre 1 e 23 meses, o julgamento é o “atraso” o qual é definido como “período de tempo em que algo está atrasado, lento ou adiado” (HERDMAN; KAMITSURU, 2014, p.96). A localização do DE é encontrada nas alterações das funções cognitivas e psicossociais. O tempo é relativo ao conjunto de circunstâncias agravantes ao próprio indivíduo, ou seja, situacional. O diagnóstico trata do Atraso do desenvolvimento do lactente, portanto, DE real com foco no problema.

Assim, concluída a etapa da análise de conceito Atraso do desenvolvimento do lactente e sua respectiva definição, localização quanto ao domínio e classe na NANDA-I, chegou-se a proposição do DE *Atraso do desenvolvimento do lactente*, no domínio 13 Crescimento/Desenvolvimento e na Classe 2 Desenvolvimento, conforme o Quadro 25.

Quadro 25. Proposta dos elementos estruturais do DE Atraso do desenvolvimento do lactente.

TÍTULO
Atraso do Desenvolvimento do Lactente
DEFINIÇÃO
<p>Definição 1: Os atrasos no desenvolvimento são um grupo de distúrbios crônicos etiologicamente heterogêneos com uma perturbação documentada em um ou mais domínios de desenvolvimento reconhecidos. Esses domínios são: motor (grosso ou fino), Comunicação/linguagem, cognitivo, social e atividades da vida diária. A perturbação geralmente deve ser significativa, o que significa um desempenho de mais ou igual a 2 desvios-padrão abaixo da média em uma avaliação de desenvolvimento padronizada. O atraso no desenvolvimento global é descrito como atraso significativo em dois ou mais domínios de desenvolvimento.</p> <p>Definição 2: Não conseguir cumprir os marcos de desenvolvimento esperados dentro de uma janela de tempo, com base na idade cronológica. Transtorno de infância grave, clinicamente e geneticamente altamente heterogêneo.</p> <p>Definição 3: O atraso no desenvolvimento geralmente se refere a crianças que não exibem características proeminentes de desenvolvimento que eles são esperados para sua idade.</p>
CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atraso cognitivo ✓ Atraso na aprendizagem

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atraso na resolução de problemas ✓ Atraso na linguagem ✓ Retardo na linguagem receptiva ✓ Retardo na linguagem expressiva ✓ Ausência de habilidades na comunicação verbal ✓ Atraso psicossocial ✓ Problemas sócio-emocionais ✓ Problemas de socialização ✓ Deficiência comportamental ✓ Comportamento desafiador
FATORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificuldades na alimentação ✓ Maus-tratos ✓ Alterações no padrão de sono ✓ Conhecimento inadequado das mães sobre DI
POPULAÇÕES EM RISCO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fatores genéticos: Sexo masculino; Etnia não-branca. ✓ Fatores sociais: Ocupação paternal desfavorecida; Família economicamente desfavorecida; Falta de acesso à educação infantil; Crianças que vivem em países em desenvolvimento; Pouca variedade de brinquedos; Isolamento social da mãe nos primeiros anos de vida da criança. ✓ Ambiente familiar desfavorável: Estresse parental; Baixo estímulo; Baixa escolaridade materna; Cuidadores sem ensino superior; Presença de 2 ou mais irmãos; Família faltando membro, principalmente a mãe; Parentes de 1º grau com atraso na linguagem; Baixa interação pai-filho. ✓ Condições neonatais: Prematuridade; Baixo peso; Baixa estatura; Baixo Perímetro cefálico. ✓ Condições obstétricas: Idade < 20 anos; Mães solteiras; Multiparidade; Abuso de substâncias na gestação (álcool, tabaco e outras drogas); Gravidez não-desejada; Lactentes expostos ao HIV; Exposição pré-natal a poluentes do ar - NO₂ e benzeno.
CONDIÇÕES ASSOCIADAS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desnutrição infantil; ✓ Procedimentos (Parto cesárea; Criança submetida à cirurgia cardíaca; Admissão em cuidados intensivos neonatais; Oxigenioterapia)

- ✓ **Exposição a medicamentos** (Uso neonatal de Dexametasona; Tratamento prolongado com Hidrocortisona em prematuros; Exposição a anestésicos por tempo prolongado; Exposição aos antipsicóticos atípicos no período pré-natal)
- ✓ **Fatores pré-natais** (Trombose venosa da placenta; RCIU; Obesidade materna; Diabetes gestacional)
- ✓ **Distúrbios maternos** (Depressão pré-natal e pós-parto; Ansiedade pós-parto; Distúrbio psíquico materno)
- ✓ **Distúrbios neonatais** (Apgar de 5 minutos <3; Displasia broncopulmonar; Asfixia perinatal com encefalopatia isquêmica hipóxica; Hemorragia peri-intraventricular; Sequelas da prematuridade)
- ✓ **Distúrbios neurológicos** (Epilepsia infantil; Paralisia cerebral; Retardo mental)
- ✓ **Distúrbio genético** (Sd. de Down; Sd. de Myrhe; Sd. de Williams)
- ✓ **Distúrbios congênitos** (Doença cardíaca congênita; Deficiência visual profunda congênita)
- ✓ **Atraso no crescimento**
- ✓ **Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)**
- ✓ **Autismo**
- ✓ **Perda auditiva**
- ✓ **Má formação** (Cerebral; Craniossinostose; Lábio leporino)
- ✓ **Deficiência de vitamina B12**
- ✓ **Trauma cefálico**
- ✓ **Distúrbios metabólicos**
- ✓ **Distúrbios alimentares**
- ✓ **Infecções** (Lactentes infectados por Citomegalovírus; Otite; Sepses neonatal; Infecções neonatais)

Fonte: Dados da própria pesquisa com base na análise dos estudos encontrados na RI.

6.2 Análise de conteúdo por juízes

Os resultados desta etapa foram organizados em quadros e tabelas pelos seguintes tópicos: Caracterização dos juízes, avaliação da definição, avaliação da adequação das populações em risco e condições associadas, avaliação da adequação dos fatores etiológicos (fatores relacionados) e indicadores clínicos (características definidoras) quanto as definições operacionais, e proposta dos componentes para o DE Atraso do Desenvolvimento do Lactente.

6.2.1 Caracterização dos juízes

Dos 135 juízes convidados para participar do estudo, obteve-se uma amostra final de 22 juízes que aceitaram participar do estudo, seguindo assim, as recomendações do cálculo amostral.

Todos os juízes que retornaram o instrumento dentro do prazo estabelecido, previamente atenderam aos critérios de inclusão pela pontuação mínima de 5 pontos pelo critério da proposta de Fehring (1994) adaptada para este estudo.

A caracterização dos juízes está descrita na Tabela 6.

TABELA 6 – Caracterização dos juízes da etapa de análise de conteúdo. Redenção/CE, 2019.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	21	95,5
Masculino	01	4,5
Local de trabalho		
IES	13	59,1
IES + Hospital	03	13,6
ESF	01	4,5
Hospital	04	18,2
Outros	01	4,5
Titulação máxima		
Doutorado	14	63,3
Mestrado	08	36,4
Especialização na área de Saúde da Criança		
Sim	08	36,4
Não	14	63,3
Linha de pesquisa em Saúde da Criança		
Sim	17	77,3
Não	05	22,3
Realização de estudos na temática de Terminologias de Enfermagem		
Sim	10	45,5
Não	12	54,5

Terminologias estudadas				
NANDA	06		27,3	
NANDA + CIPE®	02		9,1	
NANDA + NOC	02		9,1	
Realização de estudos na temática de Saúde da Criança e/ou Análise de Conceito				
Sim	12		54,5	
Não	10		45,5	
Participação em grupos de pesquisa sobre Terminologias em Enfermagem				
Sim	09		40,9	
Não	13		59,1	
Participação em grupos de pesquisa sobre Saúde da Criança				
Sim	10		45,5	
Não	12		54,5	
Ministra(ou) disciplinas com a temática de Terminologias de Enfermagem				
Sim	04		18,2	
Não	18		81,8	
Ministra(ou) disciplinas com a temática de Saúde da Criança				
Sim	08		36,4	
Não	14		63,6	
	Média	DP	Mediana	p*
Idade	36,00	8,78	33,50	0,003
Tempo de formação profissional	12,05	7,21	10,00	0,000

Legenda: IES - Instituição de Ensino Superior, ESF - Estratégia de Saúde da Família, DP - Desvio padrão, p* - Teste de Shapiro-Wilk.

Com relação a Tabela 6, observa-se que 95,5% (21) dos juízes eram do sexo feminino, 59,1% (13) trabalhavam em Instituição de Ensino Superior, 63,3% (14) com titulação de doutor e 36,4% (08) com especialização na área de saúde da criança. Sobre a atuação na linha de pesquisa em saúde da criança, 77,3% (17) mencionaram que já haviam atuado e/ou atuavam.

Sobre a realização de estudos na área de Terminologias em Enfermagem, 54,5% (12) relataram que não participaram. A principal terminologia estudada foi a NANDA-I com 27,3% (06) dos juízes. Com relação a realização de estudos na área de Saúde da Criança e/ou Análise de Conceito, 54,5% (12) relataram que participaram.

Sobre a participação em grupos de pesquisa, 54,5% (12) mencionaram que não participam de grupos na área de saúde da criança e, apenas 18,2% (04) deles participam de grupos na área de Terminologias em Enfermagem.

No tocante às atividades de ensino, 63,6% (14) não ministram/ministrou disciplinas na área de saúde da criança e 81,8% (18) não ministram/ministrou disciplina na área de Terminologias em Enfermagem.

As variáveis idade e tempo de formação apresentaram distribuição assimétrica ($p < 0,05$), indicando que a mediana da idade foi 33,50 ($\pm 8,78$) anos, sendo a idade mínima 27 anos, e a máxima de 59 anos. Quanto ao tempo de formação, a mediana foi de 10,00 ($\pm 7,21$) anos, sendo o tempo mínimo de 05 anos e máximo de 35 anos.

6.2.2 Avaliação do título e da definição

Para os juízes foram enviadas três definições construídas previamente na primeira etapa, e as opções de justificativa e de sugestão, caso considerassem necessárias. Ressalta-se que, na etapa de análise de conceito foi realizada leitura minuciosa dos artigos selecionados para construção das definições juntamente com os atributos essenciais.

Na tabela 6, encontra-se o julgamento quanto à adequação do título do diagnóstico de enfermagem proposto Atraso do Desenvolvimento do Lactente.

TABELA 7 – Avaliação da adequação do título para o diagnóstico de enfermagem proposto Atraso do Desenvolvimento do Lactente. Redenção/CE, 2019.

Variáveis	n	%
Título proposto: Atraso do desenvolvimento do lactente.	22	100,0

Fonte: Dados da própria pesquisa.

Na tabela 8, encontram-se listados as definições com o julgamento quanto à adequação pelos juízes do diagnóstico de enfermagem proposto Atraso do Desenvolvimento do Lactente.

TABELA 8 – Avaliação da adequação das definições para o diagnóstico de enfermagem proposto Atraso do Desenvolvimento do Lactente. Redenção/CE, 2019.

Variáveis	n	%
Definição 1: Os atrasos no desenvolvimento são um grupo de distúrbios crônicos etiologicamente heterogêneos com uma perturbação documentada em um ou mais domínios de desenvolvimento reconhecidos. Esses domínios são: motor (grosso ou fino), Comunicação/linguagem, cognitivo, social e atividades da vida diária. A perturbação geralmente deve ser significativa, o que significa um desempenho de mais ou igual a 2 desvios-padrão abaixo da média em uma avaliação de desenvolvimento padronizada. O atraso no desenvolvimento global é descrito como atraso significativo em dois ou mais domínios de desenvolvimento.	20	90,9
Definição 2: Não conseguir cumprir os marcos de desenvolvimento esperados dentro de uma janela de tempo, com base na idade cronológica. Transtorno de infância grave, clinicamente e geneticamente altamente heterogêneo.	01	4,5
Definição 3: O atraso no desenvolvimento geralmente se refere a crianças que não exibem características proeminentes de desenvolvimento que eles são esperados para sua idade.	01	4,5

Fonte: Dados da própria pesquisa.

Diante dos dados apresentados na Tabela 8, 90,7% dos juízes concordaram que a definição 1 é mais adequada para o diagnóstico de enfermagem proposto neste estudo. As justificativas para a escolha desta definição podem ser exemplificadas a seguir, sendo que os juízes foram definidos por letra maiúscula alfabética e pela ordem numérica da sequência das respostas:

“Acredito que a primeira opção seja mais completa, pois aponta um conceito mais embasado e descritivo referente a complexidade que é o desenvolvimento em lactentes e o seu atraso. Entende-se que o desenvolvimento é abrangente e nele cabe todos os domínios, os quais havendo atraso em um deles, possivelmente, significativo atraso ou deficiência no desenvolvimento saudável do lactente (...).” A1

“Considero a primeira definição mais precisa e abrangente que as demais.” D4

“O conceito em contempla os fatores mais importantes relacionados ao atraso do desenvolvimento. Sendo os domínios fatores agravantes, dois ou mais desvios padrão nortearão o processo de enfermagem.” J10

Como sugestão segue a fala de um juiz para modificar a primeira definição de maneira que fique mais clara:

“Sugiro que a definição do conceito inicie pelo verbo, ou seja, retirar as palavras iniciais ‘O atraso no desenvolvimento’. E a definição poderá ser simplificada, segue sugestão: “São um grupo de distúrbios crônicos etiologicamente heterogêneos com uma perturbação documentada em um ou mais domínios de desenvolvimento reconhecidos motor (grosso ou fino), comunicação/ linguagem, cognitivo, social e atividades da vida diária. Na avaliação de desenvolvimento padronizada deve ser observada perturbação de mais ou igual a 2 desvios-padrão abaixo da média. Acredito que esta parte específica da definição deveria ser retirada: O atraso no desenvolvimento global é descrito como atraso significativo em dois ou mais domínios de desenvolvimento.” M13

Diante da avaliação de concordância entre os juízes, a primeira definição foi considerada mais adequada com 90,9% de proporção de concordância, e após consenso juntamente com a orientadora diante das sugestões, segue versão final da definição do diagnóstico de enfermagem proposto neste estudo, pelo qual constatamos mais adequada (Quadro 26):

QUADRO 26. Definição do diagnóstico de enfermagem proposto neste estudo após avaliação pelos juízes. Redenção/CE, 2019.

Definição
“Atraso significativo de duas ou mais áreas do desenvolvimento, caracterizadas por alterações que podem incluir o desempenho motor (grosso ou fino), comunicação/ linguagem, cognitivo, social e atividades da vida diária. O atraso se configura por alterações ≥ 2 desvios-padrão abaixo da média”.

6.2.3 Avaliação da adequação das populações em risco e condições associadas

A seguir, na tabela 9 são apresentados os indicadores que compuseram as populações em risco por meio da análise de conceito, segundo o julgamento mediante o índice de concordância dos juízes quanto ao critério da relevância.

TABELA 9 – Índice de concordância dos juízes quanto a relevância dos indicadores das populações em risco. Redenção/CE, 2019.

Indicadores	n	%	p*
Fatores genéticos (Sexo masculino; Etnia não-branca)	13	59,0	0,003
Fatores sociais (Ocupação paternal desfavorecida; Família economicamente desfavorecida; Falta de acesso à educação infantil; Crianças que vivem em países em desenvolvimento; Pouca variedade de brinquedos; Isolamento social da mãe nos primeiros anos de vida da criança)	22	100,0	0,028
Ambiente familiar desfavorável (Estresse parental; Baixo estímulo; Baixa escolaridade materna; Cuidadores sem ensino superior; Presença de 2 ou mais irmãos; Família faltando membro,	22	100,0	0,028

principalmente a mãe; Parentes de 1º grau com atraso na linguagem; Baixa interação pai-filho)	22	100,0	0,028
Condições neonatais (Prematuridade; Baixo peso; Baixa estatura; Baixo Perímetro cefálico)	21	95,0	0,137
Condições obstétricas (Idade < 20 anos; Mães solteiras; Multiparidade; Abuso de substâncias na gestação (álcool, tabaco e outras drogas); Gravidez não-desejada; Lactentes expostos ao HIV; Exposição pré-natal a poluentes do ar - NO ₂ e benzeno)			

* Teste binomial.

Considerando que, a hipótese nula seja os valores de concordância entre os juízes iguais a 85%, o indicador das populações em risco relacionado as *condições genéticas* são significativas com relação a não concordância entre os juízes, e assim, deve ser retirado. Ainda sobre esse indicador, um juiz sugeriu separar os seus componentes (sexo masculino e etnia não-branca) em grupos diferentes, não os associando com condições genéticas.

Os demais indicadores tiveram índice de concordância maior que 85% entres os juízes e o valor de $p > 0,05$ pelo teste binomial, e assim, foram aprovados pelos juízes. Diante do indicador fatores sociais foi sugerido acrescentar *as condições ambientais, moradia, água, abastecimento e presença de fossas sépticas e esgotos*.

Com relação ao indicador *condições neonatais* foram sugeridas:

1. Mudar o termo para *Desfechos perinatais desfavoráveis*;
2. Acrescentar *alto perímetro cefálico* considerando que é um fator acarretado por determinadas patologias e situações específicas e que pode ter relação com o atraso do desenvolvimento.

Com relação ao indicador *condições obstétricas* foram sugeridas:

1. Mudar o termo para *Desfechos obstétricos desfavoráveis*;
2. Mudar o termo *Lactentes expostos ao HIV* para *Lactentes expostos a HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST's*, considerando que não só o HIV está relacionado com o atraso do desenvolvimento do lactente, mas também, por exemplo, a sífilis.

A seguir, na tabela 10 são apresentados os indicadores que compuseram as condições associadas por meio da análise de conceito, segundo o julgamento mediante o índice de concordância dos juízes quanto ao critério da relevância.

TABELA 10 – Índice de concordância dos juízes quanto a relevância dos indicadores das condições associadas. Redenção/CE, 2019.

Indicadores	n	%	p*
Desnutrição infantil;	20	91,0	0,338
Procedimentos (Parto cesárea; Criança submetida à cirurgia cardíaca; Admissão em cuidados intensivos neonatais; Oxigenioterapia)	17	77,0	0,226
Exposição a medicamentos (Uso neonatal de Dexametasona; Tratamento prolongado com Hidrocortisona em prematuros; Exposição a anestésicos por tempo prolongado; Exposição aos antipsicóticos atípicos no período pré-natal)	22	100,0	0,028
Fatores pré-natais (Trombose venosa da placenta; RCIU; Obesidade materna; Diabetes gestacional)	21	95,0	0,137
Distúrbios maternos (Depressão pré-natal e pós-parto; Ansiedade pós-parto; Distúrbio psíquico materno)	16	73,0	0,000
Distúrbios neonatais (Apgar de 5 minutos <3; Displasia broncopulmonar; Asfixia perinatal com encefalopatia isquêmica hipóxica; Hemorragia periventricular; Sequelas da prematuridade)	22	100,0	0,028
Distúrbios neurológicos (Epilepsia infantil; Paralisia cerebral; Retardo mental)	22	100,0	0,028
Distúrbio genético (Sd. de Down; Sd. de Myrhe; Sd. de Williams)	22	100,0	0,028
Distúrbios congênitos (Doença cardíaca congênita; Deficiência visual profunda congênita)	22	100,0	0,028
Atraso no crescimento	17	77,0	0,226
Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)	21	95,0	0,137
Autismo	21	95,0	0,137
Perda auditiva	21	95,0	0,137
Má formação (Cerebral; Craniossinostose; Lábio leporino)	22	100,0	0,028

Deficiência de vitamina B12	17	77,0	0,226
Trauma cefálico	22	100,0	0,028
Distúrbios metabólicos	22	100,0	0,028
Distúrbios alimentares	17	77,0	0,226
Infecções (Lactentes infectados por Citomegalovírus; Otite; Sepses neonatal; Infecções neonatais)	18	82,0	0,425

* Teste binomial.

O indicador *desnutrição infantil* obteve concordância entre os juízes maior que 85%, sendo sugerido a retirada do termo “infantil”.

Os indicadores *procedimentos, atraso no crescimento, má-formação, deficiência de vitamina B12, distúrbios alimentares e infecções* obtiveram índice de concordância menor que 85%, tornando-se irrelevantes, porém, considerando o valor de $p > 0,05$ pelo teste binomial, não tem significância estatística e estes devem ser mantidos.

Com relação ao indicador fatores pré-natais, houve concordância de 95% entre os juízes sendo sugerido o acréscimo do termo *desnutrição materna*. O indicador atraso no crescimento obteve índice de concordância menor que 85%, porém, obteve valor de $p > 0,05$, sendo não significante a sua retirada. Foi sugerido a sua retirada, pelo fato de algumas crianças terem estatura baixa simplesmente por herança genética, não se relacionando diretamente com o atraso do desenvolvimento.

O indicador *distúrbios maternos* obteve concordância menor que 85% entre os juízes e valor de $p < 0,05$ no teste binomial e, portanto, deve ser retirado. Um juiz sugeriu sua retirada pelo fato desse indicador não ser considerado forte quanto a relação com o atraso do desenvolvimento.

Em relação ao indicador *distúrbios alimentares* obteve índice de concordância menor que 85% e valor de $p > 0,05$, indicando que não há significância estatística e que deve ser mantido. Um juiz sugeriu que este indicador deve ser revisado juntamente com o indicador *desnutrição*, pois este último se insere dentro dos distúrbios alimentares.

O indicador *infecções* obteve um índice de concordância menor que 85% e valor de $p > 0,05$, indicando que não há significância estatística e que deve ser mantido. Foi sugerido sua reformulação para *infecções não-tratadas*. Ainda foi sugerido acrescentar como fatores deste indicador: ZIKA vírus, HIV, sífilis e rubéola.

6.2.4 Avaliação da adequação dos fatores etiológicos (fatores relacionados) e indicadores clínicos (características definidoras) quanto as definições operacionais

A seguir, na tabela 11 são apresentados os indicadores com as definições conceituais e operacionais que compuseram os fatores etiológicos por meio da análise de conceito, segundo o julgamento mediante o índice de concordância dos juízes quanto ao critério da relevância, clareza e precisão.

TABELA 11 – Análise de conteúdo dos fatores etiológicos para o diagnóstico de enfermagem Atraso do desenvolvimento do lactente. Redenção/CE, 2019.

Indicador	n	%	p*
Dificuldades na alimentação			
Relevância	20	91,0	0,338
Clareza da definição conceitual	17	77,0	0,226
Clareza da definição operacional	21	95,0	0,137
Precisão da definição conceitual	21	95,0	0,137
Precisão da definição operacional	19	86,0	0,575
Maus-tratos			
Relevância	19	86,0	0,575
Clareza da definição conceitual	21	95,0	0,137
Clareza da definição operacional	19	86,0	0,575
Precisão da definição conceitual	21	95,0	0,137
Precisão da definição operacional	20	91,0	0,338
Alteração no padrão de sono			
Relevância	21	95,0	0,137
Clareza da definição conceitual	22	100,0	0,028
Clareza da definição operacional	20	91,0	0,338
Precisão da definição conceitual	21	95,0	0,137
Precisão da definição operacional	22	100,0	0,028
Conhecimento inadequado das mães sobre DI			
Relevância	21	95,0	0,137
Clareza da definição conceitual	22	100,0	0,028
Clareza da definição operacional	21	95,0	0,137
Precisão da definição conceitual	22	100,0	0,028
Precisão da definição operacional	22	100,0	0,028
Avaliação da relevância dos fatores etiológicos em conjunto	22	100,0	0,028

* Teste binomial.

Quanto ao indicador *dificuldades na alimentação*, com relação ao item da clareza da definição conceitual, a proporção de concordância entre os juízes foi menor que 85%, porém, o valor de $p > 0,05$, e assim, o item deve ser mantido.

Com relação a precisão das definições operacionais, no geral, um juiz sugeriu definir apenas uma escala ou justificar o motivo da utilização de uma destas escalas, além de definir os pontos de corte de identificação dos indicadores e quais são os resultados considerados alterados.

Para a escala que avalia o conhecimento dos pais sobre o DI foi sugerida a seguinte modificação para melhorar a clareza da definição operacional: “*Knowledge of Infant Development Inventory (KIDI)*: avalia a proporção de conhecimentos considerados corretos dos pais de crianças de 0 a 6 anos (...)”.

Ademais, outros indicadores apresentaram proporção de concordância maior que 85% com valor de $p > 0,05$ pelo teste binomial com relação a relevância, clareza da definição conceitual e operacional, e precisão da definição conceitual e operacional.

Quanto a relevância dos indicadores avaliados em conjunto, observou-se que a proporção de concordância entre os juízes foi maior que 85%.

A seguir, na tabela 12 são apresentados os indicadores com as definições conceituais e operacionais que compuseram os indicadores clínicos por meio da análise de conceito, segundo o julgamento mediante o índice de concordância dos juízes quanto ao critério da relevância, clareza e precisão.

TABELA 12 – Análise de conteúdo dos indicadores clínicos para o diagnóstico de enfermagem Atraso do desenvolvimento do lactente. Redenção/CE, 2019.

Indicador	n	%	p*
Atraso cognitivo			
Relevância	22	100,0	0,028
Clareza da definição conceitual	21	95,0	0,137
Clareza da definição operacional	19	86,0	0,575
Precisão da definição conceitual	21	95,0	0,137
Precisão da definição operacional	20	91,0	0,338
Atraso na aprendizagem			
Relevância	22	100,0	0,028

Clareza da definição conceitual	17	77,0	0,226
Clareza da definição operacional	19	86,0	0,575
Precisão da definição conceitual	17	77,0	0,226
Precisão da definição operacional	18	82,0	0,425
Atraso na resolução de problemas			
Relevância	21	95,0	0,137
Clareza da definição conceitual	20	91,0	0,338
Clareza da definição operacional	18	82,0	0,425
Precisão da definição conceitual	21	95,0	0,137
Precisão da definição operacional	21	95,0	0,137
Atraso na linguagem			
Relevância	22	100,0	0,028
Clareza da definição conceitual	22	100,0	0,028
Clareza da definição operacional	19	86,0	0,575
Precisão da definição conceitual	22	100,0	0,028
Precisão da definição operacional	20	91,0	0,338
Retardo na linguagem receptiva			
Relevância	22	100,0	0,028
Clareza da definição conceitual	22	100,0	0,028
Clareza da definição operacional	21	95,0	0,137
Precisão da definição conceitual	22	100,0	0,028
Precisão da definição operacional	20	91,0	0,338
Retardo na linguagem expressiva			
Relevância	22	100,0	0,028
Clareza da definição conceitual	22	100,0	0,028
Clareza da definição operacional	22	100,0	0,028
Precisão da definição conceitual	22	100,0	0,028
Precisão da definição operacional	22	100,0	0,028
Ausência de habilidades na comunicação verbal			
Relevância	21	95,0	0,137
Clareza da definição conceitual	20	91,0	0,338
Clareza da definição operacional	21	95,0	0,137
Precisão da definição conceitual	21	95,0	0,137
Precisão da definição operacional	20	91,0	0,338
Atraso psicossocial			
Relevância	22	100,0	0,028
Clareza da definição conceitual	22	100,0	0,028
Clareza da definição operacional	22	100,0	0,028
Precisão da definição conceitual	20	91,0	0,338
Precisão da definição operacional	21	95,0	0,137

Problemas sócio-emocionais			
Relevância	22	100,0	0,028
Clareza da definição conceitual	22	100,0	0,028
Clareza da definição operacional	21	95,0	0,137
Precisão da definição conceitual	22	100,0	0,028
Precisão da definição operacional	20	91,0	0,338
Problemas de socialização			
Relevância	16	73,0	0,100
Clareza da definição conceitual	21	95,0	0,137
Clareza da definição operacional	20	91,0	0,338
Precisão da definição conceitual	20	91,0	0,338
Precisão da definição operacional	20	91,0	0,338
Deficiência comportamental			
Relevância	20	91,0	0,338
Clareza da definição conceitual	19	86,0	0,575
Clareza da definição operacional	18	82,0	0,425
Precisão da definição conceitual	19	86,0	0,575
Precisão da definição operacional	20	91,0	0,338
Comportamento desafiador			
Relevância	20	91,0	0,338
Clareza da definição conceitual	21	95,0	0,137
Clareza da definição operacional	20	91,0	0,338
Precisão da definição conceitual	21	95,0	0,137
Precisão da definição operacional	18	82,0	0,425
Avaliação da relevância dos indicadores clínicos em conjunto	21	95,0	0,137

* Teste binomial.

Com relação a relevância, somente o indicador *problemas de socialização* apresentou proporção de concordância < 85% entre os juízes, porém, com valor de $p > 0,05$ pelo teste binomial, indicando que não houve significância estatística.

Com relação à clareza da definição conceitual, somente o indicador *atraso na aprendizagem* apresentou proporção de concordância < 85% entre os juízes, porém, com valor de $p > 0,05$ pelo teste binomial.

Com relação à clareza da definição operacional, os indicadores *atraso na resolução de problemas* e *deficiência comportamental* apresentaram proporção de concordância < 85% entre os juízes, porém, com valor de $p > 0,05$ pelo teste binomial.

Quanto à precisão da definição conceitual, somente *atraso na aprendizagem* apresentou proporção de concordância < 85% entre os juízes, porém, com valor de $p > 0,05$ pelo teste binomial. E, quanto à precisão da definição operacional, os indicadores *atraso na aprendizagem* e *comportamento desafiador* apresentaram proporção de concordância < 85% entre os juízes, porém, com valor de $p > 0,05$ pelo teste binomial.

6.2.5 Proposta final após análise de conteúdo dos componentes para o DE Atraso do Desenvolvimento do Lactente

Após análise de conteúdo pelos juízes e consenso com a orientadora, foram realizadas as modificações necessárias para a proposta final do diagnóstico de enfermagem Atraso do desenvolvimento do lactente, apresentadas no quadro 27.

QUADRO 27 – Proposta final do diagnóstico de enfermagem Atraso do desenvolvimento do lactente. Redenção/CE, 2019.

TÍTULO	
Proposta inicial	Proposta final após análise de conteúdo
Atraso do Desenvolvimento do Lactente	Não mudou e nem houve sugestões.
DEFINIÇÃO	
Proposta inicial	Proposta final após análise de conteúdo
<p>Definição 1: Os atrasos no desenvolvimento são um grupo de distúrbios crônicos etiologicamente heterogêneos com uma perturbação documentada em um ou mais domínios de desenvolvimento reconhecidos. Esses domínios são: motor (grosso ou fino), Comunicação/linguagem, cognitivo, social e atividades da vida diária. A perturbação geralmente deve ser significativa, o que significa um desempenho de mais ou igual a 2 desvios-padrão abaixo da média em uma avaliação de desenvolvimento padronizada. O atraso no desenvolvimento global é descrito como atraso significativo em dois ou mais domínios de desenvolvimento.</p> <p>Definição 2: Não conseguir cumprir os marcos de desenvolvimento esperados dentro de uma janela de tempo, com base na idade cronológica. Transtorno de infância grave, clinicamente e geneticamente altamente heterogêneo.</p>	<p>Atraso significativo de duas ou mais áreas do desenvolvimento, caracterizadas por alterações que podem incluir o desempenho motor (grosso ou fino), comunicação/linguagem, cognitivo, social e atividades da vida diária. O atraso se configura por alterações ≥ 2 desvios-padrão abaixo da média.</p>

Definição 3: O atraso no desenvolvimento geralmente se refere a crianças que não exibem características proeminentes de desenvolvimento que eles são esperados para sua idade.	
CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	
Proposta inicial	Proposta final após análise de conteúdo
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atraso cognitivo ✓ Atraso na aprendizagem ✓ Atraso na resolução de problemas ✓ Atraso na linguagem ✓ Retardo na linguagem receptiva ✓ Retardo na linguagem expressiva ✓ Ausência de habilidades na comunicação verbal ✓ Atraso psicossocial ✓ Problemas sócio-emocionais ✓ Problemas de socialização ✓ Deficiência comportamental ✓ Comportamento desafiador 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atraso cognitivo ✓ Atraso na aprendizagem ✓ Atraso na resolução de problemas ✓ Atraso na linguagem ✓ Atraso na linguagem receptiva ✓ Atraso na linguagem expressiva ✓ Atraso psicossocial ✓ Problemas de socialização ✓ Comportamento desafiador
FATORES RELACIONADOS	
Proposta inicial	Proposta final após análise de conteúdo
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificuldades na alimentação ✓ Maus-tratos ✓ Alterações no padrão de sono ✓ Conhecimento inadequado das mães sobre DI 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificuldades na alimentação ✓ Alterações no padrão de sono ✓ Conhecimento inadequado das pais/cuidadores sobre o Desenvolvimento do lactente
POPULAÇÕES EM RISCO	
Proposta inicial	Proposta final após análise de conteúdo
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fatores genéticos: Sexo masculino; Etnia não-branca. ✓ Fatores sociais: Ocupação paternal desfavorecida; Família economicamente desfavorecida; Falta de acesso à educação infantil; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fatores genéticos: Sexo masculino; Etnia não-branca. ✓ Fatores sociais desfavorecidos: Ocupação paternal desfavorecida; Família economicamente desfavorecida; Falta de acesso à

<p>Crianças que vivem em países em desenvolvimento; Pouca variedade de brinquedos; Isolamento social da mãe nos primeiros anos de vida da criança.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ambiente familiar desfavorável: Estresse parental; Baixo estímulo; Baixa escolaridade materna; Cuidadores sem ensino superior; Presença de 2 ou mais irmãos; Família faltando membro, principalmente a mãe; Parentes de 1º grau com atraso na linguagem; Baixa interação pai-filho. ✓ Condições neonatais: Prematuridade; Baixo peso; Baixa estatura; Baixo Perímetro cefálico. ✓ Condições obstétricas: Idade < 20 anos; Mães solteiras; Multiparidade; Abuso de substâncias na gestação (álcool, tabaco e outras drogas); Gravidez não-desejada; Lactentes expostos ao HIV; Exposição pré-natal a poluentes do ar - NO₂ e benzeno. 	<p>educação infantil; Crianças que vivem em países em desenvolvimento; Pouca variedade de brinquedos; Isolamento social da mãe nos primeiros anos de vida da criança; Condições ambientais (moradia, abastecimento de água, presença de fossas sépticas e esgotos;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ambiente familiar desfavorável: Estresse parental; Baixo estímulo; Baixa escolaridade materna e dos cuidadores; Presença de 2 ou mais irmãos; Família faltando membro, principalmente a mãe; Parentes de 1º grau com atraso na linguagem; Baixa interação pai-filho; ✓ Desfechos perinatais desfavoráveis: Prematuridade; Baixo peso; Baixa estatura; Baixo e Alto Perímetro cefálico. ✓ Desfechos obstétricos desfavoráveis: Idade < 20 anos; Mães solteiras; Multiparidade; Abuso de substâncias na gestação (álcool, tabaco e outras drogas); Gravidez não-desejada; Lactentes expostos ao HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis; Exposição pré-natal a poluentes do ar - NO₂ e benzeno. ✓ Maus-tratos.
CONDIÇÕES ASSOCIADAS	
Proposta inicial	Proposta final após análise de conteúdo
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desnutrição infantil; ✓ Procedimentos (Parto cesárea; Criança submetida à cirurgia 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desnutrição; ✓ Procedimentos invasivos (Parto cesárea e fórceps; Criança submetida à

<p>cardíaca; Admissão em cuidados intensivos neonatais; Oxigenioterapia);</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Exposição a medicamentos (Uso neonatal de Dexametasona; Tratamento prolongado com Hidrocortisona em prematuros; Exposição a anestésicos por tempo prolongado; Exposição aos antipsicóticos atípicos no período pré-natal); ✓ Fatores pré-natais (Trombose venosa da placenta; RCIU; Obesidade materna; Diabetes gestacional); ✓ Distúrbios maternos (Depressão pré-natal e pós-parto; Ansiedade pós-parto; Distúrbio psíquico materno); ✓ Distúrbios neonatais (Apgar de 5 minutos <3; Displasia broncopulmonar; Asfixia perinatal com encefalopatia isquêmica hipóxica; Hemorragia peri-intraventricular; Sequelas da prematuridade); ✓ Distúrbios neurológicos (Epilepsia infantil; Paralisia cerebral; Retardo mental); ✓ Distúrbio genético (Sd. de Down; Sd. de Myrhe; Sd. de Williams) ✓ Distúrbios congênitos (Doença cardíaca congênita; Deficiência visual profunda congênita); ✓ Atraso no crescimento; ✓ Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH); ✓ Autismo; ✓ Perda auditiva; 	<p>cirurgia cardíaca; Admissão em cuidados intensivos neonatais);</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Exposição prolongada a medicamentos (Uso neonatal de Dexametasona; Tratamento prolongado com Hidrocortisona em prematuros; Exposição a anestésicos por tempo prolongado; Exposição aos antipsicóticos atípicos no período pré-natal; Oxigenioterapia); ✓ Fatores pré-natais e pós-natais (Trombose venosa da placenta; RCIU; Obesidade materna; Diabetes gestacional e desnutrição materna; Depressão pré- e pós-parto; Ansiedade pós-parto; Distúrbio psíquico materno Infecções pré-natais não-tratadas); ✓ Distúrbios neonatais (Apgar de 5 minutos <3; Displasia broncopulmonar; Asfixia perinatal com encefalopatia isquêmica hipóxica; Hemorragia peri-intraventricular; Sequelas da prematuridade); ✓ Distúrbios neurológicos (Epilepsia infantil; Paralisia cerebral; Retardo mental); ✓ Distúrbio genético (Sd. de Down; Sd. de Myrhe; Sd. de Williams); ✓ Distúrbios congênitos (Doença cardíaca congênita; Deficiência visual profunda congênita); ✓ Atraso no crescimento; ✓ Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH); ✓ Autismo; ✓ Perda auditiva; ✓ Má formação (Cerebral; Craniossinostose; Lábio leporino); ✓ Deficiência de vitamina B12; ✓ Trauma cefálico;
--	---

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Má formação (Cerebral; Craniossinostose; Lábio leporino); ✓ Deficiência de vitamina B12; ✓ Trauma cefálico; ✓ Distúrbios metabólicos; ✓ Distúrbios alimentares; ✓ Infecções (Lactentes infectados por Citomegalovírus; Otite; Sepses neonatal; Infecções neonatais). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Distúrbios metabólicos; ✓ Distúrbios alimentares; ✓ Infecções neonatais não-tratadas (Otite; Sepses neonatal; Infecções neonatais: Citomegalovírus, Zika vírus, HIV, Sífilis e Rubéola).
---	---

Fonte: Dados da própria pesquisa.

7 DISCUSSÃO

Diante dos 123 estudos encontrados na RI, percebe-se que a maioria foram realizados no Brasil, porém, com pouca atuação da Enfermagem, o qual isso pode ser justificado pelas influências dos modelos de saúde no país no seu contexto histórico, principalmente no tocante ao modelo biomédico.

A análise de conceito realizada pelo modelo de Walker e Avant (2011) subsidiada pela RI, possibilitou construir 40 componentes estruturais para compor o instrumento, sendo 05 indicadores das populações em risco, 19 indicadores das condições associadas, 12 indicadores das características definidoras (indicadores clínicos) e 04 indicadores dos fatores relacionados (fatores etiológicos). Além disso, foi possível construir três definições do fenômeno em estudo. O antecedente que foi encontrado com maior frequência nos estudos foram *as dificuldades na alimentação* e os consequentes com maior frequência encontrados nos estudos foi *atraso cognitivo* e *atraso na linguagem*. Após análise de conteúdo, 36 indicadores foram aprovados e 13 modificados.

Os juízes em sua maioria eram do sexo feminino e tinham o título de doutor. Com relação ao perfil dos juízes, percebeu-se que a taxa de retorno maior foram dos enfermeiros que atuam na área de saúde da criança. Porém, na realização da busca por esses profissionais, buscou-se equilibrar aqueles que possuíam experiência na área de saúde da criança e na área das terminologias em enfermagem, sendo mínima a atuação concomitante nas duas áreas, o que foi observado no início da seleção dos mesmos.

Diante das definições propostas para o diagnóstico de enfermagem, a maioria dos juízes optaram pela primeira definição, porém, após consenso com a orientadora e sugestões realizadas pelos juízes, foi necessário reformular a definição escolhida e com maior proporção de concordância entre os juízes para um refinamento da sua compreensão. Os termos “perturbação” foi considerado um termo bastante incisivo para ser utilizado na definição, e assim, foi retirado. Outro ponto que foi considerado desnecessário foi a definição do “atraso do desenvolvimento global” por mencionar na sua definição os critérios da presença de atrasos em dois ou mais domínios, não sendo objeto do presente estudo.

Dos indicadores das populações em risco, o único indicador considerado irrelevante pelos juízes foi os *fatores genéticos (sexo masculino e etnia não-branca)*. Todavia, considerando as justificativas de alguns juízes sobre a importância de avaliar o sexo dos lactentes, ao mencionar que os cuidados de saúde com o sexo masculino são menores pelos

cuidadores se comparados ao sexo feminino, e que estes são mais vulneráveis a violência e acidentes, podendo esse grupo ter maior probabilidade de ter atraso do desenvolvimento.

Com relação a etnia não-branca, um juiz menciona que sempre houve exclusão social desse grupo, além da escravidão e exploração, e por ser um fator histórico, tem tamanha relevância e deve ser mensurado como um fator diretamente relacionado com o atraso do desenvolvimento.

Assim, o *sexo masculino* e a *etnia não branca* irão permanecer neste momento no grupo das populações em risco para o atraso do desenvolvimento do lactente, apesar de não possuir evidências fortes de associação com o atraso do desenvolvimento do lactente, porém, necessita de uma análise minuciosa quanto à especificidade e à sensibilidade para a acurácia diagnóstica.

No indicador *fatores sociais* das populações em risco, foi considerado pertinente o acréscimo dos fatores referentes às *condições ambientais, moradia, água, abastecimento e presença de fossas sépticas e esgotos*. A ampliação do acesso ao saneamento básico é um fator determinante para a redução de danos à saúde da criança. Dessa forma, podemos considerar que os lactentes que vivem em condições ambientais e de moradia desfavoráveis, com ausência de tratamento e abastecimento de água, e ausência de fossas sépticas vivem em condições de risco para o atraso do desenvolvimento (VICTORA *et al.*, 2011). O termo *fatores sociais* foi modificado para *fatores sociais desfavorecidos*, pois o termo anterior foi considerado não pertinente para permanecer como um indicador.

O fator *alto perímetro cefálico* foi acrescentado no indicador *desfechos perinatais desfavoráveis*, após sugestão de um dos juízes. Apesar de não ter sido encontrado nos estudos subsidiados pela RI, o perímetro cefálico acima de dois desvios-padrão ($> +2$ escores “z”) pode estar relacionado com doenças neurológicas, como por exemplo, a hidrocefalia, e assim, pode afetar o desenvolvimento do lactente (BRASIL, 2012).

Dos indicadores das condições associadas sete foram considerados irrelevantes, sendo eles: *procedimentos, distúrbios maternos, atraso no crescimento, má-formação, deficiência de vitamina B12, distúrbios alimentares e infecções*. Porém, após aplicação do teste binomial, o único considerado não aprovado foi o indicador *distúrbios maternos*.

O indicador *desnutrição infantil*, referente as condições associadas, foi modificado para *desnutrição*, considerando que, o termo “infantil” é amplo e está relacionado a crianças menores de 5 anos (BRASIL, 2002), e assim, não se relaciona com o público alvo deste estudo que são apenas os lactentes.

O indicador *procedimentos* foi modificado para *procedimentos invasivos*, pois um dos juízes mencionou que nem todos os procedimentos simples podem ser considerados uma condição associada para o atraso do desenvolvimento. Da mesma forma, o indicador *exposição a medicamentos* foi modificado para *exposição prolongada aos medicamentos*, sendo justificado por um dos juízes que nem toda exposição ao medicamento, e principalmente, se for por um curto período de tempo, não terá relação como uma condição associada ao atraso do desenvolvimento.

O fator *parto fórceps* foi acrescentado no indicador *procedimentos invasivos*, sugerido por um juiz, considerando que pode ocasionar deformidades no crânio e assim ocasionar danos neurológicos a criança. O parto não-vaginal aumenta 2,5 vezes a chance de a criança apresentar atraso (SEVERIANO *et al.*, 2017).

O fator “oxigenioterapia” que antes da análise de conteúdo encontrava-se no indicador de *procedimentos* das condições associadas foi modificado para o indicador *exposição a medicamentos*, pois o oxigênio é considerado um medicamento para uso terapêutico de acordo com a resolução nº 470 de 28 de março de 2008 do Conselho Federal de Farmácia, sendo portanto, um gás medicinal de acordo com a resolução nº 70 de 1 de outubro de 2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

O indicador *distúrbios maternos* das condições associadas não foi aprovado pela análise de conteúdo, e um dos juízes justificou a sua retirada da lista por não ter evidências que sustentem a relação deste indicador com o atraso do desenvolvimento do lactente. Todavia, sabe-se que a depressão pós-parto é um fator que interfere no vínculo mãe-filho, sendo um evento altamente estressor para a mãe com sintomas ansiosos e obsessivo-compulsivo impedindo que o binômio possa interagir naturalmente, e assim a criança pode responder com retraimento na interação social, podendo ocasionar danos psíquicos ao bebê (BRASIL, 2012; CAMPOS; RODRIGUES, 2015; SANTOS; SERRALHA, 2015). Os transtornos mentais presentes nas mães aumentaram a probabilidade de risco para o desenvolvimento em um estudo de coorte realizado com 65 crianças menores de 1 ano, adscritas em uma Equipe de Saúde da Família no estado de São Paulo (RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014). Assim, após consenso com a orientadora, os fatores referentes ao indicador *distúrbios maternos* foram inseridos no indicador *fatores pré-natais* sendo este reformulado para *fatores pré-natais e pós-natais*.

O indicador *desnutrição* foi sugerido para ser inserido como um fator do indicador *distúrbios alimentares*, no entanto, ao nos reportarmos a definição de Gonçalves e Rodrigues

(1998) sobre os distúrbios alimentares, que “vão desde flutuações do apetite que podem ser transitórias e relacionadas com acontecimentos, até a recusa alimentar grave que pode pôr em risco a vida da criança”, percebemos que a definição refere-se a fatores comportamentais do lactente com a alimentação, e que pode ter como complicação a desnutrição. Portanto, o indicador *desnutrição* permaneceu isolado por não ser uma condição definida como distúrbio alimentar.

O indicador *infecções* foi modificado para *infecções não-tratadas*, considerando que, de acordo com a justificativa de um juiz, caso estas infecções sejam tratadas adequadamente, diminui consideravelmente a probabilidade e a relação com o atraso do desenvolvimento do lactente. Após consenso com a orientadora, foram acrescentados como fatores do indicador *infecções não-tratadas* os termos: ZIKA vírus, HIV, sífilis e rubéola. A partir dessa modificação percebeu-se que o termo ficou confuso, pois as infecções não-tratadas podem fazer alusão ao período pré-natal e neonatal. Assim, após revisão final, foi acrescentado o fator *infecções pré-natais não-tratadas* no indicador *fatores pré-natais e pós-natais*; e o indicador *infecções não-tratadas* foi modificado para *infecções neonatais não-tratadas*.

Dos indicadores dos fatores relacionados (fatores etiológicos), todos foram considerados relevantes, claros quanto a definição operacional, precisos quanto as definições conceituais e operacionais, sendo que o único que não foi considerado claro quanto a definição conceitual foi o indicador *dificuldades na alimentação*. Um juiz sugeriu a seguinte definição para melhorar a clareza deste indicador pelo qual foi aceita: “As dificuldades alimentares são caracterizadas pela incapacidade de consumir a alimentação por via oral de forma adequada. Pacientes com dificuldades na alimentação podem ser dependentes de sonda gástrica ou entérica para se alimentar e, geralmente, apresentam sintomas após as refeições, tais como: alterações cardiorrespiratórias, tosse, engasgo, recusa alimentar e capacidade de sucção ruim”. Também foi sugerido retirar o termo “arqueamento” por não ser um termo médico comumente utilizado, e, após consenso com a orientadora, retiramos o termo.

Um juiz sugeriu que o indicador *maus-tratos* fosse retirado dos fatores relacionados e acrescentado nas condições associadas. Considerando a definição de condições associadas pela última edição da NANDA-I 2018-2020, que “são diagnósticos médicos, lesões, procedimentos, dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018), concluímos que a sugestão não pode ser atendida. Ao rever o conceito de populações em risco, que “são grupos de pessoas que partilham alguma característica que faz cada membro ser suscetível a determinada resposta humana, como características demográficas, história de

saúde/familiar, estágios de crescimento/desenvolvimento ou exposição a determinados eventos/experiências” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018), e compreendendo que o indicador *maus-tratos* é uma exposição a um determinado evento (GARBIN *et al.*, 2015), o indicador foi inserido como um indicador das populações em risco.

Dos indicadores das características definidoras, o indicador *problemas de socialização* foi avaliado como não pertinente pelos juízes. Um dos juízes relatou que este indicador havia perdido sua relevância por já existir o indicador *problemas sócio-emocionais*, sugerindo assim, deixar apenas um deles. Ao analisar ambos indicadores juntamente com a orientadora, percebemos que os *problemas sócio-emocionais* não se adequam a fase de lactente. Portanto, o indicador *problemas de socialização* foi mantido.

Na definição conceitual do indicador *atraso cognitivo*, um juiz sugeriu retirar o termo “dificuldade” por não fazer relação com o termo mental, e sim com a aprendizagem. Assim, após revisão do termo, este foi retirado.

Com relação ao indicador *atraso na aprendizagem*, a clareza e a precisão da definição conceitual e a precisão da definição operacional foram considerados não pertinentes pelos, sendo sugerido retirar o termo “Não é resultado de deficiência mental, privação sensorial e instrucionais”. Outro juiz mencionou que a definição conceitual apresentada não englobava os aspectos executados pelos lactentes e que, deveria ser reformulada de acordo com a faixa etária. Assim, foi realizada a revisão das definições conceituais e operacionais, sendo realizada as modificações necessárias.

Com relação a indicador *atraso na resolução de problemas*, um juiz sugeriu especificar o contexto de aplicação, considerando que pode ser nula a presença desse indicador nos lactentes. Outro juiz sugeriu que se deve destacar o contexto, seja ele familiar, social, com relação as brincadeiras, dentre outros. Sendo assim, as sugestões foram acrescentadas ao indicador mencionado.

O indicador *deficiência comportamental* foi revisado após a análise de conteúdo pelos juízes, e percebeu-se que suas definições não se enquadravam com a faixa etária do lactente e estavam mais relacionadas com os fatores de socialização já contemplados pelo indicador *problemas de socialização* e, portanto, removido. É somente a partir dos 2 anos, que a criança desenvolve seu senso de identidade, reconhecendo-se como uma pessoa, atribuindo conceitos a si mesma, definindo assim o seu comportamento. É um momento em que a criança começa a reivindicar maior autonomia, quando os pais devem ajudá-la a fixar os limites e, ao mesmo

tempo, encontrar sua autonomia e ter maior independência (NEWCOMBE, 1999; BRASIL, 2012).

O indicador *ausência de habilidades na comunicação verbal* foi removido por já ser contemplado na definição conceitual do indicador *atraso na linguagem*, sendo considerado duplicado a sua inclusão.

Apesar da maioria das definições conceituais e operacionais terem sido aprovadas pelos juízes quanto à clareza e precisão de ambos indicadores referentes aos fatores relacionados e características definidoras, as principais sugestões relacionadas a estes fatores foram estabelecer o ponto de corte da escala para ser definido a presença ou ausência do indicador, especificar a faixa etária utilizada por cada escala e qual escala seria mais adequada para avaliar o indicador, determinando os parâmetros que caracterizam a presença dos indicadores. Um juiz mencionou que o excesso de escalas diminuiu a precisão da definição operacional, assim como, algumas não são traduzidas ainda para a versão brasileira, apesar do diagnóstico ser de âmbito internacional, assim, as escalas devem estar de acordo com a realidade do local de aplicação.

Após consenso com a orientadora, as definições foram revisadas e decidimos manter a quantidade de escalas, haja vista que a escolha de qual escala deve ser utilizada deverá estar embasada em alguns fatores, como por exemplo, os aspectos socioculturais da população-alvo e do ambiente que a escala poderá ser aplicada.

8 CONCLUSÃO

A análise de conteúdo pelos juízes permitiu a expansão dos elementos e suas respectivas definições conceituais e operacionais construídas previamente através da análise de conceito subsidiada pelo modelo de Walker e Avant através da RI, assim como, possibilitou a aprovação desses componentes afim de compor a estrutura final do diagnóstico de enfermagem com o título Atraso do desenvolvimento do lactente a ser proposto para a Taxonomia da NANDA-I, a serem incluídos no domínio 13 Crescimento/Desenvolvimento na Classe 2 - Desenvolvimento.

Ao final da análise de conteúdo e revisão final de todos os componentes, foram aprovados os seguintes componentes referentes as **populações em risco**: **Fatores genéticos** (*sexo masculino; etnia não-branca*), **fatores sociais desfavoráveis** (*ocupação paternal desfavorecida; família economicamente desfavorecida; falta de acesso à educação infantil; crianças que vivem em países em desenvolvimento; pouca variedade de brinquedos; isolamento social da mãe nos primeiros anos de vida da criança; condições ambientais (moradia, abastecimento de água, presença de fossas sépticas e esgotos)*), **ambiente familiar desfavorável** (*estresse parental; baixo estímulo; baixa escolaridade materna e dos cuidadores; presença de 2 ou mais irmãos; família faltando membro, principalmente a mãe; parentes de 1º grau com atraso na linguagem; baixa interação pai-filho*), **desfechos perinatais desfavoráveis** (*prematividade; baixo peso; baixa estatura; baixo e alto perímetro cefálico*), **desfechos obstétricos desfavoráveis** (*idade < 20 anos; mães solteiras; multiparidade; abuso de substâncias na gestação -álcool, tabaco e outras drogas; gravidez não-desejada; lactentes expostos ao HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis; exposição pré-natal a poluentes do ar - NO₂ e benzeno*) e **maus-tratos**.

Referente as **condições associadas**, foram aprovados os seguintes componentes: **Desnutrição; procedimentos invasivos** (*parto cesárea e fórceps; criança submetida à cirurgia cardíaca; admissão em cuidados intensivos neonatais*); **exposição prolongada a medicamentos** (*uso neonatal de Dexametasona; tratamento prolongado com Hidrocortisona em prematuros; exposição a anestésicos por tempo prolongado; exposição aos antipsicóticos atípicos no período pré-natal; oxigenioterapia*); **fatores pré-natais e pós-natais** (*trombose venosa da placenta; restrição do crescimento intrauterino; obesidade materna; diabetes gestacional e desnutrição materna; depressão pré- e pós-parto; ansiedade pós-parto; distúrbio psíquico materno Infecções pré-natais não-tratadas*); **distúrbios neonatais** (*Apgar de 5 minutos <3; displasia broncopulmonar; asfixia perinatal com encefalopatia isquêmica hipóxica; hemorragia peri-intraventricular; sequelas da prematuridade*); **distúrbios**

neurológicos (epilepsia infantil; paralisia cerebral; retardo mental); distúrbio genético (Sd. de Down; Sd. de Myrhe; Sd. de Williams); distúrbios congênitos (Doença cardíaca congênita; Deficiência visual profunda congênita); atraso no crescimento; Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH); Autismo; perda auditiva; má formação (Cerebral; Cranioossinostose; Lábio leporino); deficiência de vitamina B12; trauma cefálico; distúrbios metabólicos; distúrbios alimentares; e infecções neonatais não-tratadas (otite; sepse neonatal; infecções neonatais: Citomegalovírus, Zika vírus, HIV, Sífilis e Rubéola).

Referente aos **fatores relacionados**, foram aprovados os seguintes componentes: *Dificuldades na alimentação; alterações no padrão de sono e conhecimento inadequado das pais/cuidadores sobre o Desenvolvimento do lactente.*

Referente as **características definidoras**, foram aprovados os seguintes componentes: *Atraso cognitivo; atraso na aprendizagem; atraso na resolução de problemas; atraso na linguagem; atraso na linguagem receptiva; atraso na linguagem expressiva; atraso psicossocial; problemas de socialização e comportamento desafiador.*

Alguns indicadores, ainda que aprovados pelos juízes, foram revisados e modificados conforme foram acatadas as sugestões, a fim de melhorar a compreensão.

Assim, a estrutura diagnóstica aprovada pelos juízes neste estudo contribuiu com evidências científicas afim de propor um novo diagnóstico de enfermagem para a taxonomia NANDA-I, considerando que atualmente esta taxonomia não possui um diagnóstico de enfermagem voltado para o fenômeno do atraso do desenvolvimento do lactente, além de direcionar a prática clínica dos enfermeiros no cuidado ao lactente. Dessa forma, a consulta de puericultura poderá ser direcionada afim de melhorar a conduta destes profissionais, realizar intervenções precocemente e melhorar a qualidade de vida dos lactentes que possuem atraso no desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução n° 70 de 1 de outubro de 2008**. Dispões sobre a notificação de plantas medicinais. Disponível em: <http://dinatec.ind.br/site/?p=463>. Acesso em: 16 de fev./2019.

ALEXANDRE, N.M.M.; GALLASCH, C.H.; LIMA, M.H.M.; RODRIGUES, R.C.M. A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. **Rev Eletr Enfer.**, v.15, n.3, p. 802-9, jul-set, 2013.

AMORIM, A.L.P., *et al.* Avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e qualidade do preenchimento segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.23, n.2, p.585-597, 2018.

ANDRADE, G.N.; REZENDE, T.M.R.L.; MADEIRA, A.M.F. Caderneta de Saúde da Criança: experiências dos profissionais da atenção primária à saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.5, p.857-64, 2014.

BARROS, K. M. F. T. et al. Influências do ambiente podem alterar a aquisição de habilidades motoras?: uma comparação entre pré-escolares de creches públicas e escolas privadas. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 2A, p. 170-175, jun. 2003.

BECKWITH, S.; DICKINSON, A.; KENDALL, S. The “con” of concept analysis: A discussion paper which explores and critiques the ontological focus, reliability and antecedents of concept analysis frameworks. **Intern. Journ. Of Nursing Studies**, v.45, p.1831-1841, 2008.

BEE, H.; BOYD, D. **A criança em desenvolvimento**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BENNER, P.; TANNER, C.; CHESLA, C. **Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics**. 2 th ed. New York: Springer Publishing Company; 2009.

BERGER, K. S. **O desenvolvimento da pessoa: da infância à terceira idade**. Rio de Janeiro: LTC; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Manual para utilização da caderneta de saúde da criança**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília, 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149. Acesso em: 12 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta de Saúde da Criança**. 7ª ed. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, (Cadernos de Atenção Básica, nº 33), 2012. p.272.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. **Resolução CNS 466/12**. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Seção 1, p. 37. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=37&data=06/08/2015>. Acesso em: 28 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: promovendo o desenvolvimento na primeira infância**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 64 p.

BRITO, C. M. L. et al. Desenvolvimento neuropsicomotor: o teste de Denver na triagem dos atrasos cognitivos e neuromotores de pré-escolares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1403-1414, 2011.

BOOF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. Petrópolis(RJ): Vozes, 1999.

CAMPOS, B.B.; RODRIGUES, O.M.P. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. **Psico (Porto Alegre)**, v.46, n.4, p.483-492, 2015.

CARVALHO, E.C.; MELLO, A.S.; NAPOLEÃO, A.A.; BACHEON, M.M.; DALRI, M.C.B.; CANINI, S.R.M.S. Validação de diagnósticos de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Rev Eletrônica de Enfermagem** [Internet], v.10, n.1, p.235-240, 2008.

CEARÁ. Secretaria do Estado da Saúde. **Manual de normas para saúde da criança na atenção primária: puericultura (Módulo I)**. Fortaleza, 2002.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 10, n. 2, p. 513-520, 2008.

CHIESA, A.M.; VERÍSSIMO, M.L.O.R; FRACOLI, L.A. O projeto nossas crianças: janelas de oportunidades, possibilidades e limites para atenção à criança. In: CHIESA, A.M.; FRACOLLI, L.A.; ZABOLI, E.L.C.P, Organizadores. **Promoção da Saúde da Criança: a experiência do projeto nossas crianças: janelas de oportunidades**. São Paulo: NACE-AENSC, 2009. p.13-28.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 470 de 28 de março de 2008**. Regula as atividades do Farmacêutico em gases e misturas de uso terapêutico e para fins de

diagnóstico. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/470.pdf>. Acesso em: 18 de fev./2019.

COSTA, A.G.S. Resultado de Enfermagem comportamento de prevenção de quedas – validação de indicadores. Tese (doutorado em enfermagem) - Pós- graduação, Universidade Federal do Ceará- UFC, Fortaleza. 2014.

DANTAS, A.M.C.; GOMES, G.L.L.; SILVA, K.L.; NÓBREGA, M.M.L. Diagnósticos de enfermagem para as etapas do crescimento e desenvolvimento de crianças utilizando a CIPE®. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2016.

DOENGENS, M.E.; MOORHOUSE, M.F. **Diagnósticos e intervenção de enfermagem**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

ENGLE, P. L *et al.* Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. **The Lancet**, London, v. 369, n. 9.557, p. 229-242, 2007.

ENGLE, P.L *et al.* Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, v. 378, n.9799, p. 1339-53, 2011.

FEHRING, R. The Fehring Model. In: CARROLL-JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. (Ed.). **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference**. Philadelphia: Lippicott, 1994. p. 55-62.

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

FIGUEIRAS, A.C.; SOUZA, I.C.N.; RIOS, V.G.; BENGUIGUI, Y. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto do AIDPI**. Washington, D.C.: OPAS, 2005.

FITCH, E. *et al.* **Physical rehabilitation outcome measures: a guide to enhanced clinical decision making**. 2nd ed. Hamilton, Ontario: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.

FOO, Y.L; *et al.* Genetic Evaluation of Children with Global Developmental Delay Current Status of Network Systems in Taiwan. **Pediatrics and Neonatology**, v. 56, p. 213–219, 2015.

GALDEANO, L. E. **Validação do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio**. 2007. 110 f. Tese (Doutorado) - Programa de Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2007.

GARBIN, C.A.S.; DIAS, I.A.; ROVIDA, T.A.S. GARBIN, A.J.I. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.6, p.1879-1890, 2015.

GONÇALVES, M.J.; RODRIGUES, E. As perturbações alimentares precoces e a sua avaliação. **Análise Psicológica**, v.1, n.16, p.127-138, 1998.

GRANTHAM-MCGREGOR, S. *et al.* Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. **The Lancet**, London, v. 369, n. 6, p. 60-70, 2007.

GRANT, J.; KINNEY, M.R. Using the Delphi technique to examine the content validity of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis*, v.3, n.1, p.12-22, 1992.

HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 6, p. 421-428, 2000.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 104-110, abr. 2004. Suplemento.

HALPERN, R. et al. Developmental status at age 12 months according to birth weight and family income: a comparison of two Brazilian birth cohorts. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 444-450, 2008.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 3^a ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1989.

HERDMAN, T.H. **NANDA International Nursing diagnoses: Definitions and classification, 2009–2011**. Chichester, UK.: Wiley-Blackwell, 2008.

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

HERDMAN, T.H. **NANDA International Nursing diagnoses: Definitions and classification, 2015–2017**. Chichester, UK.: Wiley-Blackwell, 2015.

HERDMAN, T.H. **NANDA International Nursing diagnoses: Definitions and classification, 2018–2020**. Chichester, UK.: Wiley-Blackwell, 2015.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D.; INKELSTEIN, M. **Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **WONG: Fundamentos de enfermagem pediátrica**. Coedição David Wilson; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento...[et al].- Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p.1245.

HOSKINS, L.M. Clinical Validation Methodologies for Nursing Diagnosis Research. In Carrol-Johnson, R.M. et al (ed). **Classification of Nursing diagnosis: proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia: Lippincott, 1989. P.126-131.

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

LOBIONDO-WOOD, G.; HARBER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação, crítica e utilização**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, M.V.O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T.L. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. **Int. J. Nurs. Knowledge**, v. 23, n. 3, p. 134-139, 2012.

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.

- LUCIANO, T.S.; NÓBREGA, M.M.L.; SAPAROLLI, E.C.L.; BARROS, A.L.B.L. Cross mapping of nursing diagnoses in infant health using the international classification of nursing practice. **Rev Esc Enferm USP** [Internet], v.48, n.2, p.250-6, 2014.
- LUNDBERG, C.; WARREN, J.; BROKEL, J.; BULECHEK, G.; BUTCHER, H.; DOCHTERMAN, J.; JOHNSON, M.; MAAS, M.; MARTIN, K.; MOORHEAD, S.; SPILA, C.; SWANSON, E.; GIARRIZO-WILSON, S. Selecting a standardized terminology for the electronic health record that reveals the impact of nursing on patient care. **Online Journal of Nursing Informatics**, v.12, n.2.
- LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nurs. Res.**, v.35, n.9, p.382-385, 1986.
- MCWEN, M.; WILLS, E.M. **Bases teóricas para enfermagem**. Trad. De Ana Maria Thirell. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2011.
- MELO, A. S. **Validação dos diagnósticos de enfermagem: disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- MIRANDA, L. P.; RESEGUE, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 33-42, 2003. Suplemento.
- 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.
- MORAES, M. W. et al. Teste de Denver II: avaliação do desenvolvimento de crianças atendidas no ambulatório do Projeto Einstein na Comunidade de Paraisópolis. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 149-153, 2010.
- 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.
- MORSE, J.M.; MITCHAM, C.; HUPCEY, J.E.; TASÓN, M.C. Criteria for concept evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, v.24, p.385-390, 1996.
- NEWCOMBE, N. **Desenvolvimento infantil**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2007-2008**. Porto Alegre: Artmed; 2008.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2011.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2012.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.

OLIVEIRA, V. C.; CADETE, M. M. M. A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **REME Rev Min Enferm**, v.11, n.1, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Manual para a vigilância do desenvolvimento infantil no contexto do AIDPI**. Washington: OPAS, 2005.

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

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

PASQUALI, L. (Org.). **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999.

PAUS, T. Imagiologia do cérebro em crescimento. In: TREMBLAY, R.E.; BOIVIN, M; editores. **Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [online]**. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Child hood Development and Strategie Knoledge Cluster on Early Child hood Development, 2013.

PILZ, E. M. L.; SCHERMANN, L. B. Determinantes biológicos e ambientais no desenvolvimento neuropsicomotor em uma amostra de crianças de Canoas/RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 181-190, 2007.

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

PULGA, J.; FRAPORTI, L.; MARTINELLI, M.; CAMARGO, S.B.; TAGLIARI, M.H.; MORETTO, E.F.S. Consulta de enfermagem no Programa de Saúde da Família na visão do usuário. **Rev Téc Cient Enferm**, v.3, n.11, p.281-9, 2005.

REICHERT, A.P.S.; COLLET, N.; EICKMANN, S.H.; LIMA, M.C. Vigilância do desenvolvimento infantil: estudo de intervenção com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.5, p.954-62, set.-out, 2015.

RIBEIRO, C.A.; OHARA, C.V.S.; SAPAROLLI, E.C.L. Consulta de enfermagem em puericultura. In: FUJIMORI, E.; OHARA C.V.S. **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. Barueri: Manole; 2009. p. 223-47.

RIBEIRO, D.G.; PEROSA, G.B.; PADOVANI, F.H.P. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.1, p.215-226, 2014.

- ROACH, K.E. Measurement of health outcomes: reliability, validity and responsiveness. **J Prosthet Orthot**, v.18, n.1S, p.8-12, jan, 2006.
- 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.; KNAFL, K.A. **Concept development in nursing: Foundations, techniques and applications**. Philadelphia: W.B. Saunders, 2000.
- RUTTER, M. Nature, nurture, and development: From evangelismo through Science toward policy and practice. **Child Development**, n.73, p.1-21, 2002.
- SALMOND, S.S. Evaluating the reliability and validity of measurement instruments. **Orthop Nurs.**, v.27, n.1, p. 28-30, jan-fev, 2008.
- SANTOS, S.S. **Construção de elementos estruturais de um diagnóstico de enfermagem: atraso no desenvolvimento físico do lactente**. Dissertação (Mestrado) – Pós-graduação, Universidade da Integração da Lusofonia Afro-brasileira – UNILAB, Redenção. 2018.
- SANTOS, L.; SERRALHA, C.A. Repercussões da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil. **Barbarói**, v.43, p.5-26, 2015.
- SCHWARTZ-BARCOTT, D.; KIM, H.S. Na expansion and elaboration of the Hybrid Modelo of concept development. In: Rodgers, B.L.; Knalf, K.A. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. 2 ed. Ed Saunder (Elsevier), 2000. p.129-159.
- SEVERIANO, A.A.O.; DANTAS, D.S.; OLIVEIRA, V.L.C.; LOPES, J.M.; SOUZA, D.S.; MAGALHÃES, A.G. Association between breastfeeding, obstetric factors and child development in northeast Brazil. **J Hum Growth Dev.**, v.27, n.2, p.158-165, 2017.
- SIGOLO, A.R.L.; AIELLO, A.L.R. Há identificação precoce de sinais de atraso no desenvolvimento infantil nos programas de saúde da família? **Rev. Ibero-americana de Estudos em Educação**, v.5, n.2, 2010.
- SILVA, A. C. D.; ENGSTRON, E. M.; MIRANDA, C. T. Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6-18 meses de vida inseridas em creches públicas do Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1881-1893, 2015.
- SILVA, R. R. F. *et al.* Desenvolvimento. In: PUCCINI, R. F.; HILÁRIO, M. O. E. (Ed.). **Semiologia da criança e do adolescente**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- SOUZA, J. M. **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.
- SOUZA, J.M.; VERÍSSIMO, M.L.O.R. Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.6, p. 1097-104, nov.-dez. 2015.
- UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação das crianças em Moçambique 2014**. Maputo: UNICEF Moçambique; 2014.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **The state of the world's children 2016: A fair chance for every child.** USA: New York, 2016.

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.

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.

VIANNA, H.M. **Testes em educação.** São Paulo: IBRASA, 1982. VIANNA, H.M. **Testes em educação.** São Paulo: IBRASA, 1982.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, Londres, p. 32-46, 2011. Disponível em: <<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>>. Acesso em: 16 de Fev/2019.

VITOR, A.F. **Revisão do resultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas:** análise de conceito e validação por especialistas. Tese (doutorado em enfermagem) - Pós- graduação, Universidade Federal do Ceará- UFC, Fortaleza. 2010.

WALKER, S. P. *et al.* Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. **The Lancet**, London, v. 378, p. 1325-1338, 2011.

WALKER, L. O; AVANT, K. C. Concept development. In: Walker LO, Avant KC. **Strategies for theory construction in nursing.** 3 ed. Norwalk: Appleton & Lange, 1995.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. Concept Analysis. In: WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing.** New Jersey: Upper Saddle River, 2005. p. 63-80.

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.

WEAVER, K.; MITCHAM, C. Nursing concept analysis in North America: state of the art. *Nursing Philosophy*, v.9, p.180-194, 2008.

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

APÊNDICE A
Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura
TEMA: Análise de Conceito do fenômeno Atraso do Desenvolvimento do Lactente
Objetivo: Apresentar o conhecimento produzido sobre o núcleo conceitual (desenvolvimento) e a tudo que remete ao julgamento do fenômeno (atraso do desenvolvimento do lactente)
Questões Norteadoras: <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Qual a definição de atraso do desenvolvimento do lactente?</i> ✓ <i>Quais os atributos essenciais identificados no conceito atraso do desenvolvimento do lactente?</i> ✓ <i>Quais os consequentes e antecedentes do conceito?</i> ✓ <i>Quais as definições operacionais?</i>
Estratégia para buscar as pesquisas <ul style="list-style-type: none"> ✓ SCOPUS ✓ PubMed ✓ LILACS ✓ <i>Science Direct</i> ✓ <i>Web of Science</i> ✓ Periódico: <i>Journal Human Growth and Development</i>.
Descritores controlados MeSH/Decs: crescimento e desenvolvimento (<i>Growth and Development</i>); lactente (<i>infant</i>); e deficiências do desenvolvimento (<i>developmental disabilities</i>). Palavras-chave Atraso (<i>delay</i>); desenvolvimento psicossocial (<i>psychosocial development</i>); desenvolvimento maturacional (<i>maturational development</i>); desenvolvimento cognitivo (<i>cognitive development</i>)
Critérios de Inclusão <ul style="list-style-type: none"> ✓ Periódico específico da área de crescimento e desenvolvimento; ✓ Revistas, livros, anais de congressos e <i>Conference Proceedings</i>; ✓ Artigos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol, que atendam ao alcance dos objetivos da temática.
Critérios de Exclusão <ul style="list-style-type: none"> ✓ Opiniões de especialistas ✓ Cartas ao editor
Estratégia para síntese e avaliação dos estudos <ul style="list-style-type: none"> ✓ Caracterização dos estudos, segundo o instrumento adaptado de Ursi (2005); ✓ Nível de evidência recomendada por Melnyk e Fineout-Overholt (2011); ✓ Análise de Conceito de Walker e Avant (2011).
Referências MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2011.

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.

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.

APÊNDICE B
Instrumento de Caracterização do Estudo - Adaptado de Ursi (2005)

Código do Artigo (DOI): 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
3. A partir da Análise de Conceito
Qual o método utilizado para a busca e o levantamento na literatura?
Qual o referencial teórico utilizado na Análise de Conceito?
4. A partir do estudo, foi possível identificar:
Qual o conceito de atraso do desenvolvimento do lactente nas publicações?
Como o fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente pode ser mensurado em crianças?
Quais os atributos essenciais do conceito atraso do desenvolvimento do lactente?
Quais os antecedentes do conceito atraso do desenvolvimento do lactente?
Como os antecedentes que compõem o atraso do desenvolvimento do lactente podem ser mensurados?

Quais os consequentes do conceito atraso do desenvolvimento do lactente?

Como os consequentes que compõem o atraso do desenvolvimento do lactente podem ser mensurados?

APÊNDICE- C

Carta-convite para análise da aparência do instrumento

Carta-convite

Prezado (a),

Meu nome é Samara Pereira Souza Mariano, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira- UNILAB, Redenção-Ceará/Brasil. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **Análise de conteúdo dos elementos estruturais de um diagnóstico de enfermagem: atraso do desenvolvimento do lactente**, sob a orientação da Prof^a Dra. Flávia Paula Magalhães Monteiro.

Solicitamos, por meio desta, a sua colaboração como juiz na temática de análise (construção e validação) de instrumentos. Sua participação envolverá a apreciação e a análise do instrumento, embasados em parâmetros psicométricos (critérios de relevância, clareza, precisão e adequação).

Diante desse instrumento, a Sra. (o Sr.) analisará avaliar a dificuldade, discriminação, além dos aspectos referentes a clareza, compreensível com linguagem e apresentação apropriada. Sua participação é imprescindível em virtude da limitada quantidade de profissionais que trabalham com essa temática.

Caso deseje participar, pedimos que responda este *e-mail* o mais breve possível, em até 15 dias, expressando o veículo de comunicação de sua preferência (*e-mail* ou correspondência convencional). Caso manifesta a sua concordância, enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as instruções para o preenchimento do instrumento, e o instrumento propriamente dito. Caso opte pela correspondência convencional, solicitamos ainda que nos remeta seu endereço postal completo e atualizado para o envio do material acima descrito.

Gostaríamos, se possível, que a Sra. (o Sr.) indicasse mais juízes nesta área que possam colaborar com nosso trabalho.

Aguardamos sua resposta e, desde já, agradecemos o seu valioso apoio, oportunidade em que me coloco à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Samara Pereira Souza Mariano

samarapereiradesouza@gmail.com

APÊNDICE- D
Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE para juízes - análise da aparência do instrumento

Inicialmente, eu Samara Pereira Souza Mariano e minha orientadora agradecemos a sua concordância em participar do nosso estudo intitulado **“ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS ELEMENTOS ESTRUTURAIS DE UM DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: ATRASO DO DESENVOLVIMENTO DO LACTENTE”**, na condição de juiz. Consideramos como juiz os profissionais que possuam conhecimento e experiência na pesquisa com Taxonomias e também com relação à aparência, métodos e uso de instrumentos. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo deste estudo é verificar com juízes o conteúdo dos elementos estruturais de um diagnóstico de enfermagem sobre o fenômeno Atraso do desenvolvimento do lactente. No entanto, para a etapa de análise de conteúdo é necessário obter um instrumento confiável e válido para análise dos juízes na etapa seguinte, sendo necessária, portanto, sua avaliação. Você deverá opinar se o instrumento submetido a avaliação é adequado para avaliar a dificuldade, discriminação e validade dos itens, além dos aspectos referentes a clareza, compreensível com linguagem e apresentação apropriadas.

Este estudo será desenvolvido em dois momentos: A análise de conceito seguiu as etapas propostas por Walker e Avant operacionalizada através da proposta de Revisão Integrativa (RI) da literatura. O instrumento derivado da análise de conceito, após análise da aparência, que será realizado pelo Sr. (a), e após será submetido à apreciação por juízes para analisar o conteúdo diagnóstico.

Damos-lhes a garantia de que as informações colhidas durante essa etapa serão usadas, apenas, para a realização do presente estudo e asseguramos que a qualquer momento você poderá ter acesso às informações sobre a pesquisa e sobre seus benefícios, inclusive com a finalidade de sanar alguma dúvida. O Sr. (a) tem total liberdade de recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isso implique em qualquer dano.

A presente pesquisa possui risco mínimo devido a possibilidade de causar constrangimento, além do dispêndio de tempo, podendo lhe ocasionar cansaço físico e mental na análise dos itens. A vantagem é a contribuição para o aprimoramento e expansão do conhecimento na área. Por fim, garantimos não fornecer nenhuma informação ao seu respeito que possa identificá-lo de alguma maneira e os dados coletados servirão apenas para alcançar

os objetivos desta pesquisa e serão divulgados para os estudiosos no assunto. Ressaltamos que não haverá nenhuma espécie de pagamento pela contribuição na avaliação do instrumento.

Este termo será assinado em duas vias, sendo uma do participante e uma da pesquisadora. Caso necessite de outros esclarecimentos, informo-lhe o meu contato, bem como, o contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira- UNILAB.

Nome da pesquisadora: Samara Pereira Souza Mariano
Endereço: R. Major Toscano de Brito, s/n, Centro, Itapiúna-Ce.
Telefone: (85) 99794-9287 E-mail: samarapereiradesouza@gmail.com

Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira- UNILAB
Endereço: Avenida da Abolição, 3-Centro. Redenção-CE-Brasil.
Telefone: (85) 3332- 1414 E-mail: cep@unilab.edu.br

Consentimento Livre Esclarecido

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante desta pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo concordando em participar da pesquisa.

_____, _____ de _____ 2018.

Assinatura do Juiz

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientadora

APÊNDICE - E

Carta-convite para análise de conteúdo pelos juízes

Carta-convite

Prezado (a),

Meu nome é Samara Pereira Souza Mariano, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira- UNILAB, Redenção-Ceará/Brasil. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **Análise de conteúdo dos elementos estruturais de um diagnóstico de enfermagem: atraso do desenvolvimento do lactente**, sob a orientação da Prof^a Dra. Flávia Paula Magalhães Monteiro.

Solicitamos, por meio desta, a sua colaboração como juiz na área de saúde da criança/lactente, desenvolvimento infantil, diagnóstico de enfermagem e Taxonomias de Enfermagem. Sua participação envolverá a apreciação e a análise de conteúdo dos componentes das populações em risco, condições associadas, fatores etiológicos e indicadores clínicos com suas definições conceituais e definições operacionais do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente, embasados em parâmetros psicométricos (critérios de relevância, clareza e precisão).

Diante desse instrumento, o Sr. (a) analisará a representatividade desses indicadores para a construção das definições operacionais e conceituais por meio de valores pré-estabelecidos. Sua participação é imprescindível em virtude da limitada quantidade de enfermeiros que trabalham com essa temática. Caso deseje participar, pedimos que responda este *e-mail* o mais breve possível, em até 20 dias, expressando o veículo de comunicação de sua preferência (*e-mail* ou correspondência convencional). Caso manifeste a sua concordância, enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as instruções para o preenchimento do instrumento, e o instrumento propriamente dito. Caso opte pela correspondência convencional, solicitamos ainda que nos remeta seu endereço postal completo e atualizado para o envio do material acima descrito.

Gostaríamos, se possível, que a Sr. (a) indicasse mais juízes nesta área que possam colaborar com nosso trabalho.

Aguardamos sua resposta e, desde já, agradecemos o seu valioso apoio, oportunidade em que me coloco à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Samara Pereira Souza Mariano

samarapereiradesouza@gmail.com

APÊNDICE - F

Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE para juízes - análise de conteúdo

Inicialmente, eu Samara Pereira Souza Mariano e minha orientadora agradecemos a sua concordância em participar do nosso estudo intitulado **“ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS ELEMENTOS ESTRUTURAIS DE UM DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: ATRASO DO DESENVOLVIMENTO DO LACTENTE”**, na condição de juiz. Consideramos como juiz para essa etapa, os profissionais que possuam conhecimento e experiência na pesquisa com saúde da criança/lactente, desenvolvimento infantil, diagnóstico de enfermagem e Taxonomias de Enfermagem. O Sr. (a) não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo deste estudo é verificar com juízes o conteúdo dos elementos estruturais de um diagnóstico de enfermagem sobre o fenômeno Atraso do desenvolvimento do lactente. No entanto, para a etapa de análise de conteúdo é necessário obter um instrumento confiável e válido para análise dos juízes, que foi analisado previamente. O Sr. (O Sra.) deverá opinar se o instrumento submetido a avaliação é adequado para o que se propõe: avaliar a pertinência dos conceitos relacionados ao Atraso do Desenvolvimento do Lactente. Ademais, também apresentaremos as definições conceituais necessárias para a identificação dos antecedentes e consequentes para igualmente avaliar sua operacionalização.

Este estudo está sendo desenvolvido em dois momentos: A análise de conceito, que seguiu as etapas propostas por Walker e Avant operacionalizada através da proposta de Revisão Integrativa (RI) da literatura. O instrumento derivado da análise de conceito será submetido à apreciação por juízes para analisar o conteúdo diagnóstico, objetivo desta etapa.

A análise de conteúdo do instrumento por enfermeiros juízes possibilitará torná-lo mais adequado a ser utilizado pelos enfermeiros em uma possível avaliação clínica do conceito atraso do desenvolvimento do lactente, compreendendo que a sua definição ainda se mostra vaga, ambígua e com certa dubiedade, o que acaba dificultando o seu uso na prática clínica, no acompanhamento da saúde da criança por meio da consulta de puericultura.

Damos-lhes a garantia de que as informações colhidas durante essa etapa serão usadas, apenas, para a realização do presente estudo e asseguramos que a qualquer momento a Sr. (a) poderá ter acesso às informações sobre a pesquisa e sobre seus benefícios, inclusive com a finalidade de sanar alguma dúvida. O participante tem total liberdade de recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isso implique em qualquer dano.

A presente pesquisa possui risco mínimo devido a possibilidade de causar constrangimento, além do dispêndio de tempo, podendo lhe ocasionar cansaço físico e mental na análise dos itens. A vantagem é a contribuição para o aprimoramento e expansão do conhecimento na área. Por fim, garantimos não fornecer nenhuma informação ao seu respeito que possa identificá-lo de alguma maneira e os dados coletados servirão apenas para alcançar os objetivos desta pesquisa e serão divulgados para os estudiosos no assunto. Ressaltamos que não haverá nenhuma espécie de pagamento pela contribuição na avaliação do instrumento.

Este termo será assinado em duas vias, sendo uma do participante e uma da pesquisadora. Caso necessite de outros esclarecimentos, informo-lhe o meu contato, bem como, o contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira- UNILAB.

Nome da pesquisadora: Samara Peeira Souza Mariano
Endereço: R. Major Toscano de Brito, s/n, Centro, Itapiúna-Ce.
Telefone: (85) 99794-9287 E-mail: samarapereiradesouza@gmail.com

Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira- UNILAB
Endereço: Avenida da Abolição, 3-Centro. Redenção-CE-Brasil.
Telefone: (85) 3332- 1414 E-mail: cep@unilab.edu.br

Consentimento Livre Esclarecido

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante desta pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo concordando em participar da pesquisa.

_____, _____ de _____ 2018.

Assinatura do Juiz

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientadora

APÊNDICE G

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - JUÍZES

Apresentação e instruções para o preenchimento

Prezado juiz,

Este trabalho intitula-se “**Construção e análise de conteúdo dos elementos estruturais de um diagnóstico de enfermagem: atraso do desenvolvimento do lactente**” e consiste em etapas da dissertação de mestrado, conforme esclarecido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O presente trabalho torna-se relevante considerando o contexto atual dos diagnósticos de enfermagem da nas últimas versões da NANDA-I (2015-2017 e 2018-2020) inexistem diagnósticos de enfermagem que aborde a categoria foco no problema com relação ao domínio 13 Crescimento/Desenvolvimento e classe 2. Na última versão, existe apenas um diagnóstico na categoria de risco e que está sujeito a ser retirado caso não seja revisado, podendo assim, o domínio 13 ser extinto por falta de diagnósticos de enfermagem.

Em fase anterior, por meio do método da análise de conceito de Walker e Avant (2011) e da Revisão Integrativa, foi realizada busca do conceito, populações em risco e condições associadas ao fenômeno *atraso do desenvolvimento do lactente* e a construção de definições conceituais e operacionais para os fatores etiológicos e indicadores clínicos encontrados na literatura. Na atual etapa da pesquisa, estamos realizando a análise de conteúdo, mediante a análise de juízes na área, utilizando a estratégia das etapas propostas por Lopes, Silva e Araújo (2012) no que se refere à construção de diagnósticos de enfermagem. Assim, contamos com sua colaboração para responder o instrumento a seguir, dividido em duas partes:

1. Caracterização do juiz;
2. Análise das definições conceituais e operacionais do fenômeno Atraso do desenvolvimento do Lactente.

A seguir, indicamos algumas definições fundamentais sobre a linguagem que utilizamos em nosso estudo, para que, se necessário facilite sua avaliação. Assim, apresentamos as orientações de preenchimento do instrumento.

1. **Definição Conceitual:** se propõe a definir o conceito com significado conotativo (compreensivo, teórico).
2. **Definição Operacional:** se propõe a definir como o conceito é mensurado. Reflete a expressão do fenômeno na realidade em que ocorre.

3. Critérios a serem considerados na análise de conteúdo das definições conceituais e operacionais dos fatores etiológicos e indicadores clínicos do fenômeno: Atraso do desenvolvimento do lactente.

Para a análise da adequação do conceito (definições conceituais e operacionais) serão utilizados os critérios da psicometria proposta por Pasquali (1999) descritos a seguir.

- **Relevância:** compreende a capacidade dos indicadores clínicos serem consistentes com a estrutura do fenômeno em análise. Assim, os dados encontrados da análise de conceito serão avaliados quanto a importância de caracterizar ou estar presente no diagnóstico de enfermagem proposto;
- **Clareza:** o item deve ser inteligível, ou seja, fácil compreensão, sendo importante a utilização de frases curtas, com expressões simples e inequívocas. Assim, cada definição advinda da análise de conceito para a proposta diagnóstica deverá apresentar estas características;
- **Precisão:** cada definição apresentada de cada item do instrumento deverá possuir uma posição contínua do atributo e ser distinto dos demais itens referentes ao mesmo contínuo.

A seguir estão descritas as classificações que o (a) sr.(a) irá selecionar de acordo com sua avaliação. Para o critério **Relevância**, você deverá marcar uma das opções em relação ao **enunciado** de cada componente. Para os critérios **Clareza** e **Precisão**, você deverá assinalar uma das opções relacionadas à **definição conceitual** e **definição operacional** de cada componente.

1 - Totalmente irrelevante/Incompreensível/Impreciso: RELEVÂNCIA - o componente do diagnóstico (indicador clínico ou fator etiológico) não apresenta qualquer relação com o diagnóstico, estando associado com outro fenômeno; CLAREZA - a definição proposta está descrita de forma incompreensível e necessita de uma revisão completa; PRECISÃO - a definição proposta não inclui nenhum dos elementos essenciais para caracterizar o componente.

2 - Pouco relevante/Compreensível/Preciso: RELEVÂNCIA - o componente do diagnóstico (indicador clínico ou fator etiológico) apresenta pouca relação com o diagnóstico, estando mais associado a outros fenômenos similares; CLAREZA - a definição proposta está descrita de forma pouco incompreensível e necessita de ajustes; PRECISÃO - a definição proposta inclui poucos elementos essenciais para caracterizar o componente, e aqueles que faltam afetam a adequada avaliação do componente.

3 - Parcialmente relevante/Compreensível/Preciso: RELEVÂNCIA - o componente do diagnóstico (indicador clínico ou fator etiológico) apresenta relação duvidosa e apresenta relação com outros fenômenos similares; CLAREZA - a definição proposta está descrita de forma compreensível, porém pode necessitar de alguns ajustes; PRECISÃO – a definição proposta inclui alguns elementos necessários para caracterizar o componente, e aqueles que faltam podem afetar a adequada avaliação do componente.

4 - Muito relevante/Compreensível/Preciso: RELEVÂNCIA - o componente do diagnóstico (indicador clínico ou fator etiológico) está fortemente relacionado ao diagnóstico embora apresente alguma relação com outros fenômenos similares; CLAREZA - a definição proposta está descrita de forma compreensível, porém pode se beneficiar de alguns pequenos ajustes; PRECISÃO - a definição proposta inclui quase todos os elementos necessários para caracterizar o componente, embora aqueles que faltam não impedem a avaliação adequada do componente.

5 - Totalmente relevante/Compreensível/Preciso: RELEVÂNCIA – o componente do diagnóstico (indicador clínico ou fator etiológico) está diretamente relacionado ao diagnóstico; CLAREZA - a definição proposta está descrita de forma compreensível sem necessitar de ajustes; PRECISÃO - a definição proposta inclui todos os elementos necessários para caracterizar os componentes.

Caso algum item seja assinalado como **1, 2, 3 ou 4** utilize o espaço indicado para justificar a sua avaliação ou para sugerir alterações.

Essa etapa é fundamental para o desenvolvimento do nosso estudo, por isso solicitamos que nos envie o instrumento preenchido em um prazo máximo de **20 dias** para que seja possível a execução da próxima etapa da nossa pesquisa.

Desde já, agradecemos a sua valiosa colaboração e nos dispomos para quaisquer esclarecimentos e/ou dúvidas.

Mestranda: Samara Pereira Souza Mariano (samarapereiradesouza@gmail.com)

Orientadora: Flávia Paula Magalhães Monteiro (flaviapmm@unilab.edu.br)

Parte 2. Caracterização dos enfermeiros juízes

1. CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS JUÍZES
SEXO: [1] Feminino [2] Masculino
IDADE (anos completos): _____
LOCAL DE TRABALHO: _____
OCUPAÇÃO ATUAL: _____
TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL (anos completos): _____
TITULAÇÃO: [1] Especialista [2] Mestre [3] Doutor
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA: [1] Sim [2] Não LINHA DE PESQUISA EM SAÚDE DA CRIANÇA: [1] Sim [2] Não
Área da Especialização: _____
Tema da Monografia de Especialização: _____
Área do Mestrado: _____
Tema da Dissertação do Mestrado: _____
Área do Doutorado: _____
Tema da tese de Doutorado: _____
1. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática <i>Terminologias de Enfermagem</i> na forma de (PODE ESCOLHER MAIS DE UMA ALTERNATIVA NAS QUESTÕES 1,2 e 5). [00] não desenvolveu [01] Monografia de Graduação [02] Monografia de Especialização [03] Dissertação

[04] Tese [05] Artigos Científicos
Qual Terminologias estudada:
2. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática <i>Saúde da Criança e /ou Análise de Conceito</i> na forma de: [00] Não desenvolveu [01] Monografia de Graduação [02] Monografia de Especialização [03] Dissertação [04] Tese [05] Artigos Científicos
3. Participa ou participou de grupo/projeto de pesquisas que envolve/envolveu a temática <i>Terminologias de Enfermagem</i> ? [1] sim [2] não
4. Participa ou participou de grupo/projeto de pesquisas que envolve/envolveu a temática <i>Saúde da Criança e /ou Análise de Conceito</i> ? [1] sim [2] não
5. Nos último 12 meses, onde exerceu suas atividades profissionais? [1] Hospital [2] Unidade Básica de Saúde [3] Instituição de Ensino [4] Outro
6. No ensino, ministra/ministrou disciplinas quem envolvem a temática de <i>Terminologias de Enfermagem</i> ? [1] sim [2] não
6. No ensino, ministra/ministrou disciplinas quem envolvem a temática de <i>Saúde da Criança</i> ? [1] sim [2] não

Parte 3. Análise das definições conceituais e operacionais do fenômeno Atraso do Desenvolvimento do Lactente.

Por favor, leia atentamente os itens referentes ao fenômeno Atraso do desenvolvimento do lactente e responda o que se pede:

1. Escolha o conceito mais adequado ao fenômeno de enfermagem Atraso do desenvolvimento do lactente.

Atraso do Desenvolvimento do Lactente

() Definição 1:

Os atrasos no desenvolvimento são um grupo de distúrbios crônicos etiologicamente heterogêneos com uma perturbação documentada em um ou mais domínios de desenvolvimento reconhecidos. Esses domínios são: motor (grosso ou fino), Comunicação/linguagem, cognitivo, social e atividades da vida diária. A perturbação geralmente deve ser significativa, o que significa um desempenho de mais ou igual a 2 desvios-padrão abaixo da média em uma avaliação de desenvolvimento padronizada. O atraso no desenvolvimento global é descrito como atraso significativo em dois ou mais domínios de desenvolvimento.

Referência:

FAYYAZI, A; KHEIZRIAN, L; KHERADMAND, Z; DAMADI, S; KHAJEH, A. Evaluation of the Young Children with Neurodevelopmental Disability: A Prospective Study at Hamadan University of Medical Sciences Clinics. **Iran J Child Neurol.** v. 7, n.1, p. 29-33, 2013.

FOO,Y.L; et al. Genetic Evaluation of Children with Global Developmental Delay Current Status of Network Systems in Taiwan. **Pediatrics and Neonatology**, v. 56, p. 213–219, 2015.

() Definição 2:

Não conseguir cumprir os marcos de desenvolvimento esperados dentro de uma janela de tempo, com base na idade cronológica. Transtorno de infância grave, clinicamente e geneticamente altamente heterogêneo.

Referência:

SCARBOROUGH, A. A; LLOYD, E. C; BARTH, R. P. Maltreated Infants and Toddlers: Predictors of Developmental Delay. **J Dev Behav Pediatr**, v. 30, n.6, p.489 – 498, 2009.

LOHMANN,K; et al. Novel GNB1 mutations disrupt assembly and function of G protein heterotrimers and cause global developmental delay in humans. **Oxford University Press**, v.15, 2017.

() Definição 3:

O atraso no desenvolvimento geralmente se refere a crianças que não exibem características proeminentes de desenvolvimento que eles são esperados para sua idade.

Referência:

ROSHANAK, V; SEDIGHEN, A.A.A.E; HOMEIRA, S; FIROOZEN, S; HAMID, A. Correlation Between Mothers' Depression and Developmental Delay in Infants Aged 6-18 Months. **Revista Global de Ciências da Saúde**, v 8, n. 5, 2016.

Justificativa e sugestões:

A seguir, as populações em risco, as condições associadas, os fatores etiológicos e os indicadores clínicos do fenômeno *Atraso do desenvolvimento do lactente* encontram-se listados, para que de acordo com seu conhecimento e experiência, seja assinalado um “X” na opção mais correta, sobre a adequação do elemento em relação ao fenômeno em questão quanto à relevância, clareza e precisão. Caso assinale de **1, 2, 3 e 4** utilize o espaço indicado para justificar sua avaliação.

Adequação das populações em risco, condições associadas, antecedentes e consequentes do fenômeno Atraso do desenvolvimento do lactente:

POPULAÇÕES EM RISCO	Relevância	JUSTIFICATIVAS E SUGESTÕES
Fatores genéticos: Sexo masculino Etnia não-branca	1() 2() 3() 4() 5()	
Fatores sociais: Ocupação paternal desfavorecida Família economicamente desfavorecida Falta de acesso à educação infantil Crianças que vivem em países em desenvolvimento Pouca variedade de brinquedos Isolamento social da mãe nos primeiros anos de vida da criança	1() 2() 3() 4() 5()	
Ambiente familiar desfavorável: Estresse parental Baixo estímulo Baixa escolaridade materna Cuidadores sem ensino superior Presença de 2 ou mais irmãos Família faltando membro, principalmente a mãe	1() 2() 3() 4() 5()	

Parentes de 1º grau com atraso na linguagem Baixa interação pai-filho		
Condições neonatais: Prematuridade Baixo peso Baixa estatura Baixo Perímetro cefálico	1() 2() 3() 4() 5()	
Condições obstétricas: Idade < 20 anos Mães solteiras Multiparidade Abuso de substâncias na gestação (álcool, tabaco e outras drogas) Gravidez não-desejada Lactentes expostos ao HIV Exposição pré-natal a poluentes do ar (NO ₂ e benzeno)	1() 2() 3() 4() 5()	
CONDIÇÕES ASSOCIADAS	Relevância	JUSTIFICATIVAS E SUGESTÕES
Desnutrição infantil	1() 2() 3() 4() 5()	
Procedimentos: Parto cesárea Criança submetida à cirurgia cardíaca Admissão em cuidados intensivos neonatais Oxigenioterapia	1() 2() 3() 4() 5()	
Exposição a medicamentos: Uso neonatal de Dexametasona Tratamento prolongado com Hidrocortisona em prematuros Exposição a anestésicos por tempo prolongado	1() 2() 3() 4() 5()	

Exposição aos antipsicóticos atípicos no período pré-natal		
Fatores pré-natais: Trombose venosa da placenta RCIU Obesidade materna Diabetes gestacional	1() 2() 3() 4() 5()	
Distúrbios maternos: Depressão pré-natal e pós-parto Ansiedade pós-parto Distúrbio psíquico materno	1() 2() 3() 4() 5()	
Distúrbios neonatais: Apgar de 5 minutos <3 Displasia broncopulmonar Asfixia perinatal com encefalopatia isquêmica hipóxica Hemorragia peri-intraventricular Sequelas da prematuridade	1() 2() 3() 4() 5()	
Distúrbios neurológicos: Epilepsia infantil Paralisia cerebral Retardo mental	1() 2() 3() 4() 5()	
Distúrbio genético: Sd. de Down Sd. de Myrhe Sd. de Williams	1() 2() 3() 4() 5()	
Distúrbios congênitos: Doença cardíaca congênita Deficiência visual profunda congênita	1() 2() 3() 4() 5()	
Atraso no crescimento	1() 2() 3() 4() 5()	

Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade	1() 2() 3() 4() 5()			
Autismo	1() 2() 3() 4() 5()			
Perda auditiva	1() 2() 3() 4() 5()			
Má-formação: Cerebral Craniossinostose Lábio leporino	1() 2() 3() 4() 5()			
Deficiência da vitamina B12	1() 2() 3() 4() 5()			
Trauma cefálico	1() 2() 3() 4() 5()			
Distúrbios metabólicos	1() 2() 3() 4() 5()			
Distúrbios alimentares	1() 2() 3() 4() 5()			
Infecções: Lactentes infectados por Citomegalovírus Otite Sepse neonatal Infecções neonatais	1() 2() 3() 4() 5()			
FATORES ETIOLÓGICOS	Relevância	Clareza	Precisão	JUSTIFICATIVAS E SUGESTÕES
Dificuldades na alimentação	1() 2() 3() 4() 5()			
Definição conceitual: As dificuldades alimentares são caracterizadas pela incapacidade de consumir alimentação oral adequada, dependência de sonda gástrica ou entérica, devido após as refeições apresentarem problemas cardiorrespiratórios, tosse, engasgos, arqueamento, recusa alimentar, e/ou capacidade de sucção ruim.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()	
Definição Operacional: 1 - Aplicar a Subescala de Alimentação da Avaliação Emocional Social do Bebê-Criança aos 2 anos de idade: Esta subescala consiste em 9 itens que avaliam comportamentos alimentares típicos (por exemplo, relutância em aceitar novos alimentos) e		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()	

<p>comportamentos alimentares atípicos (por exemplo, cuspiendo comida, segurando comida nas bochechas, recusando-se a comer alimentos que requerem mastigação, engasgos e asfixia com alimentos). Os pais avaliam a frequência com que o filho se envolve em cada comportamento alimentar em uma escala que varia de 0 (nunca / raramente) a 2 (frequentemente). Os pais também podem documentar “Sem oportunidade.” Crianças com uma pontuação média superior a 0,95 para meninas e 0,97 para meninos (percentil 10 da amostra normativa) são definidos como “preocupantes” ou como tendo comportamento alimentar atípico;</p> <p>2 - O profissional deve avaliar o estado nutricional: peso, comprimento, circunferência da cabeça (Perímetro cefálico) e circunferência do braço, que serão medidos usando o padrão de procedimentos e calibrações recomendados pela Organização Mundial de Saúde;</p> <p>3 - O profissional deve avaliar as práticas de alimentação infantil perguntando aos cuidadores/ mães sobre a primeira comida/bebida que foi dada ao criança, o número de vezes que a criança foi alimentada, a pessoa que normalmente alimentava a criança e a combinação de alimentos normalmente dado. Os escores de diversidade alimentar da criança, adaptado da ferramenta <i>Household Diversity Score</i>, podem ser usados para determinar a qualidade da dieta de cada criança. A ferramenta tem um intervalo de 0 a 8 grupos de alimentos: 1) grãos, raízes ou tubérculos; 2) alimentos ricos em vitamina A; 3) outras frutas ou vegetais; 4) carne, aves, peixe e frutos do mar; 5) ovos; 6) leguminosas, leguminosas e nozes; 7) leite e produtos de leite; 8) alimentos cozidos em óleo ou gordura. Se a criança consumir qualquer um dos alimentos nas 24 horas anteriores presente em qualquer um dos grupos, será marcado 1 ponto. Os escores serão categorizados da seguinte forma: 0 a 3: baixo e acima de 4: alto.</p>				
Maus-tratos	1()2() 3() 4()5()			
Definição conceitual: Define-se o abuso ou maus-tratos pela existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou econômica,		1()2() 3() 4()5()	1()2() 3() 4()5()	

inteligência, autoridade) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa. Os maus-tratos contra a criança podem ser praticados pela omissão, pela supressão ou pela transgressão dos seus direitos, definidos por convenções legais ou normas culturais				
Definição Operacional: 1 - Uma forma de identificar se está ocorrendo a violência com a criança é observando o comportamento do responsável por meio da <i>Escala de Estilo Materno</i> . A escala tem vários níveis; 2 - História de maus-tratos: o histórico de maus-tratos dos pais é avaliado usando a versão francesa do <i>Child Trauma Questionnaire</i> . Este questionário inclui 70 itens de Likert de 5 pontos divididos em 4 fatores separados dependendo se o entrevistado sofreu negligência física, abuso emocional, abuso físico ou abuso sexual. A consistência interna da ferramenta varia entre 0,79 e 0,94, dependendo dos fatores, enquanto a confiabilidade entre os juízes varia entre 0,73 e 1,00, dependendo dos itens.		1()2() 3() 4()5()	1()2() 3() 4()5()	
Alterações no padrão de sono		1()2() 3() 4()5()		
Definição conceitual: Padrão de sono desorganizado podendo ser observado quando a criança acorda mais vezes do que o normal durante à noite, dorme mais tarde, acorda mais cedo ou até a privação do sono.		1()2() 3() 4()5()	1()2() 3() 4()5()	
Definição Operacional: 1 - Para avaliar o padrão de sono pode ser utilizada o <i>Actiwatch</i> e o <i>Actigraphy</i> . O primeiro é colocado na criança, sendo firmemente fixado com uma bandagem de manga especialmente projetada, sendo confortável para o bebê vestir e podendo ser colocado ao redor da panturrilha da criança, aproximadamente no ponto médio entre o joelho e o tornozelo. O <i>Actiwatch</i> é removido apenas para banho e o marcador do evento é usado para indicar que a criança irá tomar banho. No segundo, os Pais realizam anotações em um diário de sono (dividido em épocas de 15 minutos), em que é observado o tempo que		1()2() 3() 4()5()	1()2() 3() 4()5()	

<p>o bebê foi colocado para dormir e o tempo que a criança acordou, juntamente com o tempo de refeições (estas duas últimas não são relatadas). Os pais são convidados a seguir a rotina habitual de colocar seu bebê para dormir e em responder ao bebê durante o dia e a noite. Os dados do <i>Actiwatch</i> são analisados no software <i>Actiwatch</i> (Actiware®-Sleep V3.3).</p> <p>2 - Aplicar o <i>Children Japão 's Study Sleep Questionnaire</i> (JCSSQ): para avaliar o padrões de sono dos lactentes com a idade de 18 meses. JCSSQ é um questionário único que permite os parâmetros de "tempo de vigília", "hora de dormir", "número de noites acordadas", "hora do cochilo" e assim por diante para ser abordado durante a semana, sábados e domingos, usando três linhas de tempo separadas de uma forma que seja simples e fácil para os cuidadores preencherem.</p>				
<p>Conhecimento inadequado das mães sobre DI</p>	<p>1()2() 3() 4()5()</p>			
<p>Definição conceitual: Conhecimento ausente ou inadequado acerca dos períodos mais prováveis para aquisição de habilidades motoras, perceptuais, cognitivas, da linguagem e psicossociais durante o desenvolvimento infantil; acerca dos fatores que podem influenciar o desenvolvimento das crianças.</p>		<p>1()2() 3() 4()5()</p>	<p>1()2() 3() 4()5()</p>	
<p>Definição operacional:</p> <p>1 - Realizar entrevista estruturada com questões sobre a percepção dos cuidadores familiares sobre quais os cuidados relacionados ao desenvolvimento das crianças;</p> <p>2 - Aplicar <i>Knowledge of Infant Development Inventory</i> (KIDI): Voltado para crianças de 0 a 6 anos, avalia a proporção de conhecimentos considerados corretos dos pais, relacionados aos períodos mais prováveis para aquisição de determinadas habilidades pela criança, como as motoras, perceptuais e cognitivas; fatores relacionados ao desenvolvimento práticas parentais, além de cuidados adequados com a</p>		<p>1()2() 3() 4()5()</p>	<p>1()2() 3() 4()5()</p>	

<p>alimentação, higiene e segurança. O instrumento é composto por 75 perguntas de múltipla escolha, sendo que na primeira etapa a mãe responde da seguinte forma: concordo, discordo ou não estou certa; na segunda etapa as respostas de escolha são: concordo, mais jovem, mais velho, e não estou certo; e na terceira etapa são: a,b,c,d e não sei informar. O instrumento se divide em quatro categorias: cuidados parentais (14 itens), normas e marcos do desenvolvimento (32 itens), princípios (17 itens) e saúde (12 itens). Na categoria Cuidados Parentais estão relacionadas questões sobre crenças, estratégias e comportamentos dos pais, habilidade da criança através de ensino ou modelagem e a responsabilidade de se tornarem pais. A categoria Normas e Marcos do Desenvolvimento descrevem o conhecimento das mães sobre períodos mais prováveis para a aquisição de habilidades motoras, perceptuais e cognitivas da criança. Com relação à categoria Princípios, estão incluídas informações sobre o processo de desenvolvimento (evidências) e descrição de habilidades. E, por fim, a categoria Saúde aborda questões sobre a nutrição apropriada à criança e cuidados com a saúde, prevenção de acidentes e a identificação de alimentos adequados para determinadas faixas etárias e tratamentos para eventuais doenças.</p>				
Como você avalia a relevância dos seguintes fatores etiológicos, em conjunto, para o fenômeno Atraso do desenvolvimento do lactente?				
<p>Dificuldades na alimentação Maus-tratos Alterações no padrão de sono Conhecimento inadequado das mães sobre DI</p>	Relevância: 1() 2() 3() 4() 5()			
INDICADORES CLÍNICOS	Relevância	Clareza	Precisão	JUSTIFICATIVAS E SUGESTÕES

Domínio cognitivo				
Atraso cognitivo	1()2() 3() 4()5()			
Definição conceitual: Engloba qualquer tipo de dificuldade ou deficiência mental.		1()2() 3() 4()5()	1()2() 3() 4()5()	
Definição operacional: ➤ A escala mental do <i>Bayley Short Form-Research Edition</i> (BSF-R): O BSF-R compreendia um subconjunto de itens da Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil (2ª edição) revisados de Desenvolvimento Infantil, um instrumento de rastreamento padronizado de estado de desenvolvimento concebido para crianças com idades entre o nascimento até 42 meses adaptado para o ambiente domiciliar. ➤ <i>Bayley Scales of Infant Development</i> , 2ª edição (BSID II): Voltada para crianças de 1-42 meses, revisada em 1993, produz duas pontuações: O Índice de Desenvolvimento Psicomotor (IDP) que avalia as habilidades motoras grossas e finas e o Índice de Desenvolvimento Mental (IDM) que avalia o cognitivo, memória, resolução de problemas, generalização, vocalizações e habilidades sociais. A escala total leva aproximadamente 45 minutos para ser administrada por um profissional treinado. A soma dos itens concluídos com êxito produz a pontuação bruta. Pontuações brutas são convertidos para pontuação composta. ➤ <i>Bayley Scales of Infant Development</i> , 3ª edição (BSID III): Revisada em 2006, voltada para a faixa etária de 1-42 meses, sendo divididas em três escalas: IDM, composta por 163 itens; A Escala Motora, composta por 81 itens, pelo qual avalia o controle postural e a motricidade apendicular; e		1()2() 3() 4()5()	1()2() 3() 4()5()	

<p>por fim, a Escala Comportamental Infantil (ECI), pelo qual avalia o seguimento de instruções, atitudes e energia, entre outros comportamentos sociais. O avaliador pode levar de 30 a 90 minutos para aplicar a escala e necessita ser previamente treinado. Antes de começar a aplicação dos itens, quando a criança nasceu prematura, é corrigida a idade com o procedimento sugerido pelo manual (a correção é feita até os 24 meses de idade e em crianças que nasceram antes de 37 semanas gestacionais). Para cada faixa de idade (1-6 meses; 7-12 meses; 13-24 meses; 25-42 meses) existe um ponto de partida correspondente. O desempenho da criança em cada item do subtteste recebe a pontuação 0 ou 1. Os pontos de corte são utilizados para determinar se a criança demonstra competência ao realizar tarefas apropriadas para sua idade corrigida, mostra evidências da emergência de habilidades apropriadas para a idade ou demonstra estar em risco para atraso no desenvolvimento.</p> <p>➤ <i>Bayley Infant Neurodevelopmental Screener (BINS)</i>: instrumento padronizado que avalia crianças entre as idades de 3 e 24 meses para o risco de atrasos no desenvolvimento ou problemas neurológicos com aplicação de 10 minutos. O instrumento abrange quatro áreas de habilidades, incluindo neurológico básico, expressiva, receptiva, e funcionamento cognitivo. A BINS tem boa confiabilidade (teste e reteste de 0,71 e 0,84 e inter-observadores de 0,79 e 0,96) e validade (consistência interna de 0,73 e 0,85) e é preditivo do desempenho em instrumentos de diagnóstico.</p> <p>➤ Aplicar <i>Battelle Developmental Inventory Screening Test</i>, 2ª edição (BDI-ST): contém 96 itens que</p>				
---	--	--	--	--

<p>combinam avaliação direta e entrevista para os pais. Avalia as áreas de linguagem expressiva e receptiva, motora grossa e fina, adaptativa, pessoal-social e cognitiva. Idade de aplicação: do nascimento aos 8 anos. Tempo de administração: cerca de 20 minutos. Informação psicométrica é: Sensibilidade entre 0,72-0,93 e especificidade entre 0,76-0,90.</p>				
<p>Atraso na aprendizagem</p>	<p>1()2() 3() 4()5()</p>			
<p>Definição conceitual: Atraso no desenvolvimento de um ou mais processos da fala, linguagem, leitura, escrita, aritmética, ou outras áreas escolares, resultantes de uma desvantagem causada por uma possível disfunção cerebral e/ou distúrbios emocionais ou comportamentais. Não é resultado de deficiência mental, privação sensorial ou fatores culturais e instrucionais.</p>		<p>1()2() 3() 4()5()</p>	<p>1()2() 3() 4()5()</p>	
<p>Definição Operacional:</p> <p>➤ Aplicar <i>Ages and Stages Questionnaire</i>, 3ª edição (ASQ-III): Composto de 21 questionários utilizados em crianças entre 1 e 60 meses podendo ser preenchido pelos pais ou cuidadores. Possui 30 itens, organizados em 5 áreas que se relacionam com o desenvolvimento da comunicação, contendo itens referentes ao que se entende ou fala; à coordenação motora ampla, que avalia como a criança movimenta e usa seus braços e pernas enquanto joga ou brinca; à coordenação motora fina, relacionada ao movimento e coordenação das mãos e dedos da criança; à resolução de problemas, pertinentes às habilidades para solucionar problemas e ao modo como as crianças brincam com brinquedos; além de itens relativos ao pessoal-social, que são as habilidades de autoajuda utilizadas pela criança em</p>		<p>1()2() 3() 4()5()</p>	<p>1()2() 3() 4()5()</p>	

<p>suas interações com outros. Cada área do ASQ-3 abrange seis perguntas. Algumas destas compreendem ilustrações ao lado com o fito de facilitar o preenchimento do questionário. O instrumento abrange também uma seção para “observações gerais”, que contém informações adicionais acerca da criança, como auxílio para direcioná-la a um encaminhamento terapêutico adequado. Para proceder à somatória referente à pontuação dos 30 itens que compõem o ASQ-3, adotam-se os seguintes critérios: quando o item marcado corresponde ao “sim”, a pontuação atribuída é representada por 10 (dez) pontos, os quais indicam que a criança realizou o comportamento; quando o item marcado corresponde ao “às vezes”, a pontuação corresponde a 5 (cinco) pontos, que indica uma resposta ocasional; e quando o item demarcado corresponde ao “ainda não”, a pontuação vale 0 (zero), indicando que a criança ainda não realiza o comportamento avaliado. Os resultados devem ser analisados em uma folha específica para esse fim, chamada folha de compilação, a qual identifica a pontuação alcançada, que pode ser representada em uma tabela e/ou em gráfico, os quais retratam as classificações do desenvolvimento da criança investigada. Após a soma por área das pontuações totais atingidas pela criança, deve-se comparar esse resultado com a pontuação limite da ASQ-3 e emitir o parecer final, que envolve o resultado da soma por área, os resultados das observações gerais e outros fatores adicionais, tais como se a criança tem a oportunidade para praticar as habilidades em que demonstrou algum risco. A soma dos pontos em cada uma das 5 áreas determinará em que classificação a criança se situa, representada pelos critérios: não necessita de avaliação; necessita de atividades adicionais com</p>				
--	--	--	--	--

monitoração de sua evolução; requer avaliação aprofundada/direcionada feita por profissional.				
Atraso na resolução de problemas	1()2() 3() 4()5()			
Definição conceitual: Dificuldade na solução de problemas e no modo como a criança brinca com os brinquedos.		1()2() 3() 4()5()	1()2() 3() 4()5()	
Definição Operacional: O cuidador e/ou profissional devem aplicar o <i>Ages and Stages Questionnaire</i> 3ª edição (ASQ-III).		1()2() 3() 4()5()	1()2() 3() 4()5()	
Atraso na linguagem	1()2() 3() 4()5()			
Definição conceitual: A progressão na linguagem processa-se na sequência correta, mas em ritmo mais lento, sendo o desempenho semelhante ao de uma criança de idade inferior, podendo ser verbal, não-verbal e gráfica.		1()2() 3() 4()5()	1()2() 3() 4()5()	
Definição Operacional: ➤ Aplicar <i>Parent Report of Children's Abilities-Revised</i> (PARCA-R) é uma ferramenta de avaliação do desenvolvimento cognitivo na idade de 24 meses, com aplicabilidade para crianças com alto risco de atraso no desenvolvimento através da inclusão de itens adicionais concebido para avaliar habilidades não cognitivas e verbais para identificar níveis de desenvolvimento mais baixos, pelo qual é preenchido pelos pais e/ou cuidadores. O aplicador precisa de treinamento. Possui 34 itens que avaliam a cognição não verbal (marcou 0 ou 1), um vocabulário de 100 palavras de lista de verificação (marcou 0 ou 1), e 18 itens que avaliam a complexidade de construção da frase (com 1-6 itens marcados 0, 1 ou 2; e itens 7-18 marcou 0 ou 1). Uma pontuação da subescala é obtido pela		1()2() 3() 4()5()	1()2() 3() 4()5()	

<p>soma do número de respostas positivas para os itens constituintes;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicar <i>Primo Vocabolario del Bambin (PVB)</i>: é a versão italiana do <i>MacArthur-Bates-Inventário de Desenvolvimento Comunicativo</i>, voltado para a faixa etária entre 8 e 17 meses, consiste em duas formas: As palavras e a forma Ação-Gestos. É formado por uma lista de verificação de 670 palavras. Ao lado de cada palavra, o pai é pedido para verificar se a criança só entende ou entende e diz a palavra. A segunda parte consiste em uma lista de verificação de 63 gestos (por exemplo, apontando, acenando, tchau-tchau) e ações (por exemplo, colocando um telefone na orelha) dividido em cinco categorias, e o pai é solicitado a indicar aqueles que a criança produz. ➤ Aplicar <i>MacArthur - Bates Communicative Development Inventories</i>: Ferramenta de detecção de comunicação com dois formulários diferentes para crianças mais velhas e mais jovens: uma "palavra e gesto" para a idade de 8-18 meses, e uma "palavra e frases" para crianças entre 16-30 meses. Áreas: Linguagem precoce e o desenvolvimento da comunicação que inclui comunicação não-verbal, linguagem expressiva e receptiva, vocabulário, sintaxe, duração da expressão. A idade de aplicação: 8-37 meses. O tempo de administração: 20 a 40 minutos, seguido por 10-15 minutos para corrigir. ➤ Aplicar <i>Preschool Language Scale-3 (PLS-3)</i>: avalia a linguagem expressiva e receptiva, fornecendo pontuações parciais e uma pontuação total. Está disponível em inglês e em espanhol. ➤ Aplicar o <i>Brigance Infantil e Toddler</i>: Possui 90 a 110 itens para cada ano de idade divididos em seis domínios: motor fino, motor grosso, autoajuda, social-emocional, linguagem 				
---	--	--	--	--

<p>receptiva e linguagem expressiva. Idade de aplicação: do nascimento a 1 ano e 11 meses. O tempo de administração: entre 10 a 20 minutos. Informação psicométrica: Confiabilidade - alta (0,80 superior), Sensibilidade/Especificidade - adequada (entre 0,65-0,79).</p> <p>➤ Aplicar <i>Denver Developmental Screening Test II (DDST-II)</i>: Consiste em 125 itens que avaliam 4 áreas de funcionamento da criança: habilidades motoras, adaptativas, pessoais-sociais e de comunicação. Idade de aplicação: do nascimento aos 6 anos. O tempo de administração: entre 10 e 20 minutos. Informação psicométrica: Sensibilidade entre 0,56-0,83 e especificidade entre 0,43-0,80.</p>				
<p>Retardo na linguagem receptiva</p>	<p>1()2() 3() 4()5()</p>			
<p>Definição conceitual: Problemas na compreensão do que os outros dizem.</p>		<p>1()2() 3() 4()5()</p>	<p>1()2() 3() 4()5()</p>	
<p>Definição Operacional: Avaliar a presença ou ausência dos marcos da Linguagem receptiva na faixa etária correspondente, pelo qual a sua ausência indica o retardo perguntando-se ao cuidador ou observando durante a consulta:</p> <p>2-4 meses: Acalma-se e responde a voz familiar;</p> <p>4-9 meses: Deliberadamente vira a cabeça para o som;</p> <p>9-12 meses: Responde apropriadamente ao 'não';</p> <p>10-16 meses: Responde ao nome e segue comando de uma etapa;</p> <p>16-18 meses: sem marco;</p> <p>18 meses-2 anos: Aponta para fotos em resposta às palavras.</p>		<p>1()2() 3() 4()5()</p>	<p>1()2() 3() 4()5()</p>	
<p>Retardo na linguagem expressiva</p>	<p>1()2() 3() 4()5()</p>			

<p>Definição conceitual: Dificuldade em transmitir informações e pensamentos.</p>		<p>1()2() 3() 4()5()</p>	<p>1()2() 3() 4()5()</p>	
<p>Definição Operacional Avaliar a presença ou ausência dos marcos da Linguagem expressiva na faixa etária correspondente, pelo qual a sua ausência indica o retardo perguntando-se ao cuidador ou observando durante a consulta: 2-4 meses: Arrulhos; 4-9 meses: Balbucia; 9-12 meses: Uso de jargões, diz 'mama' ou 'dada'; 10-16 meses: Produz palavras isoladas, vocabulário cresce a 30-50 palavras; 16-18 meses: Vocabulário de 10 palavras; 18 meses-2 anos: Começa a usar frases com 2 palavras; Imita palavras ditas por outros.</p>		<p>1()2() 3() 4()5()</p>	<p>1()2() 3() 4()5()</p>	
<p>Ausência de habilidades na comunicação verbal</p>	<p>1()2() 3() 4()5()</p>			
<p>Definição conceitual: Desenvolvimento atípico envolvendo componentes funcionais da audição, fala e/ou linguagem em níveis variados de gravidade podendo ser caracterizado por discurso incompreensível.</p>		<p>1()2() 3() 4()5()</p>	<p>1()2() 3() 4()5()</p>	
<p>Definição Operacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicar <i>Infant Development Inventory</i> (IDI): Questionário preenchido pelos pais ou cuidadores que avalia o desenvolvimento das seguintes áreas: habilidades sociais, autoajuda, motoras, comunicação e linguagem. Idade de aplicação: do nascimento aos 18 meses. Consiste em 4 perguntas abertas e 87 itens. O tempo de aplicação: entre 5-10 minutos. Informação psicométrica: sensibilidade entre 0,85 e especificidade 0,77. ➤ Aplicar <i>Rossetti Infant - Toddler Language Scale</i>: Avalia as habilidades de comunicação em crianças de 0-36 meses, sendo composta por 6 escalas 		<p>1()2() 3() 4()5()</p>	<p>1()2() 3() 4()5()</p>	

<p>onde cada escala é dividida em 12 intervalos de 3 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicar <i>Denver Developmental Screening Test II</i> (DDST-II); ➤ Aplicar <i>MacArthur-Bates Communicative Development Inventories</i>. 				
Domínio psicossocial				
Atraso psicossocial	1()2() 3() 4()5()			
<p>Definição conceitual: Ineficiência de habilidades psicossociais evidenciado por problemas internalizantes (preocupação excessiva, retraimento social, tristeza, insegurança) e externalizantes (irritabilidade, agressão física, rebeldia, provocações). Presença de fragilidade, medo, irritabilidade e falta de reatividade ao ambiente social. Considerando o desenvolvimento psicossocial de Erikson, é a presença da desconfiança na faixa etária do nascimento até 1 ano, quando as experiências promotoras de confiança são deficientes ou ausentes, e quando as necessidades básicas são supridas de modo inconsistente ou inadequado; na faixa etária de 1 a 3 anos podem surgir sentimentos negativos de dúvida e vergonha.</p>		1()2() 3() 4()5()	1()2() 3() 4()5()	
<p>Definição Operacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicar <i>Griffiths Mental Development Scales</i>: São escalas voltadas para crianças desde o nascimento até 2 anos0-2 anos. São administradas em sessões de aproximadamente 45 min e avaliam o desenvolvimento infantil em cinco áreas principais (habilidades locomotivas, pessoais e sociais, audição e linguagem, coordenação visual e manual e desempenho), fornecendo um quociente geral de desenvolvimento de habilidades do bebê e cinco quocientes das subescalas. 		1()2() 3() 4()5()	1()2() 3() 4()5()	

Problemas sócio-emocionais	1()2() 3() 4()5()			
Definição conceitual: Repertório pobre de habilidades sociais, principalmente em termos de empatia, expressão de sentimentos e resolução de problemas.		1()2() 3() 4()5()	1()2() 3() 4()5()	
<p>Definição Operacional</p> <p>➤ Aplicar <i>Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional (ASQ:SE)</i>: São questionários voltados para os pais, pelo qual identifica bebês e crianças pequenas cujo desenvolvimento social ou emocional requer uma avaliação adicional para determinar se necessita de encaminhamento para serviços de intervenção. As áreas avaliadas incluem: autorregulação, comunicação, autonomia, enfrentamento e relacionamentos. Varia de 21 a 32 itens, dependendo da faixa etária. A idade de aplicação: de 6 meses a 66 meses. O tempo de administração: 10-15 minutos. Informação psicométrica: sensibilidade 0,75 -0,89 e especificidade 0,82 - 0,96.</p> <p>➤ Aplicar <i>Brief Infant/Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA)</i>: Avalia rapidamente o desenvolvimento socioemocional, abrangendo 60 itens. Seu objetivo é identificar crianças que também precisam de uma avaliação mais completa. A idade de aplicação: 12 a 36 meses. O tempo de administração: 7 a 15 minutos. As áreas avaliadas são: competência, problema, incluindo atividade, ansiedade e emoção.</p>		1()2() 3() 4()5()	1()2() 3() 4()5()	
Problemas de socialização	1()2() 3() 4()5()			
Definição conceitual: Dificuldade na interação com outras pessoas.		1()2() 3() 4()5()	1()2() 3() 4()5()	
Definição Operacional:		1()2()	1()2()	

<p>➤ Aplicar <i>Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional (ASQ:SE)</i>: São questionários voltados para os pais, pelo qual identifica bebês e crianças pequenas cujo desenvolvimento social ou emocional requer uma avaliação adicional para determinar se necessita de encaminhamento para serviços de intervenção. As áreas avaliadas incluem: autorregulação, comunicação, autonomia, enfrentamento e relacionamentos. Varia de 21 a 32 itens, dependendo da faixa etária. A idade de aplicação: de 6 meses a 66 meses. O tempo de administração: 10-15 minutos. Informação psicométrica: sensibilidade 0,75 -0,89 e especificidade 0,82 - 0,96.</p>		3() 4()5()	3() 4()5()	
<p>Deficiência comportamental</p>	1()2() 3() 4()5()			
<p>Definição conceitual: Insucesso no alcance de habilidades comportamentais esperados pela sociedade.</p>		1()2() 3() 4()5()	1()2() 3() 4()5()	
<p>Definição Operacional:</p> <p>➤ Aplicar <i>Infant-Toddler Symptom Checklist (ITSC)</i>: Instrumento para identificar bebês e crianças pequenas que possuem ou estão em risco de desenvolver transtornos de déficit de atenção ou integração sensorial, e aqueles que têm dificuldades emocionais, comportamentais ou de aprendizagem. É composto por 21 itens sendo apropriado para uso clínico. Existem 5 listas de verificação relacionadas à idade, separadas em áreas: autorregulação, autocuidado, comunicação, visão e vício. As listas de verificação são para 7-9 meses; 10-12 meses; 13-18 meses; 19-24 meses; e 25-30 meses. O</p>		1()2() 3() 4()5()	1()2() 3() 4()5()	

<p>tempo de administração: 10-15 minutos.</p> <p>➤ Aplicar <i>Behavioral Assessment of Baby's Emotional and Social Style</i> (BABES): Instrumento de detecção de comportamento, que consiste em três escalas nas seguintes áreas: o temperamento, a capacidade de autocontrole e os processos regulatórios. Este instrumento é projetado para uso na prática pediátrica, clínicas e programas de intervenção precoce. A idade de aplicação: do nascimento aos 36 meses. O tempo de administração: 10 minutos.</p> <p>➤ <i>Bayley Scales of Infant Development</i>, 3ª edição (BSID III), com ênfase na escala Escala Comportamental Infantil (ECI), pelo qual avalia o seguimento de instruções, atitudes e energia, entre outros comportamentos sociais.</p>				
<p>Comportamento desafiador</p>	<p>1()2() 3() 4()5()</p>			
<p>Definição conceitual: Apresenta comportamento desobediente, possuindo dificuldades em aceitar regras, ou apresenta comportamento não aceitável ou desejado socialmente.</p>		<p>1()2() 3() 4()5()</p>	<p>1()2() 3() 4()5()</p>	
<p>Definição Operacional:</p> <p>➤ Aplicar <i>Infant-Toddler Symptom Checklist</i> (ITSC).</p>		<p>1()2() 3() 4()5()</p>	<p>1()2() 3() 4()5()</p>	
<p>Como você avalia a relevância dos seguintes indicadores clínicos, em conjunto, para o fenômeno Atraso do desenvolvimento do lactente?</p>				
<p>Atraso cognitivo Atraso na aprendizagem Atraso na resolução de problemas Atraso na linguagem Retardo na linguagem receptiva Retardo na linguagem expressiva</p>	<p>Relevância: 1() 2() 3() 4() 5()</p>			

Ausência de habilidades na comunicação verbal Atraso psicossocial Problemas sócio-emocionais Problemas de socialização Deficiência comportamental Comportamento desafiador	
---	--

Caso julgue pertinente, a Sra. (Sr) poderá acrescentar ou sugerir a retirada dos fatores etiológicos ou indicadores clínicos para o fenômeno *Atraso do desenvolvimento do lactente*, no espaço reservado, mencionando uma justificativa.

Sugestão de inclusão de novos fatores etiológicos ou indicadores clínicos	Justificativa
Sugestão de retirada dos fatores etiológicos ou indicadores clínicos	Justificativa

Agradecemos a sua participação!