



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

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

MARIA DO SOCORRO TÁVORA DE AQUINO

**VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
DESENVOLVIMENTO ATRASADO DO LACTENTE: PROPOSTA PARA
TAXONOMIA NANDA-I**

REDENÇÃO – CE

2022

MARIA DO SOCORRO TÁVORA DE AQUINO

**VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DESENVOLVIMENTO
ATRASADO DO LACTENTE: PROPOSTA PARA TAXONOMIA NANDA-I**

Dissertação apresentada 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 parcial para obtenção do título de Mestre.

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

Orientadora: Dra. Flávia Paula Magalhães Monteiro

Coorientadora: Dra. Huana Carolina Cândido Morais

REDENÇÃO – CE

2022

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - Unilab
Sistema de Bibliotecas da Unilab - Sibiuni
Ficha Catalográfica – Gleydson Santos CRB-03/1219

A657v Aquino, Maria do Socorro Távora de.

Validação do diagnóstico de enfermagem desenvolvimento atrasado do lactente: Proposta para taxonomia nanda-I. / Maria do Socorro Távora de Aquino. – Redenção, 2022.

173 f. : il.

Dissertação – Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2022.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Flávia Paula Magalhães Monteiro.

Coorientadora: Dra. Huana Carolina Cândido Moraes.

1. Enfermagem. 2. Diagnóstico de Enfermagem. 3. Crescimento e desenvolvimento. I. Título.

CDD 610.7

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder o dom da vida e permitir que conseguisse chegar até aqui, concluindo com êxito todo o processo até a fase final.

Aos meus pais, Luzia e Antônio, por sempre me apoiarem em todas as decisões e, não seria diferente, nesse projeto que consegui concluir graças a vocês. Obrigada por serem meu alicerce.

Aos meus irmãos, Fabíola, Fernando e Fabiano, que sempre se fizeram presentes em minha vida, me ajudando sempre no que foi necessário.

Ao meu esposo, Pedro, por ser meu ombro amigo, por me escutar, me aconselhar e me motivar nos momentos em que pensei em desistir, você foi fundamental para que eu conseguisse chegar até aqui.

A minha querida e amada orientadora, Prof. Flávia Paula, que me acompanhou desde a graduação. Sempre foi muito solícita, compreensiva, paciente em todos os momentos. Tenho-a como exemplo, tanto pessoal, como profissional. Espero que essa parceria sempre se fortaleça cada vez mais.

A minha coorientadora, Prof. Huana, apesar de ter conhecido há pouco tempo, não foi empecilho para que ocorresse uma grande parceria. Agradeço por todo conhecimento e orientações repassadas e que esse seja o primeiro de muitos projetos.

Aos companheiros do grupo de pesquisa Processo de Cuidar em saúde da Criança e do Adolescente, em especial, Samara Pereira, que concedeu o direito de dar continuidade ao seu trabalho de dissertação e a bolsista de iniciação científica, Jocyane, por ter me ajudado na coleta de dados, foram dias cansativos, mas ficavam leves com sua presença.

A UNILAB, ao MAENF pela oportunidade de realizar o sonho de ser mestra e por nos possibilitar contribuir com meio científico através da realização de pesquisas. Além da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela ajuda financeira, através da bolsa.

Por fim, agradeço todas as pessoas que contribuíram de forma direta ou indireta para que eu pudesse concluir meu trabalho.

“Não temas, porque eu sou contigo; não te assombres, porque eu sou teu Deus; eu te fortaleço, e te ajudo, e te sustento com a destra da minha justiça”.

Isaías 41:10

RESUMO

A presente dissertação centrou-se em estabelecer a validade do diagnóstico de enfermagem proposto Desenvolvimento Atrasado do Lactente (DAL). Trata-se de um estudo de validação desenvolvido em três etapas, a saber: análise de conceito, análise de conteúdo por juízes e análise da acurácia dos indicadores clínicos do DAL. Na primeira etapa, realizou-se a atualização da análise de conceito desenvolvida em estudo anterior, alicerçada através de uma revisão integrativa. Foram identificados os elementos estruturais do diagnóstico de enfermagem: três propostas de definições, quatro atributos, um fator relacionado, seis características definidoras/indicadores clínicos, seis populações em risco e seis condições associadas. Na segunda etapa, realizou-se análise de conteúdo dos elementos diagnósticos e suas respectivas definições conceituais e operacionais, mediante avaliação por enfermeiros juízes em dois momentos: a) avaliação individual, utilizando os critérios de psicometria, de acordo com os critérios de relevância, clareza e precisão, sendo estabelecido uma escala do tipo *likert* com cinco opções de respostas para verificar a adequação do item de acordo com cada elemento estrutural do diagnóstico; b) avaliação coletiva por meio do grupo focal, avaliando-se as discordâncias que ocorreram no primeiro momento. Dessa maneira, dos quatro fatores relacionados elencados ao final, todos obtiveram uma boa pontuação e concordância pelos juízes. Os indicadores clínicos também apresentaram bom índice de concordância, contudo, foi retirado o indicador clínico denominado Apresenta comportamento não aceitável ou desejado socialmente, devido à baixa pontuação pelos juízes. O componente do diagnóstico, Populações em risco, permaneceram as mesmas já elencadas. Nas Condições Associadas, permaneceu 16 ao final, após avaliação pelos juízes. A terceira etapa consistiu na análise da acurácia dos indicadores clínicos do DAL, avaliados em crianças na faixa etária de 1 a 24 meses, por meio do modelo de análise de classe latente, que avaliou a sensibilidade e especificidade de cada indicador clínico proposto ao diagnóstico de enfermagem. Nesta, os indicadores clínicos com elevada sensibilidade foram Atraso na linguagem do lactente (99%), Capacidade cognitiva prejudicada na aquisição da aprendizagem (88%) e Dificuldade cognitiva na resolução de problemas (85%). Já os indicadores que apresentaram elevada especificidade foram Dificuldade cognitiva na resolução de problemas (99%) e Capacidade cognitiva prejudicada na aquisição da aprendizagem (87%). Conclui-se que houve a validação do diagnóstico proposto, obtendo-se ao final quatro fatores relacionados, seis populações em risco, dezesseis condições associadas, todos esses elementos necessitarão passar pela etapa de validação clínica, e seis indicadores clínicos ou características definidoras, sendo que estes foi possível a realização da análise da acurácia com o público-alvo. Pelo modelo de classe latente, os valores de sensibilidade e especificidade atingiram valores elevados em todos os indicadores clínicos avaliados. Portanto, os dados obtidos em todas as etapas poderão contribuir para uma melhor compreensão por parte dos enfermeiros da manifestação do diagnóstico em lactentes, bem como de quais sinais e sintomas são mais frequentes e importantes para inferência do atraso no desenvolvimento nesse público, para que assim, ao identifica-lo seja possível intervir de forma mais breve, a fim de alcançar resultados positivos.

Descritores: Enfermagem; Lactente; Diagnóstico de Enfermagem; Crescimento e Desenvolvimento

ABSTRACT

This dissertation focused on establishing the validity of the proposed nursing diagnosis of Delayed Infant Development (LAD). This is a validation study carried out in three stages, namely: concept analysis, content analysis by judges and analysis of the accuracy of the DAL clinical indicators. In the first stage, the concept analysis developed in a previous study was updated, based on an integrative review. The structural elements of the nursing diagnosis were identified: three proposed definitions, four attributes, one related factor, six defining characteristics/clinical indicators, six populations at risk and six associated conditions. In the second stage, content analysis of the diagnostic elements and their respective conceptual and operational definitions was carried out, through evaluation by judge nurses in two moments: a) individual evaluation, using psychometric criteria, according to the criteria of relevance, clarity and accuracy, establishing a Likert-type scale with five response options to verify the adequacy of the item according to each structural element of the diagnosis; b) collective evaluation through the focus group, evaluating the disagreements that occurred in the first moment. In this way, of the four related factors listed at the end, all obtained a good score and agreement by the judges. The clinical indicators also showed a good level of agreement, however, the clinical indicator named Presents unacceptable or socially desired behavior was removed, due to the low score by the judges. The diagnostic component, Populations at risk, remained the same as those already listed. In the Associated Conditions, 16 remained at the end, after evaluation by the judges. The third stage consisted of analyzing the accuracy of the clinical indicators of the DAL, evaluated in children aged between 1 and 24 months, using the latent class analysis model, which evaluated the sensitivity and specificity of each clinical indicator proposed for the diagnosis of nursing. In this, the clinical indicators with high sensitivity were Delay in the infant's language (99%), Impaired cognitive capacity in learning acquisition (88%) and Cognitive difficulty in problem solving (85%). The indicators that showed high specificity were Cognitive difficulty in problem solving (99%) and Impaired cognitive ability in learning acquisition (87%). It is concluded that the proposed diagnosis was validated, resulting in four related factors, six populations at risk, sixteen associated conditions, all these elements will need to go through the clinical validation stage, and six clinical indicators or defining characteristics, and these it was possible to carry out the analysis of accuracy with the target audience. By the latent class model, sensitivity and specificity values reached high values in all evaluated clinical indicators. Therefore, the data obtained at all stages can contribute to a better understanding on the part of nurses of the manifestation of the diagnosis in infants, as well as which signs and symptoms are more frequent and important for inferring developmental delay in this public, so that , by identifying it, it is possible to intervene more briefly, in order to achieve positive results.

Descriptors: Nursing; Infant; Nursing Diagnosis; Growth and Development

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Diagrama das etapas do método de análise de conceito de Walker e Avant.....	19
Figura 2. Componentes da revisão integrativa da literatura	23
Figura 3. Fluxograma das etapas de identificação e seleção dos artigos para composição da amostra da revisão	28

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Cruzamentos realizados nas bases de dados e periódicos selecionados.....	24
Quadro 2. Dados quantitativos dos estudos selecionados nas duas etapas de avaliação utilizando o primeiro cruzamento: <i>Delay AND psychosocial development AND infant</i>	26
Quadro 3. Dados quantitativos dos estudos selecionados nas duas etapas de avaliação utilizando o segundo cruzamento: <i>Delay AND infant OR maturational development</i>	26
Quadro 4. Dados quantitativos dos estudos selecionados nas duas etapas de avaliação utilizando o terceiro cruzamento: <i>Delay AND growth and development AND infant</i>	27
Quadro 5. Dados quantitativos dos estudos selecionados nas duas etapas de avaliação utilizando o quarto cruzamento: <i>Delay AND cognitive development AND infant</i>	27
Quadro 6. Dados quantitativos dos estudos selecionados nas duas etapas de avaliação utilizando o quinto cruzamento: <i>Developmental disabilities AND infant</i>	28
Quadro 7. Categorização do nível de evidência por tipo de estudo, segundo recomendação de Melnyk e Fineout-Overholt (2011).....	29
Quadro 8. Conceito de atraso no desenvolvimento do lactente de acordo com os estudos selecionados na revisão integrativa.....	34
Quadro 9. Propostas de definições do diagnóstico Desenvolvimento Atrasado do Lactente. Redenção/CE, 2022	34
Quadro 10. Atributos do fenômeno atraso no desenvolvimento infantil de acordo com o que foi encontrado na literatura.....	36
Quadro 11. Apresentação das definições conceituais e operacionais dos antecedentes e consequentes do fenômeno atraso no desenvolvimento do lactente.....	38
Quadro 12. População em risco e condições associadas do fenômeno atraso no desenvolvimento do lactente segundo a revisão integrativa da literatura.....	40
Quadro 13. Proposição final para ser submetida a etapa de análise de conteúdo pelos juízes.	43
Quadro 14. Adaptação do sistema de pontuação dos juízes no modelo de validação de conteúdo de por Fehring (1994)	57
Quadro 15. Elementos estruturais do diagnóstico de enfermagem Desenvolvimento Atrasado do Lactente, após a fase de análise de conteúdo pelos enfermeiros juízes	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Quantitativo geral de referências encontradas em cada cruzamento nas bases de dados e periódicos selecionados na Revisão Integrativa. Redenção/CE, 2021.....	25
Tabela 2. Organização dos estudos conforme ano de publicação, país onde foi realizado a coleta, idioma, área profissional dos autores e tipo de domínio do desenvolvimento. (n=56) Redenção/CE, 2020.....	30
Tabela 3. Identificação dos antecedentes e consequentes do fenômeno atraso no desenvolvimento do lactente e a frequência com que se repetiam dentro dos estudos. Redenção/CE, 2021.....	36
Tabela 4. Caracterização da amostra dos juízes. Redenção-CE, 2022.....	64
Tabela 5. Produção científica dos enfermeiros acerca das taxonomias de enfermagem e da área de saúde da criança. Redenção-CE, Brasil, 2022.....	65
Tabela 6. Análise do conteúdo da definição conceitual para desenvolvimento atrasado do lactente, considerando os juízes que indicaram as propostas como totalmente relevante, compreensivo e preciso. Redenção/CE,2022.....	66
Tabela 7. Análise do conteúdo dos fatores relacionados quanto sua definição conceitual, considerando os juízes que indicaram as propostas como totalmente relevante, compreensivo e preciso. Redenção/CE,2022.....	67
Tabela 8. Análise do conteúdo das características definidoras/indicadores clínicos quanto sua definição conceitual, considerando os juízes que indicaram as propostas como totalmente relevante, compreensivo e preciso. Redenção/CE,2022.....	69
Tabela 9. Análise do conteúdo das populações em risco considerando os juízes que indicaram as propostas como totalmente relevante, compreensivo e preciso. Redenção/CE,2022.....	70
Tabela 10. Análise do conteúdo das populações em risco considerando os juízes que indicaram as propostas como totalmente relevante, compreensivo e preciso. Redenção/CE,2022.....	71
Tabela 11. Caracterização sociodemográfica, alimentar e clínica do lactente (n=30). Redenção/CE, Brasil, 2022.....	90
Tabela 12. Caracterização geral do cuidador, características gestacionais e obstétricas da mãe (n=30). Redenção/CE, Brasil, 2022.....	91
Tabela 13. Frequência dos indicadores clínicos do diagnóstico Desenvolvimento Atrasado do Lactente. Redenção/CE, Brasil, 2022.....	92
Tabela 14. Medidas de acurácia diagnóstica das características definidoras obtidas por análise de classe latente. Redenção, CE, Brasil, 2022.....	93
Tabela 15. Probabilidades posteriores do diagnóstico Desenvolvimento Atrasado do Lactente baseada no modelo de classe latente. Redenção/CE, Brasil, 2022.....	94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

NANDA - *North American Nursing Diagnosis Association*

SAE - Sistematização da Assistência de enfermagem

DI - Desenvolvimento Infantil

DAL – Desenvolvimento Atrasado do Lactente

ESF - Estratégia de Saúde da Família

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)

MS - Ministério da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

ECDI2030 - *Childhood Development Index*

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

NEP - Núcleo de Estimulação Precoce

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
2. CAPÍTULO 1. ATUALIZAÇÃO DA ANÁLISE DE CONCEITO.....	17
2.1. Referencial teórico-metodológico	18
2.2. Objetivo.....	21
2.3. Materiais e Métodos.....	22
2.4. Resultados.....	25
2.5. Discussão.....	45
2.6. Conclusão.....	51
3. CAPÍTULO 2. ANÁLISE DE CONTEÚDO	53
3.1. Referencial teórico-metodológico	54
3.2. Objetivo.....	57
3.3. Materiais e Métodos.....	57
3.3.1. Desenho do estudo.....	57
3.3.2. Seleção dos juízes	57
3.3.3. Instrumento de coleta de dados	60
3.3.4. Análise dos dados	63
3.3.5. Aspectos éticos	63
3.4. Resultados.....	64
3.5. Discussão.....	78
3.6. Conclusão.....	81
4. CAPÍTULO 3. ANÁLISE DA ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DESENVOLVIMENTO ATRASADO DO LACTENTE	83
4.1. Referencial teórico-metodológico	84
4.2. Objetivo.....	85
4.3. Materiais e Métodos.....	85
4.3.1. Desenho do estudo.....	85
4.3.2. Local do estudo.....	85
4.3.3. População e amostra	86
4.3.4. Procedimento de coleta de dados.....	87
4.3.5. Organização e análise dos dados	88
4.3.6. Aspectos éticos	89
4.4. Resultados.....	90
4.5. Discussão.....	96
4.6. Conclusão.....	100
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS	104
APÊNDICES	113
ANEXOS	167

1- INTRODUÇÃO

A infância é uma fase complexa, pois nela ocorrem mudanças significativas no âmbito emocional, cognitivo, espiritual, relacional e físico. Além disso, os primeiros anos de vida compõem o alicerce de todo o processo de desenvolvimento em seus domínios físico, mental e social, em decorrência do maior crescimento celular e realização de sinapses (VENANCIO, 2020).

Frente a esse cenário, percebe-se maior interesse pelo desenvolvimento no público infantil, crescendo globalmente o número de pesquisas relacionadas ao tema nas últimas décadas, em decorrência do aumento da sobrevivência infantil (BLACK *et al*, 2017).

Porém, ao passo que mais pesquisas são realizadas, entende-se que a criança deve ser avaliada de forma integral e holística, visto que esse é um ser em constante transformação, dinâmica e complexa. Apresenta em seu desenvolvimento uma sequência previsível e regular. Contudo, é influenciada por fatores intrínsecos e extrínsecos que provocam variações de resultados em cada indivíduo, tornando único o desenvolvimento de cada criança (BRASIL, 2012b).

Sendo assim, ao avaliar o Desenvolvimento Infantil (DI) é importante se atentar para os fatores intrínsecos ou variáveis internas (alterações neurológicas, genéticas ou hereditariedade) e fatores extrínsecos ou variáveis externas (ambientais, sociais e culturais), pois estes influenciarão a forma como cada criança irá se desenvolver (CRESPI; NORO; NÓBILE, 2020).

Ademais, o período em que esses fatores influenciarão mais fortemente dependerá, também, de cada fase/etapa designadas de acordo com o ciclo vital da criança e sua idade. Conforme as faixas etárias consideradas pelo Ministério da Saúde (MS), é na fase de lactente, que compreende a idade de 29 dias até 24 meses, que ocorrem as maiores e mais rápidas modificações no DI em decorrência da maior plasticidade cerebral. Consequentemente, as crianças que estão nessa fase também estão expostas a agravos, como atrasos no DI. No entanto, elas também possuem uma melhor resposta a terapias e estímulos (FIGUEIRAS *et al*, 2005; BRASIL, 2016a).

Partindo dessa afirmação, para que a criança consiga desenvolver-se adequadamente, é necessário que durante a fase de lactância haja constantemente estimulação, devido a plasticidade cerebral. Este termo refere-se à capacidade do cérebro

em mudar uma resposta relacionada a determinada experiência. Portanto, é primordial que o contexto onde a criança está inserida seja positivo, longe de influências desfavoráveis, como ambientes familiares hostis, alimentação precária, falta de estímulos, dentre outros, que poderão acarretar comprometimento do desenvolvimento em seus variáveis domínios (KYLE, 2011; BEE; BOYD, 2011).

Nesse contexto, desenvolvimento infantil abrange o espectro neuropsicomotor e pode ser dividido em domínios, dentre os quais se destacam o cognitivo, que envolve as capacidades intelectuais, de raciocínio e lógica, tais como memória, linguagem e aprendizagem; o psicossocial que, no geral, está relacionado a questões de autoconceito e identidade (aspecto pessoal), bem como ao processo de interação com outros indivíduos e com o meio no qual a criança está inserida (aspecto social); e, por fim, o físico que trata do desenvolvimento motor em associação com o crescimento maturacional do organismo. É importante salientar que essa divisão entre diferentes domínios é utilizada como forma didática, pois tais aspectos estão interligados e influenciam-se mutuamente durante a vida do indivíduo (PAPALIA; FELDMAN, 2013 e BOYD; BEE, 2011; RABELO *et al*, 2020).

Dessa forma, alterações nesses domínios podem levar ao atraso no desenvolvimento. Porém, para que sejam detectadas tais alterações, a criança deve passar por vigilância contínua, atrelado a testes de triagem, que muitas vezes, podem detectar problemas precocemente, ou mesmo acompanhar o atraso quando este já estiver instalado, por meio de instrumentos padronizados (ARAÚJO *et al*, 2020).

Todavia, a tarefa de identificar e acompanhar crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor depara-se com a complexidade de fatores, como a inexistência de um sistema eficiente de vigilância, a não utilização de instrumentos padronizados e adequados para realização da triagem ou mesmo a não gratuidade de testes que são considerados padrão-ouro na avaliação do atraso do desenvolvimento. (HALPERN *et al*, 2000; ARAÚJO *et al*, 2020).

No contexto mundial, a série *Lancet Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale*, lançada em outubro de 2016, revelou que quase 250 milhões de crianças com menos de cinco anos estavam correndo o risco de ter seu desenvolvimento comprometido devido à desnutrição crônica e à pobreza extrema. A série também revelou que os programas que promovem atenção integral, como: saúde, nutrição, cuidados

responsivos, segurança e proteção e aprendizagem precoce, podem custar apenas 50 centavos per capita por ano, quando combinados com os serviços de saúde existentes (BLACK *et al*, 2017).

Em 2015, o desenvolvimento da primeira infância passou a fazer parte dos Objetivos do Desenvolvimento Social (ODS) da ONU. Essas metas globais incluem o compromisso de garantir que, até o ano 2030, todas as crianças tenham acesso equitativo ao desenvolvimento de qualidade e a oportunidades de aprendizagem na primeira infância. Diante disso, nesse mesmo ano, o UNICEF deu início a um processo de desenvolvimento metodológico que envolveu amplas consultas a especialistas, agências parceiras e autoridades estatísticas nacionais. Nos cinco anos seguintes, foi executada uma sequência de atividades técnicas cuidadosamente planejadas, incorporando métodos qualitativos e quantitativos para identificar os melhores itens para medir o indicador. Este processo levou ao desenvolvimento do *Early Childhood Development Index* (ECDI2030) - Índice de Desenvolvimento da Primeira Infância (UNICEF, 2021).

Já no cenário dos países lusófonos, o desenvolvimento infantil é pouco trabalhado. As estratégias que ganham destaque são voltadas para as infecções prevalentes na infância, acompanhamento do crescimento, sendo avaliado basicamente peso e altura, utilizado também como ferramenta para monitorar o índice de desnutrição infantil (UNICEF, 2016). Nesse sentido, é necessário que o DI ganhe novas percepções dentro desse cenário para ser também um dos assuntos abordados por esses países, em decorrência de toda sua importância para a saúde da criança.

Dentre os países que fazem parte desse contexto lusófono, o Brasil se destaca na criação e implementação de políticas voltadas para a saúde da criança, como exemplo para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), por meio da Portaria nº 1.130, instituída em 2015. Seu objetivo é de 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, 2018).

A PNAISC contempla seis eixos, dentre os quais, o terceiro é voltado para a promoção e monitoramento do crescimento e desenvolvimento integral. Visa a vigilância

e estímulo para um desenvolvimento pleno da criança, dando ênfase no “Desenvolvimento da Primeira Infância”, posto em prática pela atenção primária, mediante orientações trazidas na caderneta de saúde da criança (BRASIL, 2018).

Dessa forma, a atenção primária à saúde por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) torna-se responsável por identificar precocemente os fatores potenciais e reais de atrasos no DI, por meio das consultas de puericultura. Essas consultas configuram-se pelo acompanhamento periódico e sistemático da criança, com vista na avaliação do crescimento e desenvolvimento; calendário vacinal; orientações sobre alimentação saudável, higiene do ambiente e individual, prevenção de acidentes e identificação precoce de agravos, com o intuito de intervir precocemente e de forma adequada. Nesse sentido, os médicos e os enfermeiros que atuam na ESF devem se responsabilizar pelo seguimento da criança, por meio da consulta de puericultura, cumprindo o calendário preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) de sete consultas, no primeiro ano de vida (1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), duas consultas no segundo ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais (BRASIL, 2012b).

O acompanhamento do desenvolvimento infantil, dentro da ESF, mediante a consulta de puericultura, é realizado por meio da avaliação e observação da ausência ou presença dos marcos do desenvolvimento pelos profissionais e pais/responsáveis. Neles, são mensurados os indicadores maturacional, psicomotor, social e psíquico de acordo com a faixa etária de 0 a 10 anos na caderneta de saúde da criança, dentro da ficha de vigilância do DI (BRASIL, 2020).

Essa ficha de vigilância ou acompanhamento do desenvolvimento deve ser preenchida pelo profissional de saúde que deve estar atento ao que está sendo solicitado durante a avaliação da criança, como a identificação de situações de riscos vivenciados pelas famílias, problemas durante o parto da mãe que ocasione algum problema para criança, exame físico, alterações fenotípicas e avaliação dos marcos do desenvolvimento. Caso seja percebido alguma alteração, na caderneta há um quadro com a classificação e a conduta que deve ser tomada pelo profissional (BRASIL, 2020).

No entanto, ainda há muitas dificuldades para se alcançar o desenvolvimento pleno das crianças, dentre elas, a pouca qualificação dos profissionais na realização dessas consultas e detecção de problemas para seguimento. Em destaque, o enfermeiro é o

profissional que realiza a maior parte dessas consultas com o público infantil, tendo 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 (CAMPOS et al, 2011).

Contudo, o enfermeiro ainda apresenta dificuldade em realizar uma inferência diagnóstica e em avaliar o desenvolvimento infantil, como é observado em estudos recentes nos quais encaminhamentos de problemas referentes a possíveis atrasos no desenvolvimento que o próprio enfermeiro poderia diagnosticar/intervir, porém, encaminha por desconhecer os limites de sua atuação (KYLE, 2011; MONTEIRO, 2013; SILVA et al, 2017). Além disso, a abrangência dos diagnósticos de enfermagem, dentro da NANDA-I, a taxonomia mais amplamente utilizada por esses profissionais (HERDMAN; KAMITSURU, 2017). Apresentou, recentemente, novos diagnósticos dentro do domínio 13 (crescimento/desenvolvimento). Dentre eles, um diagnóstico de atraso no desenvolvimento infantil (nível de evidência 2). Todavia, não descreve especificações sobre a criança nas diversas fases da vida, tais como: lactente, infante, pré-escolar e escolar (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Dessa forma, torna-se importante revisar os diagnósticos existentes ou mesmo construir novos diagnósticos referentes ao fenômeno de atraso no desenvolvimento infantil, em decorrência dessa delimitação existente, com vistas, a melhor orientar o profissional no momento da identificação do diagnóstico.

Nesse contexto, é necessário, inicialmente, entender o Diagnóstico de Enfermagem (DE) como sendo um tipo de tecnologia de saúde que atualmente está em evidência no cenário científico, devido as diferentes demandas do cuidar. De acordo com Nietzsche (2000), as tecnologias do cuidado podem ser conceituadas como todas as técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelo enfermeiro durante a assistência. Nesse sentido, o diagnóstico de enfermagem tem o objetivo de promover a saúde do indivíduo com base no raciocínio clínico e acurado.

Além disso, o DE está inserido dentro da segunda etapa do processo de enfermagem, este é reconhecido como um instrumento conceituado e estratégico do

cuidar. Por meio dele, o enfermeiro é capaz de organizar, planejar e implementar suas ações e cuidados a cada pessoa, além de avaliar sua prática (HERDMAN; KAMITSURU, 2017; SANTANA *et al.*, 2021).

Os diagnósticos possuem a finalidade de elaborar um sistema de linguagem unificado e compartilhado com todos os profissionais. Um exemplo dessas iniciativas é a taxonomia da NANDA-Internacional (NANDA-I), que apresenta um sistema de classificação em saúde que ultrapassa fronteiras e proporciona o uso de uma linguagem padronizada para todos os enfermeiros, visando implementar ações de qualidade e eficazes para a prática. Segundo um estudo de revisão que buscou levantar o uso das classificações de enfermagem identificou que 50% das pesquisas utilizam a NANDA-I (FURUYA *et al.*, 2011).

Nesse contexto, um breve contexto histórico sobre essa classificação que no ano de 1973 foi realizada a primeira conferência norte-americana para a discussão sobre diagnósticos de enfermagem na *St. Louis University*. Em decorrência da continuidade deste evento, foi criada a *North American Diagnoses Association* (NANDA) em 1982. No Brasil, a NANDA-I foi apresentada aos enfermeiros em 1990 por profissionais vinculado a Universidade Federal da Paraíba e lançada no primeiro Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem. Desde a primeira versão, todas as edições foram traduzidas para a língua portuguesa, favorecendo sua divulgação no país e criação de eventos sobre o tema no país como o Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem (SINADEN), promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) (BARROS, 2009; GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Essa taxonomia vem se aprimorando ao longo dos anos, por meio de estudos constantes que contribuem para evolução da classificação. A qualidade dos estudos fornece a enfermagem a elaboração de ações cotidianas e visibilidade, proporcionando rigor científico para garantir a qualidade e compromisso profissional (BARROS, 2009)

Sendo assim, devido essa constante atualização dos diagnósticos de enfermagem, atrelado ao maior embasamento científico para desenvolvê-lo, cresce a busca pela sua elaboração. No entanto, é necessário validá-los para serem utilizados na prática assistencial de forma fundamentada. Nesse sentido, a validade do diagnóstico se refere ao levantamento de evidências e ocorre de forma sistemática, de acordo com o referencial a qual esteja sendo utilizado (LOPES, SILVA, ARAÚJO, 2013).

Além disso, a existência de Diagnósticos de Enfermagem (DE), com seus elementos estruturais validados e com uma boa acurácia, a exemplo dos indicadores clínicos, permitirá ao enfermeiro a capacidade de realizar o julgamento de DE com menor possibilidade de erros. Sendo assim, essa acurácia de indicadores clínicos refere-se à capacidade deste em identificar de maneira correta a presença ou ausência de determinado diagnóstico de enfermagem utilizando testes estatísticos, como sensibilidade e especificidade (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2012).

Portanto, diante da importância acerca da validação de diagnósticos voltados para o atraso no desenvolvimento infantil, em virtude dos impactos que o mesmo pode acarretar na vida adulta, além de não haver uma especificação das fases de vida de cada criança no diagnóstico existente atualmente na NANDA-I, poderá comprometer a avaliação mais acurada do profissional.

Dessa forma, sua construção dos elementos estruturais e, posterior, validação do DE possibilitará o surgimento de novas ferramentas para os enfermeiros melhorarem seu processo de trabalho, possibilitando a detecção precoce de atrasos no desenvolvimento, conseqüentemente, a realização de intervenção também precoce e quando necessário o encaminhamento para serviço especializado.

A partir do contexto explicitado, um estudo de mestrado realizado por Mariano (2019) possibilitou a construção dos elementos estruturais do diagnóstico de enfermagem atraso no desenvolvimento de lactentes, por meio da análise de conceito e da análise de conteúdo. No entanto, esse estudo não deu seguimento as demais etapas do processo de validação desse diagnóstico. Além disso, torna-se imperiosa a criação de novos diagnósticos de enfermagem, assim como, a revisão dos existentes para aprimorá-los, dentro do domínio 13. Como principais resultados elencados por Mariano (2019), foram obtidos os seguintes elementos estruturais do diagnóstico proposto: Oito características definidoras/indicadores clínicos (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); três fatores relacionados (Dificuldades na alimentação, alterações no padrão de sono e conhecimento inadequado das pais/cuidadores sobre o Desenvolvimento do lactente); dezoito 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); Seis populações em risco (Fatores genéticos, fatores sociais desfavoráveis, ambiente familiar desfavorável, desfechos perinatais desfavoráveis, desfechos obstétricos desfavoráveis e maus-tratos).

Dessa maneira, foi concedido por Mariano (2019) o direito de dar seguimento a etapa que não havia ainda sido concluída. Vale destacar, que a autora do presente trabalho participou da construção dos elementos estruturais citados acima. Além de terem em comum a mesma orientadora e participarem do mesmo grupo de pesquisa voltado para saúde da criança.

Quanto ao interesse para realização desse estudo, emergiu durante a experiência da autora na iniciação científica no período da graduação, deparando-se com pesquisas que exigiam a utilização da taxonomia da NANDA-I. No decorrer dos anos, foi percebido que os diagnósticos no domínio 13 estavam sendo retirados a cada nova edição, devido à falta de revisão ou construção de outros diagnósticos. Posteriormente, foram inseridos novos diagnósticos, contudo, não especificava faixa etária.

Então, a partir do estudo de Mariano (2019) atrelado à problemática e justificativas da pesquisa, elencaram-se os seguintes questionamentos: Qual o conceito de atraso no desenvolvimento do lactente após a atualização? Foram acrescentados novos atributos essenciais desse conceito? Foram acrescentados novos antecedentes e consequentes do diagnóstico Desenvolvimento Atrasado do Lactente proposto? Foram acrescentadas novas populações de riscos e condições associadas ao diagnóstico Desenvolvimento Atrasado do Lactente proposto? Foram acrescentadas novas definições conceituais e operacionais relacionadas aos elementos essenciais (fatores relacionados e características definidoras/indicadores clínicos) que compõem o diagnóstico Desenvolvimento atrasado do lactente proposto? Qual a frequência e as medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico Desenvolvimento Atrasado do Lactente proposto?

O presente estudo foi dividido em três etapas e cada uma delas organizadas em capítulos. A primeira, referente ao processo de atualização da análise de conceito. A

segunda, referente a análise de conteúdo do instrumento criado mediante a análise de conceito. A terceira, corresponde ao processo de validação clínica, com vistas a analisar a acurácia dos indicadores clínicos/características definidoras do diagnóstico de enfermagem proposto Desenvolvimento Atrasado do lactente.

CAPÍTULO 1
ATUALIZAÇÃO DA ANÁLISE DE CONCEITO

2.1. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Para a construção ou validação de um diagnóstico de enfermagem é necessário a utilização de modelos metodológicos. Sendo assim, um dos mais recomendados modelos foi proposto por Lopes, Silva e Araújo (2012), que apresenta um processo desenvolvido em três etapas: 1- análise de conceito, 2- análise de conteúdo por juízes e 3- análise da acurácia de indicadores clínicos.

Ressalta-se que as duas primeiras etapas já foram feitas no estudo de Mariano (2019) e, no presente estudo foram atualizadas. Para a primeira etapa, tem-se a atualização da análise de conceito, com intuito de buscar alguma modificação dentro do que foi apresentado em pesquisa anterior no ano de 2019.

Dessa forma, a análise de conceito tem o propósito principal de esclarecer, reconhecer e definir os conceitos que descrevem os fenômenos da enfermagem (MCEWEN; WILLS, 2009). Além disso, Walker e Avant (2005) afirmam que é um processo para examinar os elementos básicos de um conceito, sendo uma construção mental na tentativa de organizar os estímulos ambientais.

O objetivo da análise de conceito, segundo Lopes, Silva e Araújo (2012) é o de identificar o núcleo conceitual do fenômeno estudado, 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.

A estruturação de um conceito ocorre da seguinte maneira: definição, características ou atributos, limites, antecedentes e resultados ou consequências. A definição, visa identificar e reconhecer o conceito; os atributos, caracterizam o conceito, diferenciando-o dos demais; 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).

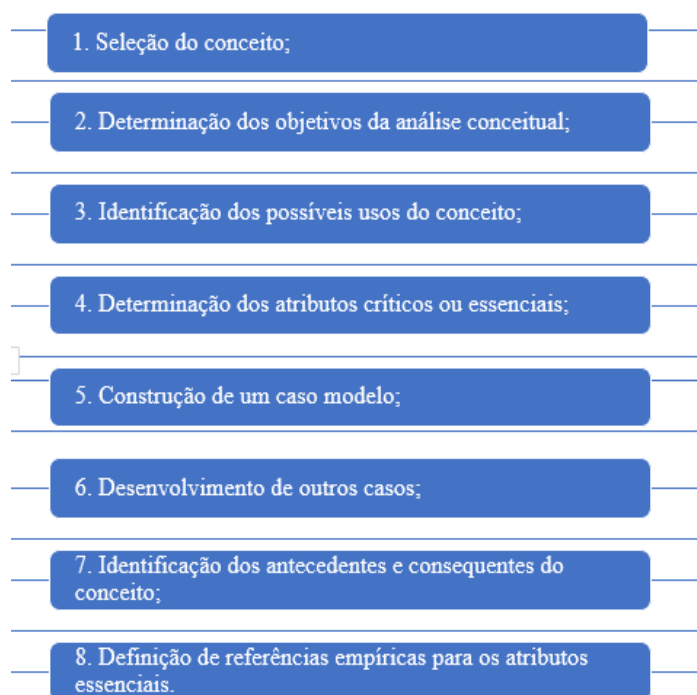
Na enfermagem, pode-se utilizar a análise de conceito com vista a padronizar e obter maior rigor na utilização dos seus termos, evidenciando seu caráter científico no intuito de ampliar e facilitar o conhecimento dos profissionais acerca do entendimento do conceito, ultrapassando apenas meramente a definição em si, mas corroborando com a aplicabilidade de uma forma real ainda que este se configure de forma abstrata (WALKER; AVANT, 2011).

Ainda no contexto da enfermagem, um dos modelos mais utilizados na realização da análise de conceito é proposto por 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 se acredita superar as críticas da literatura, sendo elas: análise de conceito, validação por especialistas 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).

Em suma, foi realizado no estudo de Mariano (2019) a etapa de análise de conceito do fenômeno atraso no desenvolvimento do lactente utilizando como referencial teórico o modelo de Walker e Avant (2011), sendo composto por oito itens demonstrados na figura a seguir, vale ressaltar que eles podem ocorrer simultaneamente (WALKER; AVANT, 2005).

Figura 1 – Diagrama dos oito itens do método de análise de conceito de Walker e Avant (2011).



Fonte: MARIANO, 2019

A seguir, será caracterizado cada item proposto por Walker e Avant (2011) em seu modelo.

Portanto, o primeiro item, referente a *Seleção do conceito*, concerne a escolha do conceito a ser estudado, refletindo a área de maior interesse, experiência e curiosidade do pesquisador (WALKER; AVANT, 2011).

O segundo item, *Determinação dos objetivos da análise conceitual*: Além de elencar o objetivo, como a própria denominação da etapa traz, nessa etapa deve-se buscar o que se pretende realizar, como por exemplo: uma tecnologia leve, um diagnóstico de enfermagem, esclarecer conceitos imprecisos que são utilizados na prática clínica, dentre outros (WALKER; AVANT, 2011).

O terceiro item, *Identificação dos possíveis usos do conceito*: Visa o levantamento bibliográfico minucioso e metódico do conceito (WALKER; AVANT, 2011).

Quarto item, *Determinação dos atributos críticos ou essenciais*: É tido como uma das principais etapas, devido ser possível identificar e diferenciar as palavras e expressões as quais realmente remetem a essência do conceito, as ideias que ele transmite e suas características (WALKER; AVANT, 2011).

Quinto item, *Construção de um caso modelo*: 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 (WALKER; AVANT, 2011).

O sexto item, *Desenvolvimento de outros casos*: 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 (WALKER; AVANT, 2011).

O sétimo item, *Identificação dos antecedentes e consequentes do conceito*: Investigação de acontecimentos ou incidentes que ocorrem antes do evento ou sucedem o evento, correspondem aos fatores associados e características definidoras, respectivamente (WALKER; AVANT, 2011).

O oitavo item, *Definição de referências empíricas para os atributos essenciais*: 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 (WALKER; AVANT, 2011).

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.

Além disso, por vezes, a busca de artigos nas bases de dados é insuficiente para incorporar todos os elementos de um processo de validação ou para construir definições (conceituais e operacionais) para os mesmos. Como alternativa, poderá ser utilizada livros-textos e opinião de experts na área, com vista a complementar tais buscas (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

É importante destacar que a análise de conceito ocorre de forma concomitante com a revisão integrativa, esta por sua vez, visa a análise de pesquisas relevantes por meio de bases de dados, em busca de informações que embasem o conceito, os atributos, antecedentes, consequentes e as referências empíricas do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente (BENEFIELD, 2003, apud MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

Sendo assim, para a sua realização foram adotados os itens descritos por Mendes, Silva e Galvão (2008): 1ª) Estabelecimento de hipótese ou questão de pesquisa; 2ª) Amostragem ou busca na literatura; 3ª) Categorização dos estudos; 4ª) Avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5ª) Interpretação dos dados; 6ª) Síntese do conhecimento ou apresentação da revisão.

Vale destacar que a RI ocorre no mesmo momento que os seguintes passos da análise de conceito: Identificação dos possíveis usos do conceito, determinação dos atributos críticos ou essenciais e identificação dos antecedentes e consequentes do conceito.

2.2.OBJETIVO

Realizar atualização da análise de conceito do fenômeno Desenvolvimento atrasado do lactente.

2.3.MATERIAL E MÉTODOS

Para atualização da análise de conceito foi utilizado o mesmo processo metodológico da pesquisa inicial que deu origem a construção dos elementos estruturais do Diagnóstico de Enfermagem que está sendo proposto (MARIANO, 2019). Dessa forma, foi empregado o referencial metodológico para análise de conteúdo de Walker e Avant (2011), operacionalizada através da Revisão Integrativa (RI) da literatura de acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008). Ao final desta etapa, foi elaborado um instrumento (APÊNDICE A) com base nas definições operacionais apresentadas por Mariano (2019) e complementada com os novos arquivos selecionados durante a RI.

Sendo assim, a análise de conceito, seguindo o referencial de Walker e Avant (2011) apresenta os seguintes itens, como já mencionado anteriormente:

- 1- Seleção do conceito;
- 2- Determinação dos objetivos da análise conceitual;
- 3- Identificação dos possíveis usos do conceito
- 4- Determinação dos atributos críticos ou essenciais;
- 5- Construção de um caso modelo;
- 6- Desenvolvimento de outros casos;
- 7- Identificação dos antecedentes e consequentes do conceito;
- 8- Definição de referências empíricas para os atributos essenciais

Vale ressaltar que os únicos itens que passaram pelo processo de atualização da análise de conceito foram: 3, 4, 7 e 8, pois correspondiam a revisão integrativa da literatura, demonstrando ao final desta que não houve mudanças significativas que levassem a modificação da análise de conceito realizada anteriormente. Sendo assim, não havia necessidade de modificar o objetivo (correspondente ao segundo item) ou realizar um novo caso modelo e de outros casos (correspondente aos itens 5 e 6, respectivamente).

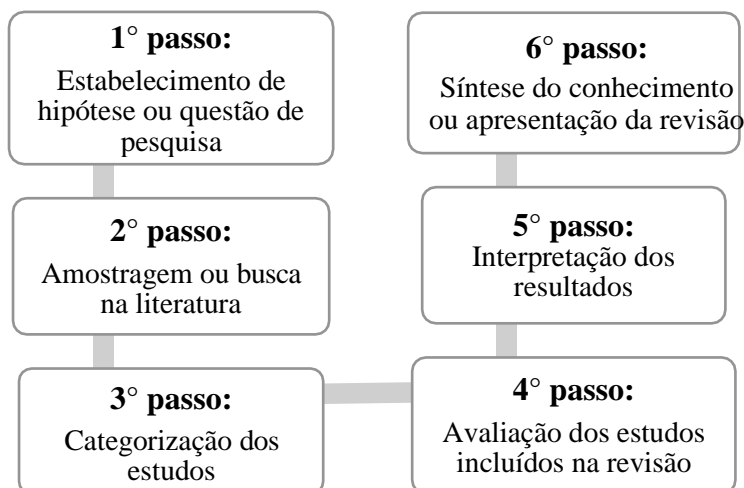
Referente ao primeiro e segundo item, como explicado acima, não passaram pelo processo de atualização. Dessa forma, seus resultados estão no decorrer do presente trabalho.

O terceiro item da análise de conceito, referente à revisão integrativa da literatura, baseada na proposta de Mendes, Silva e Galvão (2008), é de suma importância para aquisição de informações, ela ocorre concomitantemente com os seguintes itens da análise de conceito: Identificação dos possíveis usos do conceito, determinação dos

atributos críticos ou essenciais e identificação dos antecedentes e consequentes do conceito.

Para processo metodológico da RI, foram realizados em seis passos de acordo com Mendes, Silva e Galvão (2008):

Figura 2: Componentes da revisão integrativa da literatura



O 1ª passo, que inclui a questão de pesquisa ou hipótese, foi realizada a mesma pergunta norteadora utilizada por Mariano (2019), sendo estas: Quais as definições conceituais e operacionais do fenômeno Desenvolvimento atrasado do lactente? Quais os atributos essenciais do fenômeno Desenvolvimento atrasado do lactente? Quais são os antecedentes e consequentes do fenômeno Desenvolvimento atrasado do lactente?

Além dos mesmos critérios de inclusão para seleção da coleta de dados: estudos científicos disponíveis eletronicamente na íntegra, nas bases de dados eleitas para coleta ou nos periódicos disponíveis no Portal da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior - CAPES; periódico específico da área de crescimento e desenvolvimento; artigos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol, que atendessem os objetivos da temática. Como critérios de exclusão foram considerados: revisões, opiniões de especialistas e cartas ao editor.

Foram coletados estudos referentes aos anos de 2018-2020, esse período justificase devido a revisão integrativa realizada por Mariano (2019) ter ocorrido até o ano de 2017, abrangendo os estudos até a presente data. Portanto, foi dada continuidade a mesma metodologia de busca que já havia sido realizada anteriormente, pela autora supracitada.

Sendo assim, a busca foi realizada no período de setembro a dezembro de 2020, nas seguintes bases de dados e periódicos: SCOPUS, *National Library of Medicine*

National Institutes of Health (PubMed), 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*.

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

Quadro 1. Cruzamentos realizados nas bases de dados e periódicos selecionados.

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

Fonte: Mariano (2019)

Após a identificação dos artigos nas bases de dados e periódicos, estes foram submetidos a três fases de avaliação, a saber: 1ª) apreciação do título, resumo e descritores que abordassem o fenômeno atraso do desenvolvimento físico; 2ª) Leitura do material na íntegra, visando à identificação da adequação dos artigos às perguntas norteadoras e aos

critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos por meio da utilização do Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura criado pela autora Mariano (2019) (Anexo A); 3ª) Extração das características essenciais: definições conceituais e operacionais, atributos, antecedentes e consequentes acerca do fenômeno atraso do desenvolvimento do lactente.

2.4. RESULTADOS

A seguir, serão dispostos os resultados alcançados em cada um dos itens descritos em seção anterior, exceto aquelas em que não precisaram passar pelo processo de atualização, serão apenas citadas de acordo com os mesmos resultados elencados por Mariano (2019).

Dessa forma, o primeiro item da análise de conceito permaneceu o mesmo da pesquisa de Mariano (2019), sendo escolhido o conceito: Atraso do desenvolvimento do lactente.

No segundo item, os objetivos também não foram modificados, sendo estes: Analisar o conceito do fenômeno Desenvolvimento atrasado do lactente na literatura; Identificar as definições conceituais, atributos essenciais, antecedentes e consequentes do fenômeno Desenvolvimento atrasado do lactente na literatura; Construir as definições operacionais (referências empíricas) do fenômeno Desenvolvimento atrasado do lactente; Construir um instrumento com as definições operacionais (referências empíricas) do fenômeno atraso no desenvolvimento do lactente; Validar o conteúdo do instrumento com as definições operacionais do fenômeno Desenvolvimento atrasado do lactente, com enfermeiros especialistas.

No terceiro item, foi realizado a revisão integrativa da literatura, ela ocorre concomitantemente com os seguintes itens da análise de conceito: Identificação dos possíveis usos do conceito, determinação dos atributos críticos ou essenciais e identificação dos antecedentes e consequentes do conceito.

Adiante, são apresentados os resultados dessa revisão integrativa, de acordo com cada base de dados analisadas, no período de 2018 a 2020.

Tabela 1- Quantitativo geral de referências encontradas em cada cruzamento nas bases de dados e periódicos selecionados na Revisão Integrativa. Redenção/CE, 2021.

Cruzamento	PUBMED	SCOPUS	JHGD ¹	SCIENCE DIRECT	Wofs ²	TOTAL
------------	--------	--------	-------------------	-------------------	-------------------	-------

01	40	30	03	1452	18	1543
02	130	08	13	1141	08	1300
03	1092	38	04	471	30	1635
04	350	287	03	2302	238	3180
05	1133	1490	02	1128	347	4100
TOTAL	2745	1853	25	6494	641	11758

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

Este quantitativo de artigos (11758) foi submetido a leitura do título e resumo, selecionando aqueles que abordassem o fenômeno Desenvolvimento atrasado do lactente, correspondente a primeira fase da revisão integrativa. Em seguida, os artigos selecionados eram submetidos a segunda fase, mediante a leitura dos estudos na íntegra, visando a sua adequação a pergunta norteadora, aos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos.

Os dados quantitativos referentes a estas duas primeiras fases, estão descritos nos quadros 2 a 6, a seguir:

Quadro 2: Dados quantitativos dos estudos selecionados nas duas fases de avaliação utilizando o primeiro cruzamento: *Delay AND psychosocial development AND infant*.

Cruzamento 1	Base de dados/ Periódico	Data	Selecionados (1ª etapa)	Selecionados (2ª etapa)
<i>xDelay AND psychosocial development AND infant</i>	SCOPUS	04/09/2020	08	02
	JHGD ¹	23/09/2020	00	00
	PUBMED	23/09/2020	06	03
	SCIENCE DIRECT	28/09/2020	13	05
	WofS ²	03/09/2020	09	01
	TOTAL	-		36

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

Quadro 3: Dados quantitativos dos estudos selecionados nas duas fases de avaliação utilizando o segundo cruzamento: *Delay AND infant OR maturational development*

Cruzamento 2	Base de dados/ Periódico	Data	Selecionados (1ª etapa)	Selecionados (2ª etapa)
	SCOPUS	04/09/2020	03	01

<i>Delay AND infant OR maturational development</i>	JHGD ¹	23/09/2020	00	00
	PUBMED	23/09/2020	04	01
	SCIENCE DIRECT	07/10/2020	10	02
	WofS ²	03/09/2020	06	00
	TOTAL	-	23	04

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

Quadro 4: Dados quantitativos dos estudos selecionados nas duas fases de avaliação utilizando o terceiro cruzamento: *Delay AND growth and development AND infant*

Cruzamento 3	Base de dados/ Periódico	Data	Selecionados (1ª etapa)	Selecionados (2ª etapa)
<i>Delay AND growth and development AND infant</i>	SCOPUS	04/09/2020	05	03
	JHGD ¹	25/09/2020	00	00
	PUBMED	23/09/2020	18	03
	SCIENCE DIRECT	28/09/2020	07	01
	WofS ²	04/09/2020	07	00
	TOTAL	-	37	07

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

Quadro 5: Dados quantitativos dos estudos selecionados nas duas fases de avaliação utilizando o quarto cruzamento: *Delay AND cognitive development AND infant*

Cruzamento 4	Base de dados/ Periódico	Data	Selecionados (1ª etapa)	Selecionados (2ª etapa)
<i>Delay AND cognitive development AND infant</i>	SCOPUS	06/09/2020	13	04
	JHGD ¹	25/09/2020	00	00
	PUBMED	26/09/2020	10	04
	SCIENCE DIRECT	07/10/2020	41	06
	WofS ²	05/09/2020	15	05

	TOTAL	-	79	19
--	--------------	---	-----------	-----------

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

Quadro 6: Dados quantitativos dos estudos selecionados nas duas fases de avaliação utilizando o quinto cruzamento: *Developmental disabilities AND infant*

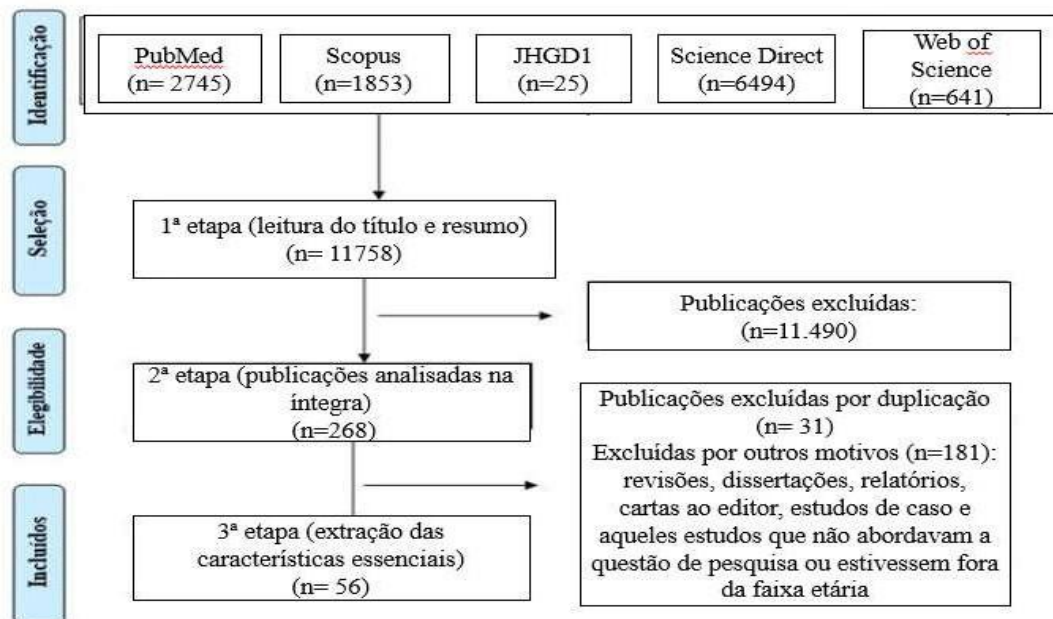
Cruzamento 5	Base de dados/ Periódico	Data	Selecionados (1ª etapa)	Selecionados (2ª etapa)
<i>Developmental disabilities AND infant</i>	SCOPUS	10/10/2020	44	06
	JHGD ¹	25/09/2020	00	00
	PUBMED	06/10/2020	20	00
	SCIENCE DIRECT	12/10/2020	18	06
	WofS ²	05/09/2020	11	03
	TOTAL	-	93	15

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

A partir dos resultados apresentados ao final da segunda fase, foi possível estabelecer um quantitativo de 56 estudos para a avaliação da terceira fase. Estes foram analisados segundo algumas características de um instrumento do estudo de Mariano (2019), adaptado do modelo proposto por Ursi (2005) (Anexo 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.

Dessa forma, a figura 3 demonstra o fluxograma baseado no modelo “*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*” (PRISMA) com todo o processo da revisão integrativa até a amostra final com seus 56 artigos.

Figura 3. Fluxograma das etapas de identificação e seleção dos artigos para composição da amostra da revisão.



É possível observar mediante essa figura apresentada acima o quantitativo de estudos analisados, sem a divisão por cruzamentos para se ter uma visão geral de todas as fases realizadas durante a revisão integrativa.

A análise da classificação das evidências dos artigos foi fundamentada na proposta de Melnyk e Fineout-Overholt (2011). Esses categorizam os estudos em níveis de evidências, dividido em sete níveis, nos quais os primeiros correspondem a melhor evidência externa, apresentando informações mais confiáveis, e o último compreende informações com um menor grau de confiabilidade. O quadro 7 retrata essa classificação.

Quadro 7 - Categorização do nível de evidência por tipo de estudo, segundo recomendação de Melnyk e Fineout-Overholt (2011).

Tipo de evidência	Nível de evidência	Descrição
Revisão Sistemática ou Metanálise	I	Evidência proveniente de uma revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos controlados
Estudo randomizado controlado	II	Evidência obtida de pelo menos um ensaio clínico com aleatorização, controlado e bem delineado
Estudo controlado com randomização	III	Evidência proveniente de um estudo bem desenhado e controlado sem aleatorização

Estudo caso-controlado ou estudo de coorte	IV	Evidência proveniente de um estudo com desenho de caso-controlado ou coorte
Revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos	V	Evidência proveniente de uma revisão sistemática de estudos qualitativos e descritivos
Estudo qualitativo ou descritivo	VI	Evidência de um único estudo descritivo ou qualitativo
Opinião ou consenso	VII	Evidência proveniente da opinião de autoridades e/ ou relatórios de comissões de especialistas/peritos

Portanto, os resultados da amostra final dos estudos que serviram como base para a atualização da análise de conceito serão apresentados na tabela a seguir.

Na tabela 2, será demonstrado os dados gerais dos 56 estudos selecionados para amostra final, elencando-se o ano de publicação, país onde o estudo foi desenvolvido, idioma, área profissional dos autores e tipo de domínio do desenvolvimento.

Tabela 2 – Organização dos estudos conforme ano de publicação, país onde foi realizado a coleta, idioma, área profissional dos autores e tipo de domínio do desenvolvimento. (n=56) Redenção/CE, 2022.

VARIÁVEIS	FA ¹ (n=56)	FR ² (%)
Ano de publicação		
2018	19	33,9%
2019	19	33,9%
2020	18	32,2%
Idioma		
Inglês	55	98,2%
Espanhol	01	1,8%
País onde o estudo foi realizado		
América do Norte		
Canadá	02	3,6%
EUA ³	07	12,5%

América do Sul

Brasil	04	7,1%
Chile	01	1,8%
Colômbia	01	1,8%

Europa

Alemanha	02	3,6%
Polônia	01	1,8%
Bélgica	01	1,8%
França	01	1,8%
Irlanda	01	1,8%
Ucrânia	01	1,8%
Dinamarca	01	1,8%
Grécia	01	1,8%
Reino Unido	01	1,8%

África

África do Sul	05	8,9%
Egito	01	1,8%
Tanzânia	01	1,8%
Malawi	01	1,8%

Ásia

Malásia	02	3,6%
China	07	12,5%
República da Coreia	01	1,8%
Irã	01	1,8%
Israel	01	1,8%
Japão	02	3,6%
Singapura	01	1,8%
Vietnã	01	1,8%
Bangladesh	01	1,8%
Índia	01	1,8%
Mongólia	01	1,8%

Euro-asiático

Turquia	01	1,8%
---------	----	------

Oceania

Austrália	03	5,4%
Área profissional dos autores		
Medicina	34	60,7%
Psicologia e medicina	08	14,3
Nutrição e medicina	02	3,6%
Enfermagem	02	3,6%
Psicologia	02	3,6%
Outros [†]	08	14,3%
Nível de evidência		
I	00	-
II	01	1,8%
III	00	-
IV	42	75%
V	00	-
VI	13	23,2%
VII	00	-
Tipo de domínio do desenvolvimento		
Cognitivo	19	33,9%
Linguagem	12	21,4%
Psicossocial	05	8,9%
Cognitivo + Linguagem	12	21,4%
Cognitivo + Psicossocial	04	7,1%
Cognitivo + Linguagem + Psicossocial	03	5,4%
Linguagem + Psicossocial	02	3,6%

Legenda: ¹Frequência absoluta, ²Frequência relativa, ³ Estados Unidos da América,
 *Medicina/recursos humanos, medicina/educação física, química/farmácia/economia,
 medicina/ciências sociais, fisioterapia/matemática, medicina/fisioterapia, medicina/odontologia

A partir dos dados da tabela acima, pode-se observar que não houve uma diferença significativa entre os estudos selecionados para a amostra, nos anos de 2018 a 2020. Já

em relação ao idioma, houve uma predominância do inglês (98,2%) e apenas um único estudo em espanhol.

Quanto ao país de realização dos estudos selecionados, Estados Unidos da América e China obtiveram a maior e a mesma porcentagem (12,5%), seguido da África do Sul (8,9%) e Brasil (7,1%).

Referente a área de atuação dos autores, a medicina se sobressaiu, com 60,7% de estudos realizados apenas por médicos, predominando aqueles com especialidades em neonatologia e pediatria. Também foi possível perceber outros estudos que eram realizados em conjunto com a medicina, a exemplo da medicina com odontologia, fisioterapia, nutrição ou da área de ciências sociais. Apenas dois estudos foram realizados por pesquisadores da área de enfermagem.

Os estudos de coorte e caso-controle foram predominantes (75%), seguido dos estudos descritivos (23,2%), estes correspondem ao nível de evidência IV e VI, respectivamente.

No tocante aos domínios do desenvolvimento encontrados nos estudos, destaca-se o cognitivo (33,9%), seguido da linguagem (21,4%) além de estudos que traziam a associação entre os dois (21,4%). Também foi elencado o domínio psicossocial, alguns artigos, trazia-o em diferentes nomenclaturas, como socioafetivo, pessoal-social, socioemocional. No entanto, para padronizar, o termo utilizado será psicossocial.

Portanto, dando continuidade a atualização da análise de conceito, no que concerne ao terceiro item, o quadro 8, a seguir, demonstrará quais os conceitos para a atraso no desenvolvimento do lactente, apresentados nos estudos selecionados durante a revisão integrativa.

Quadro 8. Conceito de atraso no desenvolvimento do lactente de acordo com os estudos selecionados na revisão integrativa.

Definições conceituais do atraso no desenvolvimento do lactente	Referência	Fonte de pesquisa
O desenvolvimento refere-se às variações que uma criança atinge durante vida a fim de se desenvolver física, mental, verbal e socialmente. Essas variações podem ser	BROWSKA, M. D; TRUSEWICZ, R; GANCZAK, M. Selected Risk Factors	PUBMED

<p>afetadas por vários fatores, como: genéticos, ambientais, nutricionais e sociais, que por sua vez podem ocasionar um atraso no desenvolvimento. Esse termo refere-se quando uma criança não atinge os marcos de desenvolvimento dentro da faixa etária normal. Isso ocorre em distúrbios do neurodesenvolvimento, emocionais e comportamentais. Estes ocasionam impactos adversos e sérios no bem-estar psicológico e social.</p>	<p>of Developmental Delay in Polish Infants: A Case-Control Study Int. J. Environ. Res. Public Health, v.15, 2018.</p>	
<p>O atraso no desenvolvimento do bebê prevê eventos adversos que pode persistir na idade adulta, por exemplo, distúrbio comportamental e psicológico, baixo nível de escolaridade, oportunidade de emprego limitada, ocasionando a perda da independência na vida adulta.</p>	<p>RODRIGUEZ, V. J. et al. Pre- and postnatal exposure to intimate partner violence among South African HIV-infected mothers and infant developmental functioning at 12 months of age, Archives of Women's Mental Health, v. 21, p. 07–713, 2018.</p>	<p>Web of Science</p>
<p>Atraso no desenvolvimento é definido como um desvio nos marcos normativos do desenvolvimento nas áreas de função cognitiva, linguagem, social, emocional e motor</p>	<p>SABRI, N. A. I. et al. Factors associated with cognitive and motor delays in Malaysian infants aged 6–12 months, Early Child</p>	<p>SCOPUS</p>

	Development and Care, 2020.	
--	------------------------------------	--

Fonte: dados da própria pesquisa

Entre os 56 artigos que compuseram a amostra, apenas 3 trouxeram a definição de atraso no desenvolvimento infantil. Na primeira, pode-se perceber que foi mais completa ao trazer quais os fatores que podem levar a esse atraso e quais as consequências que tal evento pode trazer na vida dessa criança. As demais definições complementarem ou refirmaram o que foi descrito na primeira.

No entanto, como forma de padronizar a definição, para ser avaliada posteriormente pelos juízes, na fase de validação de conteúdo. Além de já seguir o padrão de definição da NANDA-I, construíram-se quatro possíveis definições que abrange as definições acima, porém de forma resumida:

Quadro 9. Propostas de definições do diagnóstico Desenvolvimento Atrasado do Lactente. Redenção/CE, 2022.

PROPOSTAS	DEFINIÇÃO
Proposta 1	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.
Proposta 2	Lactente que apresenta ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento esperados para idade
Proposta 3	Lactente apresenta dificuldade em atingir um ou mais marcos do padrão do desenvolvimento esperado para a idade
Proposta 4	Lactente apresenta ausência de dois ou mais marcos nas áreas do desenvolvimento, caracterizadas por alterações cognitivas, comunicação/ linguagem e pessoal/social;

O quarto item da análise de conceito, faz menção aos atributos essenciais. Dessa forma, no quadro 10 são apresentados os atributos que trazem elementos essenciais ao conceito proposto ao diagnóstico.

Quadro 10. Atributos do fenômeno atraso no desenvolvimento infantil de acordo com o que foi encontrado na literatura.

Atributos essenciais do atraso no desenvolvimento	Referências
Desenvolvimento retardado	RODRIGUEZ, V. J. et al. Infant Development and Pre- and Post-partum Depression in Rural South African HIV-Infected Women. AIDS Behav , v. 22, p. 1766–1774, 2018.
Baixo desempenho de desenvolvimento	DONALD, K. A. et al. Risk and protective factors for child development: An observational South African birth cohort. PLoS Med , v.16, n.9, 2019.
Desenvolvimento insatisfatório	DONALD, K. A. et al. Risk and protective factors for child development: An observational South African birth cohort. PLoS Med , v.16, n.9, 2019.
Deficiência do neurodesenvolvimento	LIA, Y. et al. Neurodevelopmental outcomes of extremely preterm infants in southern China: A multicenter study, v.133, p. 5–10, 2019.

Fonte: dados da própria pesquisa

Os atributos encontrados mediante a revisão integrativa referem-se ao conceito geral de atraso no desenvolvimento, prevalecendo aquele voltado para o neurodesenvolvimento.

O sétimo item da análise de conceito, visa identificar quais os antecedentes e consequentes do fenômeno Desenvolvimento atrasado do lactente. Dessa forma, a partir da atualização, os dados encontrados serão expostos na tabela a seguir.

Tabela 3. Identificação dos antecedentes e consequentes do fenômeno atraso no desenvolvimento do lactente e a frequência com que se repetiam dentro dos estudos. Redenção/CE, 2021.

ANTECEDENTES	N
Utilização de fórmula na criança menor de 3 meses	01
CONSEQUENTES	N
Capacidade cognitiva prejudicada na aquisição da aprendizagem	34
Atraso na linguagem	27
Dificuldade na interação social	11
Atraso na linguagem receptiva e expressiva	02
Apresenta comportamento não aceitável ou desejado socialmente	02
Dificuldade cognitiva prejudicada na resolução de Problema	01

Fonte: Dados da própria pesquisa

Foi encontrado apenas um artigo que trazia o antecedente “utilização de fórmula na criança menor de 3 meses”. Essa fórmula é referente ao leite artificial e sua utilização acarretou nas crianças estudadas atraso no desenvolvimento. Vale ressaltar, que dentro do instrumento elaborado por Mariano (2019) não existe este antecedente.

Por outro lado, na revisão integrativa realizada no presente estudo, foram encontrados seis termos que representam os consequentes do conceito atraso no desenvolvimento do lactente e todos eles também foram identificados no estudo de Mariano (2019), reforçando os dados encontrados na pesquisa.

No quadro a seguir, serão apresentadas as referências empíricas que também podem ser chamadas de definições conceituais e operacionais dos antecedentes e consequentes encontrados durante a revisão integrativa.

Quadro 11. Apresentação das definições conceituais e operacionais dos antecedentes e consequentes do fenômeno Desenvolvimento atrasado do lactente.

ANTECEDENTES/FATORES RELACIONADOS/FATORES ETIOLÓGICOS

Utilização de fórmula na criança menor de 3 meses

Definição Conceitual:

A alimentação integral com fórmula foi definida como: não ingerir leite materno nas últimas 24 horas, e a contagem da amamentação <10% da ingestão total de alimentos dos bebês durante os primeiros 3 meses após o nascimento (YANG et al, 2020)

Definição Operacional:

Baseado nas informações autorrelatadas pelas mães fornecidos em relação aos padrões de alimentação da criança.

CONSEQUENTES/ CARACTERISTICAS DEFINIDORAS/ INDICADORES CLÍNICOS

Capacidade cognitiva prejudicada na aquisição da aprendizagem**Definição conceitual:**

Engloba qualquer tipo de deficiência mental que comprometa a capacidade de aprendizagem (HOCKENBERRY; WILSON, 2011; BEE; BOYD, 2011).

Definição operacional:

- ✓ Aplicar Bayley Scales of Infant Development, 2º edição (BSID II) (BAYLEY, 1993).
- ✓ Aplicar Bayley Scales of Infant Development, 3º edição (BSID III): (ANDRADE et al., 2005; BAYLEY, 2006).
- ✓ Aplicar o teste de Gesell (SILVA et al, 2011).

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 (ACCARDO; CAPUTE 2008; AMORIM, 2011).

Definição operacional

- ✓ Aplicar MacArthur - Bates Communicative Development Inventories (FENSON et al, 2007).
- ✓ Aplicar Denver Developmental Screening Test II (DDST-II) (FRANKENBURG; CAMP; VAN NATTA, 1971; GLASCOE et al, 1992).
- ✓ Aplicar Bayley Scales of Infant Development, 3º edição (BSID III) (ANDRADE et al., 2005; BAYLEY, 2006).

✓ Escala Rápida para Bebês da Mongólia (MORBAS) (DAGVADORJ et al, 2018).

Dificuldade na interação social

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

- ✓ Aplicar a escala Bayley de Desenvolvimento Infantil – socioemocional (GRAYA et al, 2018)
- ✓ Aplicar Denver Developmental Screening Test II (DDST-II)
- ✓ Aplicar Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA) (PORTERA et al, 2019).

Atraso na linguagem receptiva e expressiva

Definição conceitual

Linguagem receptiva é entendida como problemas na compreensão do que os outros dizem, já a expressiva é dificuldade em transmitir informações e pensamentos (COSTA; AZAMBU; NUNES, 2002; MARIANO, 2019).

Definição operacional

- ✓ Aplicar Bayley Scales of Infant Development, 3º edição (BSID III) (DONALD et al, 2019)
- ✓ Aplicar Mullen Scales of Early Learning (MSEL, Mullen, 1995) (YAARIA et al, 2018).

Apresenta comportamento não aceitável ou desejado socialmente

Definição conceitual

Apresenta comportamento desobediente, possuindo dificuldades em aceitar regras, ou apresenta comportamento não aceitável ou desejado socialmente (BARLETTA, 2011; MARIANO, 2019).

Definição operacional

- ✓ Bayley Scales of Infant Development, 3º edição (BSID III) (NILSSONA et al, 2019)

Dificuldade cognitiva prejudicada na resolução de Problema

Definição conceitual

Dificuldade na solução de problemas e ao modo como a criança brinca com os brinquedos (CRUZ; DIAS; PEDROSO, 2014; MARIANO, 2019).

Definição operacional

- ✓ Aplicar Ages and Stages Questionnaires, 3ª edição (YANG et al, 2020).

O quadro acima traz as definições conceituais de cada antecedente (Fatores relacionados) e consequente (Características definidoras/indicadores clínicos), assim como, suas definições operacionais, estas serviram de base para construção do instrumento que foi validado pelos juízes e, após, aplicado no público-alvo.

Portanto, após a apresentação das referências empíricas dos antecedentes e consequentes encontrados nos estudos selecionados na revisão integrativa, será disposto, a seguir, o quadro 12 com as populações em risco e condições associadas, como citado anteriormente, foram adicionados aos diagnósticos de enfermagem na sua penúltima edição, estão intimamente relacionados ao acometimento do fenômeno estudado, ou seja, no atraso do desenvolvimento do lactente.

Quadro 12. População em risco e condições associadas do fenômeno atraso no desenvolvimento do lactente segundo a revisão integrativa da literatura.

POPULAÇÕES EM RISCO	CATEGORIAS
Fatores genéticos	Sexo masculino
Fatores sociais desfavorecidos	<ul style="list-style-type: none"> ● Pouca variedade de brinquedos que estimulem a criança ● Baixa escolaridade materna ● Família economicamente desfavorecida

	Higiene deficiente (qualidade da água, lavagem das mãos)
Ambiente familiar desfavorável:	<ul style="list-style-type: none"> ● Pouca interação com os cuidadores; ● Baixa interação pai-filho; Baixo estímulo
Desfechos perinatais desfavoráveis	Prematuridade; Prematuridade associada ao extremo baixo peso ao nascer (<1500g)
Desfechos obstétricos desfavoráveis	<ul style="list-style-type: none"> ● Bebês expostos ao HIV (mãe HIV positiva), mas não o possui ● Mães adolescentes ● Mães solteiras ● Abuso de substâncias na gestação (metanfetamina, tabaco) ● Baixa ou alta ingestão de iodo durante a gravidez ● IMC > 25 pré-gravidez Exposição pré-natais ou lactacional a produtos químicos (ftalatos, bisfenol A, poluentes orgânicos, incluindo bifenilos policlorados. di-etilhexil ftalato, metais pesados (chumbo e mercúrio), éteres difenílicos polibromados) e à fumaça ambiental do tabaco
Maus-tratos.	
CONDIÇÕES ASSOCIADAS	CATEGORIAS
Desnutrição	
Procedimentos invasivos	Parto cesáreo
Fatores pré-natais e pós-natais	<ul style="list-style-type: none"> ● Ansiedade e depressão dos pais de bebês prematuros ● Depressão materna pré e pós parto ● Infecções gestacionais (respiratória e urinária)

	<ul style="list-style-type: none"> ● Restrição do crescimento intrauterino ● HIV materno; Mães com Zika Vírus.
Distúrbios neonatais	<ul style="list-style-type: none"> ● Hemorragia periventricular, leucomalácia periventricular, ventilação mecânica, e índice de Apgar associado à prematuridade. ● baixa ingesta nutricional ao nascer, sepse de início tardio, enterocolite necrosante (NEC) ou displasia broncopulmonar associada à prematuridade ● broncopulmonardisplasia moderada a grave (DBP), Corioamnionite e duração da VM associada à prematuridade extrema (<28 semanas) Pequeno para Idade Gestacional
Distúrbios congênitos	<ul style="list-style-type: none"> ● Doença cardíaca congênita Displasia broncopulmonar
Deficiência de vitamina B12;	

É importante ressaltar que as categorias utilizadas para cada item encontrado, tanto na população em risco, como nas condições associadas foram as mesmas utilizadas no estudo de Mariano (2019), devido essa divisão ter sido sugerida pelos próprios juízes durante o processo de validação de conteúdo.

Dessa forma, pode-se destacar as seguintes novas categorias que foram encontradas durante a atualização da revisão integrativa da literatura, comparando com dados já encontrados por Mariano (2019). Portanto, na *População em risco* houve o acréscimo das categorias: Baixa ou alta ingestão de iodo durante a gravidez, IMC > 25 pré-gravidez, exposição pré-natais ou lactacional a produtos químicos. Já nas *Condições associadas*, foram acrescentadas: Infecções gestacionais, mães com HIV e Zika e a relação entre prematuridade e problemas neonatais citados no quadro 13.

Por fim, no quadro 13, será demonstrada a estrutura final para proposição diagnóstica de enfermagem, de acordo com os resultados da análise de conceito realizada por Mariano (2019) e atualizada no presente estudo.

Quadro 13 – Proposição final para ser submetida a etapa de análise de conteúdo pelos juízes.

TÍTULO
<p>Proposta 1 - Atraso no desenvolvimento do lactente</p> <p>Proposta 2 – Desenvolvimento Atrasado do lactente</p>
DEFINIÇÃO
<p>- Proposta 1 (Mariano, 2019):</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> <p>- Proposta 2 (Presente estudo):</p> <p>Lactente que apresenta ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento esperados para idade</p> <p>- Proposta 3 (Presente estudo):</p> <p>Lactente apresenta dificuldade em atingir um ou mais marcos do padrão do desenvolvimento esperado para a idade</p> <p>- Proposta 4 (Presente estudo):</p> <p>Lactente apresenta ausência de dois ou mais marcos nas áreas do desenvolvimento, caracterizadas por alterações cognitivas, comunicação/ linguagem e pessoal/social;</p>
FATORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades na alimentação - Alterações no padrão de sono - Conhecimento inadequado dos pais/cuidadores sobre o Desenvolvimento do Lactente - Utilização de fórmula na criança menor de 3 Meses
CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade cognitiva prejudicada na aquisição da aprendizagem - Dificuldade cognitiva prejudicada na resolução de Problema - Atraso na linguagem

- Atraso na linguagem receptiva
- Atraso na linguagem expressiva
- Dificuldade na interação social
- Apresenta comportamento não aceitável ou desejado socialmente

POPULAÇÕES EM RISCO

- Fatores genéticos: Sexo masculino; Etnia não-branca.
- Fatores sociais desfavorecidos: 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: 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

- 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; 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*);
- Má formação (*Cerebral; Craniossinostose; Lábio leporino*);
- Infecções neonatais não-tratadas (*Otite; Sepses neonatal; Infecções neonatais: Citomegalovírus, Zika vírus, HIV, Sífilis e Rubéola*);
- Atraso no crescimento;
- Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH);
- Autismo;
- Perda auditiva;
- Deficiência de vitamina B12;
- Trauma cefálico;
- Distúrbios metabólicos;
- Distúrbios alimentares.

2.5. DISCUSSÃO

Os resultados da atualização da análise de conceito, encontrados durante a realização da Revisão Integrativa (RI) evidenciaram que os 56 estudos selecionados ao final para avaliação na íntegra de cada trabalho, o idioma inglês foi predominante. A realização da pesquisa variou entre os seguintes países: Estados Unidos, China, África do Sul e Brasil. Portanto, no cenário lusófono, apenas o Brasil esteve presente, evidenciando a necessidade de estudos sobre o desenvolvimento infantil nos demais países.

No tocante a área de atuação dos autores, a medicina se sobressaiu realizando mais da metade dos estudos selecionados. Já na área da Enfermagem, havia apenas dois estudos realizados por esses profissionais. Dessa maneira, torna-se importante que esses profissionais se empoderem na realização de estudos que trabalhem a temática do desenvolvimento infantil, tendo em vista que o profissional enfermeiro lida diretamente com a avaliação desse fenômeno, tornando-se necessário estudos que tragam a visão da Enfermagem. Além disso, a pouca atuação da Enfermagem nesse contexto pode ser

justificada pelas influências dos modelos de saúde no país no seu contexto histórico, principalmente no tocante ao modelo biomédico.

Quanto ao nível de evidência dos estudos, foram identificados os níveis IV e VI, apenas, correspondendo aos estudos de coorte/caso-controle (75%) e descritivos (23,3%), respectivamente. Dessa forma, é possível observar estudos com baixa evidência, de acordo com a referência utilizada, sendo necessário realização de pesquisas com nível de evidência elevado, dentro do fenômeno do desenvolvimento infantil, para serem aliados na melhora do embasamento teórico, para que assim, possa contribuir com a melhora na prática clínica. Contudo, eles são importantes dentro da revisão integrativa, pois possibilitam a construção de elementos conceituais do fenômeno trabalhado.

Dentre os domínios do desenvolvimento infantil encontrados, podemos destacar: cognitivo, linguagem e psicossocial. Essa mesma classificação de domínios é trazida por Bee e Boyd (2011), além desses, também destacam o físico e perceptual. Sendo assim, o desenvolvimento cognitivo é marcado pela fase sensoriomotora, que corresponde ao uso de reflexos, reações circulares primárias e secundárias e o início do raciocínio intelectual.

A linguagem também se desenvolve de forma progressiva nos lactentes, iniciando com diferentes vocalizações e choros, seguindo para a emissão de vogais simples, vocalização de sílabas com vogais repetidas, e posteriormente, vocalização de palavras simples. O desenvolvimento psicossocial envolve a integração do desenvolvimento psicológico com a formação de relações sociais. Ambos os processos necessitam ocorrer de uma forma paralela (HOCKENBERRY; WILSON, 2011; PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

A análise de conceito, foi realizada utilizando como modelo Walker e Avant (2011) e subsidiada pela RI, possibilitou a identificação de 19 componentes estruturais, dentre aqueles que reafirmaram o que já havia sido encontrado por Mariano (2019) em sua dissertação e novos elementos identificados durante a atualização. Sendo assim, foram evidenciados seis indicadores das populações em risco, seis indicadores das condições associadas, seis indicadores das características definidoras (indicadores clínicos) e um indicador dos fatores relacionados (fatores etiológicos). Além disso, foi possível construir três definições do fenômeno em estudo e identificar três atributos acerca do atraso no desenvolvimento infantil.

Estudo semelhante realizou a análise de conceito objetivando identificar na literatura, também por meio da RI, os conceitos do fenômeno crescimento e

desenvolvimento, como uma das etapas para construção de um diagnóstico de Enfermagem na categoria promoção da saúde. Como resultado, eles identificaram 14 consequentes para o fenômeno crescimento e 21 para o desenvolvimento; 13 atributos do crescimento e três do desenvolvimento; oito definições do crescimento e 10 do desenvolvimento (MONTEIRO, 2013). Não há dados acerca dos antecedentes por se tratar de um diagnóstico voltado para promoção da saúde. Além disso, não há populações em risco e condições associadas, pois, quando esse trabalho foi realizado, a NANDA-I ainda não havia incluído em seus componentes.

No presente estudo foi possível identificar apenas três definições para o fenômeno “Desenvolvimento atrasado do lactente”, identificados durante a busca na literatura. Contudo, para entender o atraso é necessário, previamente, compreender definições e características do próprio desenvolvimento infantil. Este, por sua vez, configura-se por ser complexo e amplo. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), caracteriza-o 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.

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.

O termo “Antecedente”, pode-se destacar que são fatores que levam a ocorrência do conceito. De acordo com a NANDA-I são denominados de “fatores relacionados”. Já de acordo com a nomenclatura de Lopes, Silva e Araújo (2012) são denominados de “fatores etiológicos”. Também é importante destacar que são passíveis de intervenções pelo profissional de enfermagem. Em decorrência disso, muitos termos que antes eram considerados fatores relacionados, passaram a fazer parte do grupo de “Populações em risco” e “Condições associadas”, classificação realizada pela NANDA-I na edição de 2018-2020.

Sendo assim, o número de fatores relacionados foi reduzido, devido a muitos termos encontrados que estão relacionados ao surgimento da ocorrência do conceito, neste caso com o atraso no desenvolvimento do lactente, passaram a ser considerados dentro

desses novos grupos já mencionados, pois estes já não são passíveis de intervenções pelo enfermeiro.

No presente estudo foi identificado apenas um único antecedente, “utilização de fórmula na criança menor de 3 meses”, o estudo que trouxe esse achado (YANG et al, 2020) demonstrou que crianças, que deveriam estar sob uso exclusivo do leite materno, ingeriam fórmula ou leite artificial apresentavam maior comprometimento do desenvolvimento, levando ao atraso. Portanto, nessa situação, o enfermeiro é capaz de intervir através de orientações, atividades educativas para conscientizar os responsáveis acerca do risco da utilização de fórmula nessa faixa etária.

Um estudo acerca da importância da amamentação e as contribuições do enfermeiro educador em saúde, traz que os processos educativos em saúde possuem lacunas na sua execução, são desafiadores para as equipes, profissionais de saúde e usuárias nas diferentes realidades e cenários de prática. Contudo, o profissional enfermeiro tem um papel fundamental na promoção e incentivo da adesão da nutriz à amamentação segura e consciente sobre os inúmeros benefícios dessa prática, para a mãe e o bebê (SOUSA, 2021).

Já os consequentes podem ser compreendidos como os sinais e sintomas apresentados devido à ocorrência do conceito. De acordo com a NANDA-I são denominadas de “características definidoras”. Já de acordo com Lopes, Silva e Araújo (2012) são denominados de “indicadores clínicos”.

Foram identificadas seis consequentes/características definidoras/indicadores clínicos, juntamente com suas respectivas referências empíricas ou definições conceituais e operacionais, sendo elas: Atraso cognitivo, Atraso na linguagem, Atraso psicossocial, Atraso na linguagem receptiva e expressiva, Comportamento desafiador e Atraso na resolução de problemas.

Na nova edição da NANDA-I, versão 2021-2023, foi inserido o diagnóstico “Desenvolvimento atrasado da criança”, nele há características definidoras voltadas para domínios semelhantes, como cognitivo, linguagem e psicossocial. Além delas, também trazem as dificuldades referente as habilidades motoras. Contudo, na literatura há estudos que trazem as habilidades motoras grossas e finas pertencentes ao fenômeno crescimento, sendo, portanto, dissociadas do desenvolvimento. Monteiro (2016), ao realizar a análise de conceito acerca do Crescimento, identificou dentre os seus consequentes, de forma

geral, a antropometria (peso, estatura/comprimento), habilidades sensoriais e motoras, como pertencentes ao fenômeno em questão.

Já referente a Populações em risco e Condições associadas, componentes da estrutura do diagnóstico de Enfermagem, inseridos na 11ª edição da NANDA-I 2018-2020, incluem indicadores que os enfermeiros não podem intervir de maneira independente (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

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; KAMITSURU; LOPES, 2021). No presente estudo, foram identificadas seis categorias amplas e dentro delas há diferentes itens que estão atrelados a existência do atraso do desenvolvimento do lactente. Novos itens foram identificados durante a atualização, referente apenas a categoria “desfechos obstétricos desfavoráveis, sendo estes: *Baixa ou alta ingestão de iodo durante a gravidez, IMC > 25 pré-gravidez, exposição pré-natais ou lactacional a produtos químicos.*

No tocante ao item *Baixa ou alta ingestão de iodo durante a gravidez*, sabe-se que o iodo é um micronutriente essencial durante a gestação, pois ele é responsável pelo bom funcionamento da tireoide, que garante um metabolismo eficiente. Além disso, ajuda no desenvolvimento do cérebro da criança, reduzindo o risco de deficiência cognitiva e danos cerebrais congênitos.

Um estudo analisou mil famílias britânicas e observou QI mais baixos e dificuldades relacionadas à leitura entre crianças cujas mães ingeriram poucos alimentos com iodo durante a gestação (BATH *et al*, 2013).

Quanto ao *IMC > 25 pré-gravidez*, segundo Zugaib (2019), o ganho de peso acima do recomendado aumenta os riscos para uma série de resultados adversos, tais como: diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, cesárea e depressão. Para o recém-nascido, verifica-se a maior chance de morbidade neonatal, macrosomia fetal, maior incidência de obesidade, sobrepeso e distúrbios metabólicos na infância e adolescência.

A *exposição pré-natais ou lactacional a produtos químicos*, dentre os produtos químicos que podem afetar o desenvolvimento podemos destacar: ftalatos, bisfenol A, poluentes orgânicos, incluindo bifenilos policlorados. di-etilhexil ftalato, metais pesados (chumbo e mercúrio), éteres difenílicos polibromados.

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; KAMITSURU, 2018). Durante a atualização da análise de conceito, também foi possível identificar novas condições associadas, além daquelas que já haviam sido elencadas em estudo anterior, como: Infecções gestacionais, mães com HIV e Zika e a relação entre prematuridade e problemas neonatais.

Entre as infecções gestacionais existentes, aquela que foi identificada durante a realização da RI foram as infecções respiratória e urinária. Essa última, denominada de Infecção do Trato Urinário (ITU), é uma intercorrência comum em gestantes, devido às alterações hormonais que permitem o relaxamento do ureter, diminuindo o fluxo de urina para a bexiga. Essa demora na produção de urina, atrelada à falta de higiene, pode facilitar o aumento de bactérias e, conseqüentemente, a infecção, estando associada diretamente com a prematuridade e/ou baixo peso, assim como, uma maior mortalidade perinatal e maior morbidade materna (RIBEIRO et al., 2017; PIGOSSO et al., 2016).

Na condição associada, *mães vivendo com HIV*, esse diagnóstico e o cenário que ele proporciona a mãe com HIV, inicialmente, com o impacto da interrupção da amamentação, pode levá-la a demonstrar sentimento de culpa e vergonha. Esses fatores podem interferir na construção do vínculo mãe-filho e, conseqüentemente, nos estímulos ofertados em seu ambiente familiar e no desenvolvimento motor, cognitivo e da linguagem do lactente (PÁDUA; RUIVO; SÁ, 2020).

Mães que apresentam Zika vírus, essa condição é um fator preocupante para o desenvolvimento da síndrome congênita pelo Zika vírus, esta por sua vez, poderá desencadear nas crianças uma série de alterações a nível neurológico, como microcefalia, hidrocefalia, suturas cranianas sobrepostas, epilepsia, irritabilidade, anormalidades visuais (estrabismo; coriorretinianas; maculopatia; cegueira), anormalidades auditivas, disfagia. Sendo, portanto, condições que levam ao atraso no desenvolvimento (TEIXEIRA et al, 2020).

Já referente a relação entre prematuridade e problemas neonatais, foram identificados os seguintes problemas: Hemorragia periventricular, leucomalácia periventricular, ventilação mecânica, e índice de Apgar, baixa ingesta nutricional ao nascer, sepse de início tardio, enterocolite necrosante (NEC) ou displasia broncopulmonar,

broncopulmonardisplasia moderada a grave (DBP), Corioamnionite e duração da VM, todos estavam associados à prematuridade.

2.6. CONCLUSÃO

A atualização da análise de conceito permitiu a identificação de alguns elementos que farão parte da estrutura do diagnóstico que está sendo proposto, Desenvolvimento Atrasado do lactente, sendo estes: definição final para o atraso do desenvolvimento no lactente; seis populações em risco, seis condições associadas, sete características definidoras (indicadores clínicos) e um fator relacionado (fatores etiológicos).

Dessa forma, construir a definição do fenômeno que está sendo estudado é fundamental para compreendê-lo, principalmente, quando se trata de um fenômeno amplo como o desenvolvimento infantil.

Além disso, conhecer os seis indicadores clínicos elencados durante a análise de conceito, além daqueles que foram trazidos no estudo antecessor (MARIANO, 2019), que se manifestam quando há o diagnóstico de desenvolvimento atrasado, poderá subsidiar o enfermeiro a desenvolver uma percepção mais adequada a despeito da ocorrência do DAL (Desenvolvimento Atrasado do Lactente).

Não obstante, os fatores etiológicos identificados no estudo em questão e no estudo anterior, poderão ser identificados nas crianças com atraso, o que requer atenção do enfermeiro quando estiver elaborando suas intervenções de Enfermagem, a fim de procurar corrigir ou sanar tais fatores, no intuito de evitar a ocorrência do DAL.

Quando não houver possibilidade de o enfermeiro sanar fatores que estão interferindo na ocorrência de DAL, fala-se dos elementos, populações em risco e condições associadas, que também foram identificadas no presente estudo. Porém, são situações que não são passíveis de intervenções por esses profissionais. Contudo, são importantes para dar apoio na identificação do diagnóstico.

Portanto, identificar todos esses elementos facilitará o conhecimento dos profissionais acerca do entendimento do conceito, ultrapassando apenas meramente a definição em si, mas corroborando com a aplicabilidade de uma forma real ainda que este se configure de forma abstrata.

CAPÍTULO 2
ANÁLISE DE CONTEÚDO

3.1. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A segunda etapa tem por objetivo estimar a proporção de juízes que concordam com a inclusão de um conjunto específico de indicadores clínicos (características definidoras), fatores etiológicos (fatores relacionados), condições associadas e populações em risco que representam o verdadeiro conteúdo de um diagnóstico. Além de avaliarem a adequação das definições conceituais e operacionais dos indicadores clínicos (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2012).

Dessa forma, nesta fase é proposto pelos referidos autores a substituição da nomenclatura validação por análise. Isso é explicado por considerarem a validação complexa, não sendo possível que a opinião de um grupo, geralmente pequeno, de indivíduos representem o verdadeiro conteúdo de um diagnóstico, pois, se isto fosse válido, não seria necessária a etapa de validação clínica, pois os referidos *experts* já teriam garantido tal validade. Portanto, esta etapa se aproxima mais de uma pré-análise do que de uma validação propriamente dita, justificando o uso do termo. Além disso, o termo juiz ou avaliador é mais pertinente em ser utilizado se comparado a *experts*, uma vez que a maioria desses dos sujeitos apresentam um perfil de proficiente na área (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2012).

Portanto, na etapa de análise de conteúdo, destaca-se que uma das grandes dificuldades é recrutar os profissionais, principalmente no que tange ao perfil qualitativo, no qual por muitos anos foi utilizada a proposta de Fehring, e que, atualmente, vem sendo adaptada nos estudos.

Assim, uma maneira de facilitar o processo de avaliação poderá ocorrer por meio da análise de concordância, utilizando a estratégia denominada Grupo Focal (GF). Esta trata-se de uma técnica específica de coleta de dados qualitativos por meio de entrevistas grupais. O traço de distinção do GF é o uso explícito da interação grupal para produzir dados e *insights* que seriam menos acessíveis fora do contexto de interação que se encontra no grupo.

Além disso, o GF é um ambiente mais natural e holístico em que os participantes levam em consideração os pontos de vista dos outros na formulação de suas respostas e comentam suas próprias experiências e as dos outros. Várias são as diferenças da discussão desencadeada em um GF para a discussão espontânea. Dentre elas, salienta-se que os integrantes são convidados a participar com uma finalidade específica; o tema não

emerge do grupo, mas do pesquisador; a conversação ocorre na presença de um moderador, que procura facilitá-la, e o local dos encontros não deve ser familiar aos participantes.

O GF apresenta várias vantagens, como oportunizar ao pesquisador o conhecimento de atitudes, comportamentos e percepções dos pesquisados 'in loco', além de reduzir os custos e o tempo gasto se comparado com outras técnicas. Permite, ainda, que se obtenha para análise um material que não surgiria em uma conversação casual, tampouco em resposta a perguntas previamente formuladas pelo investigador (SILVA; SCHWERTNER; ZANELATTO, 2019).

De maneira geral, são utilizados parâmetros definidos para a estrutura do GF, os quais incluem (SILVA *et al.*, 2014):

- 1) *A composição do grupo*: Em linhas gerais, os grupos devem conter um moderador, que é o catalisador da interação social entre os participantes, comumente o próprio pesquisador faz este papel; um observador, cuja função é avaliar a condução da técnica; e demais participantes, cuja escolha é intencional no que se refere a sexo, idade, estado civil, escolaridade, dentre outras características, ou seja, a seleção é feita de acordo com os objetivos do estudo. No presente estudo, optou-se por utilizar os critérios de Fehring, adaptados.
- 2) *O número de participantes*: Oscila entre o mínimo de 6 e o máximo de 15, escolhidos por apresentarem pelo menos um traço comum. Embora haja registro de que o GF tradicional deva ser composto por pessoas desconhecidas anteriormente, essa não é uma pré-condição. Assim, o grupo pode ser preexistente ou organizar-se para o objetivo da investigação.
- 3) *O número e duração das sessões*: Não há padrão rígido. Há casos em que um ou dois encontros com cada grupo são suficientes; há outros em que são necessários mais encontros para que os objetivos sejam atingidos. Irá variar de acordo com a complexidade da temática e o interesse da pesquisa. O período preconizado é de até duas horas. Nesse intervalo, a população mostra-se acessível e interessada em participar. Períodos superiores podem ocasionar cansaço e desgaste mental, prejudicando o alcance dos objetivos e dos resultados.
- 4) *O local e o ambiente das sessões*: Este deve ser neutro, de fácil acesso e, de preferência, fora do ambiente de trabalho. É necessário que seja agradável,

descontraído e livre de ruídos para a captação das falas, uma vez que as discussões são gravadas e transcritas.

5) *A forma de registro dos dados*: Os dados coletados devem ser registrados por meio da gravação de voz ou imagem e complementados pelas anotações do observador.

Assim, embora haja uma sistematização para o GF, esta apresenta flexibilidade em alguns aspectos e até mesmo dissonâncias em outros.

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 serão utilizados os critérios de relevância, clareza e precisão, para avaliação do instrumento, descritos a seguir.

- **RELEVÂNCIA** - diz respeito à capacidade do item ser consistente com o atributo definido e com as outras expressões que se relacionam ao mesmo atributo.
- **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.

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 clareza e precisão, já citados, sendo estabelecido uma escala do tipo *likert* com 5 opções de respostas para verificar a adequação do item de acordo com cada indicador clínico. Dessa forma, os itens 1, 2 ou 3 são classificados como inadequados, já os itens 4 e 5 são considerados adequados.

Vale ressaltar que, nesta fase, o estudo de Mariano (2019), desenvolveu um instrumento contendo itens de como avaliar cada indicador clínico de acordo com determinada faixa etária para ser aplicado na fase seguinte (validação clínica). Contudo, continha apenas referências de estudos em cada item de CD ou FR construído. Assim, na presente proposta, o instrumento foi aperfeiçoado na atualização da etapa anterior e, posteriormente, o instrumento em questão passou pelo processo de análise de conteúdo.

3.2. OBJETIVO

Analisar o conteúdo dos elementos estruturais atualizados do diagnóstico de Enfermagem proposto “desenvolvimento atrasado do lactente”.

3.3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.3.1. Desenho do estudo

A segunda etapa do estudo de validação do diagnóstico de enfermagem proposto foi composta pela análise de conteúdo pelos juízes, de dados coletados durante a etapa da análise de conceito realizada por Mariano (2019) e atualizada neste estudo.

Assim, a análise de conteúdo envolveu a análise de concordância dos juízes convidados, dividida em dois momentos. O primeiro, referente a avaliação do instrumento de forma individual e; o segundo, de forma coletiva, através de reuniões via plataforma *Google meet*, estabelecendo-se a estratégia do Grupo Focal (GF), a fim de avaliar a concordância entre esses avaliadores que consideravam adequada a inclusão de cada elemento estrutural do diagnóstico de enfermagem proposto.

3.3.2. Seleção dos Juízes

Para determinar o número de juízes do GF, é especificado um total entre 6, no mínimo, e 15, no máximo. Dessa forma, no presente estudo foi estabelecido como meta inicial um total de 08 avaliadores. Estes foram definidos considerando ampla experiência na pesquisa com taxonomias, saúde da criança e desenvolvimento infantil. Além disso, foi utilizado os critérios de Fehring adaptados, conforme quadro 14, a seguir.

Quadro 14. Adaptação do sistema de pontuação dos juízes no modelo de validação de conteúdo de por Fehring (1994).

Critério de Fehring (1994)	Pontos de 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)

Os enfermeiros que atingiram uma pontuação mínima de cinco pontos foram incluídos no processo de avaliação do instrumento, de acordo com o sistema de pontuação.

Foram recrutados 61 enfermeiros mediante a busca na Plataforma Lattes do Currículo Lattes de pesquisadores, disponível no portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e enviadas as cartas-convite no período estabelecido para a coleta de dados com o intuito de obter um maior quantitativo de profissionais. Ainda, foi realizada a amostragem intencional ou do tipo “bola de neve”, na qual foi solicitado aos juízes selecionados indicação de outras pessoas que pudessem se enquadrar nos critérios de seleção supracitados. No primeiro contato, obteve-se o retorno de 15 juízes sendo que oito recusaram-se a participar do estudo por motivos acadêmicos e profissionais. A amostra final foi constituída por sete enfermeiros juízes

Após a seleção dos juízes, foi realizada o primeiro contato, via correio eletrônico, enviado de forma individual, para cada participante, não sendo criada lista de transmissão. O juiz era convidado a participar do estudo, por meio do envio de uma carta-convite (APÊNDICE B), que continha informações acerca da pesquisa e sobre a participação no estudo. Os juízes podiam optar por receber o material da pesquisa via e-mail (preenchimento do documento em word ou por meio de formulário eletrônico (*google forms*)) ou impresso. Em seguida, ao aceitarem participar da pesquisa recebiam um kit composto por: 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C); 2. Questionário semiestruturado composto por três partes, adaptado do estudo de Mariano (2019) (APÊNDICE A): 2.1. Apresentação e orientação sobre o estudo, bem como instruções para o preenchimento; 2.2. 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; 2.3. Instrumento contendo os elementos estruturais do diagnóstico de Enfermagem desenvolvimento atrasado do lactente.

3.3.3. Coleta de dados

Os avaliadores analisavam todos os elementos estruturais do diagnóstico de Enfermagem desenvolvimento atrasado do lactente, sendo: título; definição; as características definidoras/indicadores clínicos, com suas respectivas definições operacionais; fatores relacionados, também com suas definições operacionais; Condições associadas e populações em risco. Todos esses elementos citados, exceto as definições

operacionais, apesar de já terem passado pela avaliação de juízes no estudo de Mariano (2019), tornou-se necessária uma reavaliação de novos juízes, agora de forma qualitativa. Com vista, a olhar de forma mais detalhada cada elemento, tornando-o ainda mais acurado. Além de ter permitido a construção e análise de um instrumento através das definições operacionais elencadas, para ser aplicado na terceira fase do estudo. Já que não havia ainda sido realizada no estudo anterior citado.

Com vista a estabelecer um consenso entre os juízes, foram realizados dois momentos, como já mencionado anteriormente. O primeiro, referente a avaliação do instrumento de forma individual e; o segundo, de forma coletiva, através de reuniões via plataforma *Google meet*, estabelecendo-se a metodologia do GF.

Nesse sentido, no *primeiro momento*, 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, a mesma utilizada no estudo de Mariano (2019), descritas a seguir:

1 - Totalmente irrelevante/Incompreensível/Impreciso: RELEVÂNCIA - o componente do diagnóstico (título, definição, indicador clínico, fator etiológico, condições associadas e populações em risco) 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 (título, definição, indicador clínico, fator etiológico, condições associadas e populações em risco) 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 (título, definição, indicador clínico, fator etiológico, condições associadas e populações em risco) apresenta relação duvidosa e apresenta relação com outros fenômenos similares; CLAREZA - a definição proposta está descrita de forma

compreensível, porém podem 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 (título, definição, indicador clínico, fator etiológico, condições associadas e populações em risco) 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 (título, definição, indicador clínico, fator etiológico, condições associadas e populações em risco) 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.

Nos itens de 1 a 4 era reservado um espaço destinado aos esclarecimentos e/ou sugestões acerca das melhorias e adaptações do item. Os juízes tinham até 15 dias para devolver o instrumento já preenchido.

O *segundo momento*, referente a avaliação do instrumento de forma coletiva, foi agendado um dia para que os sete avaliadores se reunissem através da plataforma *Google meet*, juntamente com o responsável pela pesquisa, utilizando-se a metodologia do grupo focal, para aprimorar o instrumento, indo além do que já havia sido preenchido no primeiro momento. Sendo possível, observar a percepção de cada indivíduo. No entanto, devido alguns problemas pessoais de alguns avaliadores, apenas três puderem participar deste momento, dividido em dois encontros, com intervalo de uma semana entre eles.

Sendo assim, seguindo a metodologia do GF, foi definido como mediadora do grupo a autora responsável pela pesquisa e como observadores, orientadora e uma bolsista de iniciação científica, previamente treinada para este tipo de estudo.

O primeiro encontro teve duração de duas horas, em horários e datas definidas conforme disponibilidade dos participantes. Inicialmente, foi realizada a abertura pela

mediadora, dando boas-vindas e apresentando a equipe de coordenação (mediadora e observadoras). Além disso, foi fornecido informações acerca dos objetivos, finalidades e da técnica de coleta de dados da pesquisa, assim como os aspectos éticos. Também, foi solicitado a anuência dos participantes para o consentimento da gravação de vídeo. Contudo, cabe ressaltar que essa autorização já havia sido solicitada mediante TCLE, previamente. No entanto, torna-se importante reiterar que o momento seria gravado.

Após o aceite de todos os membros, a gravação foi iniciada e cada juiz foi convidado a se apresentar de maneira breve, a fim de facilitar a comunicação e o processo interativo entre todos. Também foi estabelecido um contrato grupal, com regras básicas de convivência durante os encontros. Nele, foi combinado os seguintes aspectos: respeito à fala do outro, observância do caráter confidencial quanto as informações trazidas no grupo, inativação de telefones celulares para não haver dispersão, assiduidade e pontualidade, para os demais encontros.

Após o estabelecimento desse contrato entre os participantes, a pesquisadora apresentou por meio de slides uma breve descrição sobre a taxonomia de enfermagem, a fim de introduzir o assunto. Após isso, o instrumento que já havia sido avaliado previamente por esses juízes e realizado as correções pertinentes ao *primeiro momento*, foi apresentado. Em seguida, foi aberto espaço para os juízes debaterem sobre o que foi exposto e preencherem o instrumento de forma coletiva, com vistas a buscar o consenso entre eles. Dessa maneira, a moderação foi do tipo diretiva, a fim de debater os tópicos do instrumento de pesquisa elaborado, com a finalidade de realizar a validação por consenso.

O estilo do grupo foi semiestruturado, ou seja, o moderador atentou para o conteúdo alocado no instrumento de coleta de dados. Porém, proporcionou uma conversação flexível, isto é, um diálogo construído mediante vários pontos de vistas, argumentos e contra-argumentos, de posições similares e contrárias. Dessa maneira, era apresentado o instrumento em forma de slides para que houvesse uma melhor visualização para os participantes de cada elemento que estava sendo avaliado. A cada item demonstrado era questionado se todos concordavam ou não com sua permanência. Caso, alguém discordasse era realizado uma discussão, até se chegar a um consenso final entre todos os juízes.

Ao término do primeiro encontro o moderador realizou a síntese do que foi discutido, sendo necessário a realização de um novo encontro para dar continuidade a avaliação do instrumento, por ser muito extenso. Dessa forma, foi agendado data e horário para a próxima reunião.

No segundo e último encontro foi realizado uma síntese do encontro anterior e apresentado o objetivo do atual, dando continuidade a avaliação do instrumento, seguindo a mesma metodologia que foi adotada na primeira reunião. Ao final, foi realizado o encerramento com o agradecimento aos participantes pela disponibilidade e contribuições para melhoria do instrumento.

Por fim, no dia posterior ao encontro, o vídeo foi avaliado pela pesquisadora e observadora, a fim de coletar os dados, complementados pelas anotações do observador no momento do encontro.

3.3.4. Análise de dados

Referente a análise dos dados, foi avaliada a concordância dos juízes de acordo com cada item avaliado. Foi estabelecido um índice de concordância mínima aceitável de 80% entre os juízes que assinaram os itens 4 e 5 da escala, de acordo com estudos realizados nessa mesma temática (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; SOUZA; VERISSIMO; CRUZ, 2018).

Os resultados dos questionários foram tabulados e tratados segundo frequência simples e porcentagem, e os comentários agrupados por similaridade de conteúdo.

3.3.5. Aspectos éticos

Foram cumpridos os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata da pesquisa com seres humanos. O projeto foi registrado na Plataforma Brasil, e aprovado CEP/UNILAB protocolo 5.032.639

A participação dos juízes se deu mediante a assinatura do TCLE. Ademais, todas as orientações que constam no Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, referente as pesquisas em ambiente virtual foram cumpridas na presente etapa.

3.4. RESULTADOS

Apresenta-se, a seguir, a caracterização da amostra dos enfermeiros juízes e os resultados decorrente da análise de conteúdo de cada elemento estrutural do diagnóstico de Enfermagem proposto, nos dois momentos de avaliação.

3.4.1. Caracterização dos participantes

A amostra constituiu-se de sete enfermeiros para o *primeiro momento*, utilizando os critérios de psicometria; no *segundo momento*, destes sete enfermeiros convidados, apenas três puderam participar da avaliação coletiva, através do grupo focal. Sendo assim, a seguir, na Tabela 04 será apresentado a caracterização geral de todos os sete juízes.

Tabela 4: Caracterização da amostra dos juízes. Redenção-CE, 2022.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	7	100
Idade		
35-40 anos	04	57,1
41- 46 anos	02	28,6
47 – 53 anos	01	14,3
Titulação		
Doutorado	07	100
Tempo de formação profissional como enfermeiro		
10-20 anos	05	71,4
21-30 anos	02	28,6
Participa de grupo de pesquisa na temática saúde da criança e taxonomias de enfermagem		
Sim	07	100
Conhecem o processo de Enfermagem a as classificações NANDA-I		

Sim	07	100
-----	----	-----

Fonte: autora

Importante ressaltar que quanto a titulação, dois (28,6%) enfermeiros possuíam especialização na área de desenvolvimento infantil e um em neonatologia. Além disso, todos estavam atualmente trabalhando como docentes em universidades de diversos estados, como Ceará, Paraíba, Bahia, Piauí, Goiás e São Paulo.

Em relação a caracterização dos enfermeiros, no que tange a produção científica nas áreas das taxonomias de enfermagem e na área de saúde da criança, os dados estão dispostos na Tabela 05, a seguir.

Tabela 5 – Produção científica dos enfermeiros acerca das taxonomias de enfermagem e da área de saúde da criança. Redenção-CE, Brasil, 2022.

	Produção científica acerca das taxonomias de Enfermagem	Produção científica acerca na área de saúde da criança
Variáveis	n (%)	n (%)
Monografia	01 (14,3)	04 (57,1)
Dissertação	01 (14,3)	04 (57,1)
Tese	02 (28,6)	04 (57,1)
Artigo científico	04 (57,1)	07 (100)

Fonte: autora

3.4.2. Resultados decorrentes da análise de conteúdo de cada elemento estrutural do diagnóstico de Enfermagem proposto

Nos dois momentos, foram reavaliados todos os elementos estruturais do diagnóstico de enfermagem proposto, sendo estes: Título, domínio e classe, definição, fatores relacionados, características definidoras ou indicadores clínicos, populações em risco e condições associadas. Sendo que os dois primeiros elementos apresentaram consenso entre todos os juízes nos dois momentos. O título foi denominado

Desenvolvimento Atrasado do lactente, pertencente ao domínio 13 (Crescimento/Desenvolvimento) e classe 2 (Desenvolvimento).

A seguir, será descrito de forma separada os dois momentos para avaliação dos demais elementos estruturais.

- Primeiro momento:

Neste primeiro momento, a avaliação ocorreu por meio de avaliação de formulários, utilizando três critérios de psicometria (relevância, clareza e precisão), e eles julgavam cada uma delas através de uma escala do tipo *likert*. Contudo, no decorrer dos resultados será apresentado apenas referente a opção 5, em que consideravam o item avaliado totalmente relevante, compreensível e preciso.

Referente a avaliação da definição do diagnóstico proposto, como já mencionado anteriormente, foram construídas quatro propostas de definições. Contudo, as três primeiras passaram pela avaliação individual e a última, foi sugerida pela equipe PRONANDA e avaliada apenas de forma coletiva no segundo momento do estudo.

A seguir será apresentada na tabela 06 o percentual de juízes que avaliaram cada definição quanto aos critérios referentes a clareza, precisão e relevância, considerando apenas aqueles juízes que indicaram a opção 5 - totalmente relevante/Compreensível/Preciso.

Tabela 6: Análise do conteúdo da definição conceitual para desenvolvimento atrasado do lactente, considerando os juízes que indicaram as propostas como totalmente relevante, compreensivo e preciso. Redenção/CE,2022.

Propostas	Relevância	Clareza	Precisão
	n (%)	n (%)	n (%)
Proposta 1	04 (57,1)	03 (42,9)	03 (42,9)
Proposta 2	05 (71,4)	05 (71,4)	05 (71,4)
Proposta 3	03 (42,9)	02 (28,6)	01 (14,3)

Fonte: autora

Dentre todas as propostas, apenas a segunda foi mais aceita pelos juízes, com ressalvas apenas referente a falta de clareza em deixar explícito em quais domínios/marcos estariam ausentes nos lactentes.

Já a primeira proposta, que foi a mesma trazida por Mariano (2019), houve um questionamento em trazer o termo “desvio padrão”, pois este se refere não ao desenvolvimento, mas sim, na avaliação do crescimento, utilizando escalas/medidas padronizadas.

Na terceira proposta, o termo “dificuldade em atingir” foi bastante questionado pelos juízes, por não deixar claro, como medir ou avaliar o atraso.

A avaliação dos quatro fatores relacionados, também será apresentada através de tabela, demonstrando como os juízes avaliaram cada um quanto sua definição conceitual, utilizando também os três critérios já citados (relevância, clareza e precisão), considerando apenas a opção 5, onde consideram a avaliação plena.

Tabela 7 - Análise do conteúdo dos fatores relacionados quanto sua definição conceitual, considerando os juízes que indicaram as propostas como totalmente relevante, compreensivo e preciso. Redenção/CE,2022.

Fatores relacionados	Relevância	Clareza	Precisão
	n (%)	n (%)	n (%)
Dificuldades na alimentação	06 (85,7)	06 (85,7)	06 (85,7)
Alterações no padrão de sono	07 (100)	06 (85,7)	06 (85,7)
Conhecimento inadequado dos pais/cuidadores sobre o Desenvolvimento do Lactente	07 (100)	03 (42,9)	03 (42,9)
Utilização de fórmula na criança menor de 3 Meses	06 (85,7)	05 (71,4)	05 (71,4)

Para o primeiro fator relacionado, no que concerne a definição conceitual, não houve questionamentos por parte dos juízes. Já nas definições operacionais, ou seja, como

deveria ser avaliado tal componente do diagnóstico, foram realizadas algumas indagações referentes a aplicabilidade de algumas escalas que foram inseridas.

No segundo fator relacionado, a grande maioria dos juízes julgaram como pertinente sua existência para o diagnóstico, assim como, sua definição conceitual. Obtendo quase 100% em todos os critérios avaliados. Contudo, quando foram avaliadas as definições operacionais, algumas escalas ou instrumentos trazidos como forma de avaliar tais fatores foram questionados se seriam validadas para as crianças brasileiras, alguns instrumentos/aparelhos se seriam aplicáveis durante a avaliação e a precisão de alguns métodos.

No terceiro fator relacionado, foi considerado relevante por todos os juízes. No entanto, menos da metade acharam pouco claro e preciso no que se refere a definição conceitual.

No quarto fator relacionado, também foi bem avaliado pela maioria dos juízes, tanto no que se refere a definição conceitual, como operacional. Surgindo alguns questionamentos acerca da padronização das orientações trazidas pelo ministério da saúde quando traz o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, pois mesmo a utilização do leite artificial até mesmo antes dos 6 meses já pode ser considerado fator de risco para atraso no desenvolvimento infantil. Dessa maneira, foi atendido as recomendações e inserido ao invés da faixa etária de 3 meses para 6 meses.

No que concerne a avaliação das características definidoras ou indicadores clínicos, foram elencadas sete: 1- Capacidade cognitiva prejudicada na aquisição da aprendizagem; 2- Dificuldade cognitiva na resolução de Problemas; 3- Atraso na linguagem do lactente; 4- Lactente expressa dificuldade na linguagem receptiva; 5- Lactente expressa dificuldade na linguagem expressiva; 6- Dificuldade na interação social; 7- Apresenta comportamento não aceitável ou desejado socialmente.

A seguir, será demonstrado através de tabela 8 como os juízes avaliaram cada característica definidora, no que tange sua existência e definição conceitual, utilizando também os três critérios já citados (relevância, clareza e precisão), considerando apenas a opção 5, onde consideram a avaliação plena.

Tabela 8 – Análise do conteúdo das características definidoras/indicadores clínicos quanto sua definição conceitual, considerando os juízes que indicaram as propostas como totalmente relevante, compreensivo e preciso. Redenção/CE,2022.

Características Definidoras (CD)	Relevância n (%)	Clareza n (%)	Precisão n (%)
CD1¹	07 (100)	07 (100)	07 (100)
CD2²	05 (71,4)	03 (42,9)	04 (57,1)
CD3³	07 (100)	07 (100)	07 (100)
CD4⁴	07 (100)	07 (100)	06 (85,7)
CD5⁵	06 (85,7)	06 (85,7)	06 (85,7)
CD6⁶	07 (100)	07 (100)	07 (100)
CD7⁷	04 (57,1)	03 (42,9)	03 (42,9)

¹CD1: Capacidade cognitiva prejudicada na aquisição da aprendizagem; ²CD2- Dificuldade cognitiva na resolução de Problemas; ³CD3- Atraso na linguagem do lactente; ⁴CD4- Lactente expressa dificuldade na linguagem receptiva; ⁵CD5- Lactente expressa dificuldade na linguagem expressiva; ⁶CD6- Dificuldade na interação social; ⁷CD7- Apresenta comportamento não aceitável ou desejado socialmente.

Dentre as características definidoras avaliadas, aquela que apresentou uma baixa relevância, clareza e precisão por parte dos juízes foi apenas a CD7: Apresenta comportamento não aceitável ou desejado socialmente, pois segundo os juízes, não é possível avaliar esse aspecto em uma criança menor de 2 anos. Essa capacidade de avaliar o comportamento é passível de observação apenas após essa faixa etária.

Outro componente que pertence ao diagnóstico de Enfermagem, “populações em risco”, sendo elencadas seis: 1- Fatores genéticos; 2- Fatores sociais desfavorecidos; 3- Ambiente familiar desfavorável; 4- Desfechos perinatais desfavoráveis 5- Desfechos obstétricos desfavoráveis; 6- Maus tratos.

Na tabela a seguir, está exposto as populações em risco, onde os juízes avaliaram se consideravam sua existência, dentro do diagnóstico proposto, totalmente relevante, claro e preciso.

Tabela 9 – Análise do conteúdo das populações em risco considerando os juízes que indicaram as propostas como totalmente relevante, compreensivo e preciso. Redenção/CE,2022.

Populações em risco	Relevância	Clareza	Precisão
	n (%)	n (%)	n (%)
Fatores genéticos	07(100)	06(85,7)	06(85,7)
Fatores sociais desfavorecidos	05(71,4)	03(42,9)	03(42,9)
Ambiente familiar desfavorável	06(85,7)	04(57,1)	03(42,9)
Desfechos perinatais desfavoráveis	07(100)	05(71,4)	04(57,1)
Desfechos obstétricos desfavoráveis	05(71,4)	04(57,1)	04(57,1)
Maus tratos	05(71,4)	05(71,4)	05(71,4)

Todos os itens correspondentes as populações em riscos foram bem avaliadas pelos juízes, segundo sua relevância, principalmente. Atingindo sempre um percentual acima de 50%. Contudo, a clareza e precisão com valores mais baixos, foram justificados pela necessidade de inserir quais os itens que correspondiam aos respectivos fatores, em decorrência de sua abrangência.

A seguir na tabela 10 está exposto as condições associadas, onde os juízes avaliaram se consideravam sua existência, dentro do diagnóstico proposto, totalmente relevante, claro e preciso.

Tabela 10 – Análise do conteúdo das populações em risco considerando os juízes que indicaram as propostas como totalmente relevante, compreensivo e preciso. Redenção/CE,2022.

Condições associadas	Relevância	Clareza	Precisão
	n (%)	n (%)	n (%)
Desnutrição	06(85,7)	06 (85,7)	06 (85,7)
Procedimentos invasivos	03 (42,9)	02 (28,6)	02 (28,6)

Exposição prolongada a medicamentos	03(42,9)	04(57,1)	04(57,1)
Fatores pré-natais e pós-natais	05(71,4)	03(42,9)	03(42,9)
Distúrbios neurológicos	06(85,7)	05(71,4)	05(71,4)
Distúrbios neonatais	05(71,4)	05(71,4)	05(71,4)
Distúrbios congênitos	03(42,9)	03(42,9)	03(42,9)
Atraso no crescimento	07(100)	06(85,7)	06(85,7)
Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)	02(28,6)	03(42,9)	03(42,9)
Distúrbio genético	05(71,4)	04(57,1)	04(57,1)
Autismo	06(85,7)	05(71,4)	06 (85,7)
Perda auditiva	06(85,7)	05(71,4)	04(57,1)
Má formação	05(71,4)	05(71,4)	05(71,4)
Deficiência de vitamina B12	03(42,9)	05(71,4)	05(71,4)
Trauma cefálico	05(71,4)	05(71,4)	04(57,1)
Distúrbios metabólicos	05(71,4)	06(85,7)	06(85,7)
Distúrbios alimentares	05(71,4)	06(85,7)	05(71,4)
Infecções neonatais não-tratadas	04(57,1)	04(57,1)	04(57,1)

Dentre as condições associadas que foram consideradas mais relevantes, atingindo um percentual acima de 70% destaca-se: má formação, perda auditiva, autismo, distúrbio genético, neonatais e neurológico, atraso no crescimento, desnutrição e fatores pré-natais e pós-natais. A clareza e precisão apresentou resultados abaixo do esperado, devido a necessidade de inserir quais os itens que correspondiam as respectivas condições.

- Segundo momento:

O segundo momento é referente a avaliação coletiva e qualitativa, através do grupo focal. Nele, foram reavaliados todos os elementos estruturais do diagnóstico de Enfermagem proposto, como já mencionado anteriormente. Além de ter possibilitado a adequação de termos do estudo anterior (MARIANO, 2019), quanto a reformulação desses elementos.

Partindo-se para a definição do diagnóstico de Enfermagem, Desenvolvimento Atrasado do Lactente, o consenso entre os juízes que participaram deste momento foi: “Lactente apresenta ausência de dois ou mais marcos nas áreas do desenvolvimento, caracterizadas por alterações cognitivas, comunicação/ linguagem e pessoal/social”, justifica-se por ser mais completa ao trazer os domínios que poderão ocorrer o atraso.

Na avaliação dos fatores relacionados, a *Dificuldade na alimentação*, apresentou a definição conceitual aceita. Contudo, as operacionais foram sugeridas algumas modificações em alguns termos, como: ao invés de colocar a avaliação do estado nutricional limitando-o a avaliação antropométrica, retiraria este termo amplo e deixaria única e exclusivamente, antropometria, avaliando-se peso, comprimento e perímetro cefálico, pois são as mesmas medidas utilizadas na caderneta da criança. Outra definição operacional foi utilizar a terminologia recordatório alimentar. Além disso, foi sugerido retirar uma escala que avaliaria a alimentação dos lactentes por ser longa e as demais definições operacionais já seriam suficientes para avaliar tal fator relacionado.

No segundo fator relacionado, *Alterações no padrão de sono*, também foi questionado apenas as definições operacionais, assim como, no primeiro momento pelos juízes. Sendo orientado permanecer apenas o recordatório de sono do lactente, retirando-se as demais, por ser algo que não estará de fácil acesso, como a utilização de um aparelho que avalia a qualidade do sono denominado *Actiwatch*.

No terceiro fator relacionado, *Conhecimento inadequado dos pais/cuidadores sobre o desenvolvimento do lactente*, foi sugerido reformular a definição conceitual por não estar clara, sendo esta: “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”. Após reformulação, ficou da seguinte maneira: “é caracterizado pelo não conhecimento dos pais/responsáveis acerca das diferenças individuais de cada criança, assim como os marcos do desenvolvimento esperados para cada faixa etária”. Já nas

definições operacionais, é solicitado a inclusão da utilização da caderneta de saúde da criança que traz os marcos do desenvolvimento esperados, para ser utilizado como uma das avaliações para este FR.

No quarto e último fator relacionado, *Utilização de fórmula na criança menor de 3 meses*, foi sugerido modificar a faixa etária para as crianças menores de 6 meses, já que é uma recomendação de Aleitamento Materno exclusivo definido pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde. Além de ter conhecimento que há estudos da influência da introdução de fórmula antes desse período é fator de risco para o atraso no desenvolvimento infantil, não apenas para menores de três meses.

No que tange as características definidoras (CD), a primeira, denominada *Capacidade cognitiva prejudicada na aquisição da aprendizagem*, não houve qualquer questionamento por parte dos juízes.

Já a CD, *Dificuldade cognitiva na resolução de Problemas*, foi sugerido pelos juízes deixar claro sua definição para se adequar as definições operacionais trazidas. Dessa maneira, a definição antiga era: “Dificuldade na solução de problemas e no modo como a criança brinca”. Após a sugestão foi modificado para: “habilidade de pensamento comprometida quando a criança enfrenta algum desafio esperado para sua faixa etária, no que concerne as habilidades de comunicação, iniciativa e criatividade, principalmente.”

As CD, *Atraso na linguagem do lactente e Lactente expressa dificuldade na linguagem expressiva e dificuldade na interação social* também não houveram questionamentos pelos juízes.

Na CD, *lactente expressa dificuldade na linguagem receptiva*, foi solicitado acrescentar a faixa etária de zero a dois meses, pois havia apenas a partir de 2 meses. Sendo sugerido acrescentar como definição operacional para a faixa etária supracitada “acalma-se com a voz materna”.

Por fim, a CD *Apresenta comportamento não aceitável ou desejado socialmente*, foi sugerida sua retirada, por não apresentar relação com as crianças na faixa etária de até 2 anos. No primeiro momento também atingiu uma pontuação baixa. Sendo, portanto, acatada.

Nas populações em risco, como já mencionado quais foram elencados anteriormente, foi sugerido que em cada uma delas fosse especificado o que seria cada

tópico, por ter sido considerado seus termos muito amplos, deixando-os vagos. A exemplo, uma das populações em risco foi “*Fatores genéticos*”, dessa maneira foi sugerido especificar quais seriam esses fatores. O mesmo ocorreu para “*Fatores sociais desfavorecidos*”, “*Ambiente familiar desfavorável*”, “*Desfechos perinatais desfavoráveis*” e “*Desfechos obstétricos desfavoráveis*”. Dessa maneira, após acatada a sugestão ficou da seguinte forma:

Fatores genéticos: Sexo masculino; população negra; *Fatores sociais desfavorecidos*: Ocupação paternal desfavorecida; Família economicamente desfavorecida; Falta de acesso à educação infantil; 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*: 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 à criança* (físico, exposição à violência e negligência).

Referente ao último elemento estrutural do diagnóstico de Enfermagem, Condições Associadas, foram elencadas 18, como já apresentados anteriormente. Dessa forma, todas foram questionadas por não especificar quais itens correspondiam a cada condição, com vistas a torná-la mais clara e precisa durante a avaliação. Além disso, foi sugerido deixar alguns termos mais objetivos ou até mesmo retirá-los.

Dessa maneira, após avaliação, as condições associadas permaneceram ao final da seguinte forma:

- 1- *Desnutrição*, não houve nenhuma modificação, após discussão. Um dos juízes havia questionado se não deveria ser considerada como um fator relacionado. Contudo, foi visto que não é uma condição que pode ser passível de modificação apenas pelo enfermeiro, além de se tratar de um diagnóstico médico;

- 2- *Procedimentos invasivos*, foi acrescentado como itens que fazem parte dessa condição o parto cesárea e fórceps, criança submetida à cirurgia cardíaca e admissão em cuidados intensivos neonatais;
- 3- *Exposição prolongada a medicamentos pela criança*, foi especificado quais seriam essas medicações, como: dexametasona, hidrocortisona, anestésicos e oxigenoterapia;
- 4- *Fatores pré-natais e pós-natais*: Trombose venosa da placenta; RCIU; Obesidade materna; Diabetes gestacional e desnutrição materna; Depressão pré-parto e pós-parto; Ansiedade pós-parto; Distúrbio psíquico materno e Infecções pré-natais não-tratadas;
- 5- *Distúrbios neurológicos*: Epilepsia infantil; Paralisia cerebral; Retardo mental;
- 6- *Distúrbios neonatais*: Apgar de 5 minutos <3; Displasia broncopulmonar; Asfixia perinatal com encefalopatia isquêmica hipóxica; Hemorragia peri-intraventricular; Sequelas da prematuridade;
- 7- *Distúrbios congênitos*: Doença cardíaca congênita; Deficiência visual profunda congênita, má formação;
- 8- *Atraso no crescimento ponderal ou linear*;
- 9- *Distúrbios genéticos*;
- 10- *Autismo*;
- 11- *Perda auditiva*: Foi sugerido desordens sensoriais. Contudo, como foi especificado apenas perda auditiva e não outro comprometimento sensorial, não há necessidade de tal termo
- 12- *Má formação*, foi sugerido ser incluída dentro dos distúrbios congênitos;
- 13- *Deficiência de vitamina B12*: Sugerido inserir dentro dos distúrbios nutricionais;
- 14- *Trauma cefálico*;
- 15- *Distúrbios metabólicos*;
- 16- *Distúrbios alimentares*: Sugerido modificar a nomenclatura para distúrbios nutricionais
- 17- *Infecções neonatais não tratada*: Otite; Sepses neonatal; Infecções neonatais: Citomegalovírus, Zika vírus, HIV, Sífilis e Rubéola.

A seguir, está apresentado no Quadro 15 todos os elementos estruturais do diagnóstico de enfermagem Desenvolvimento Atrasado do Lactente, após a fase de análise de conteúdo pelos enfermeiros juízes.

Quadro 15 – Elementos estruturais do diagnóstico de enfermagem Desenvolvimento Atrasado do Lactente, após a fase de análise de conteúdo pelos enfermeiros juízes. Redenção/CE, 2022.

TÍTULO
Desenvolvimento Atrasado do lactente
DEFINIÇÃO
Lactente apresenta ausência de dois ou mais marcos nas áreas do desenvolvimento, caracterizadas por alterações cognitivas, comunicação/ linguagem e pessoal/social.
FATORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades na alimentação - Alterações no padrão de sono - Conhecimento inadequado dos pais/cuidadores sobre o Desenvolvimento do Lactente - Utilização de fórmula na criança menor de 6 Meses
CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade cognitiva prejudicada na aquisição da aprendizagem - Dificuldade cognitiva prejudicada na resolução de problema - Atraso na linguagem - Atraso na linguagem receptiva - Atraso na linguagem expressiva - Dificuldade na interação social
POPULAÇÕES EM RISCO
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Fatores genéticos</i>: Sexo masculino; população negra; - <i>Fatores sociais desfavorecidos</i>: Ocupação paternal desfavorecida; Família economicamente desfavorecida; Falta de acesso à educação infantil; 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); - <i>Ambiente familiar desfavorável</i>: 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 à criança* (físico, exposição à violência e negligência).

CONDIÇÕES ASSOCIADAS

- Desnutrição;
- Procedimentos invasivos (*Parto cesárea e fórceps; Criança submetida à cirurgia cardíaca; Admissão em cuidados intensivos neonatais*);
- Exposição prolongada a medicamentos (*Dexametasona; Hidrocortisona em prematuros; anestésicos; 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 minutos <3; Displasia broncopulmonar; Asfixia perinatal com encefalopatia isquêmica hipóxica; Hemorragia periventricular; 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, Má formação*);
- Infecções neonatais não-tratadas (*Otite; Sepsis neonatal; Infecções neonatais: Citomegalovírus, Zika vírus, HIV, Sífilis e Rubéola*);
- Atraso no crescimento linear e ponderal;
- Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH);
- Autismo;
- Perda auditiva;
- Trauma cefálico;
- Distúrbios metabólicos;
- Distúrbios nutricionais: Deficiência de vitamina B12;

3.5. DISCUSSÃO

Optar pela análise de conteúdo utilizando a avaliação individual e coletiva através do grupo focal foi fundamental para o refinamento de cada elemento estrutural do diagnóstico proposto, uma vez que permitiu discutir cada aspecto apontado e definir com o grupo qual seria a mudança necessária. Isso fica explícito quando foi realizada a análise dos dados das respostas realizadas no primeiro momento, em que muitos pontos foram respondidos superficialmente, sendo apenas assinalados as respectivas opções. Já quando os mesmos pontos foram discutidos em grupo, possibilitou explorá-lo melhor e chegar a um consenso geral sobre as mudanças necessárias. À exemplo da definição do diagnóstico em questão, no primeiro momento, não houve consenso em qual definição deveria melhor se encaixar para compor o DE. Contudo, após a discussão foi possível definir qual se encaixaria melhor.

Além disso, com a técnica de grupo focal foi percebido que algumas pessoas haviam respondido positivamente nos questionários, sem optar por mudanças. Porém, no momento do grupo, ao ser realizada as discussões entre todos os juízes participantes, essas mesmas pessoas passaram a rever suas ideias iniciais e modificaram o que haviam selecionado anteriormente.

Em contrapartida, selecionar pessoas para analisar determinado fenômeno torna-se um desafio, pois é necessário elencar aquelas que possuem uma expertise na área e reuni-las todas em momentos oportunos para discutir sobre o assunto de interesse. Os apontamentos e as discussões trazidas no grupo focal, foram fundamentais para se chegar ao consenso ao final de cada avaliação.

De maneira geral, os sete avaliadores, denominados de juízes no presente estudo, já possuíam um conhecimento sólido acerca das taxonomias de Enfermagem e saúde da criança, possuindo publicações nas duas áreas, desde a monografia, dissertações, teses ou mesmo artigos científicos. Possuíam o título de doutor e atualmente trabalhavam como docentes em universidades em diversos estados do país.

Contudo, apesar do baixo número de juízes participantes nos dois momentos, podendo ser considerado uma limitação. Ainda assim, constituiu-se de um grupo qualificado, que atendeu aos critérios de inclusão, afirmando familiaridade com a taxonomia, além da experiência com a área de saúde da criança.

Como já mencionado, um dos pontos frágeis de estudos de validação tem sido a seleção de especialista/juízes (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008). Uma das referências mais utilizadas para tal pela Enfermagem, é Fehring (1987). Ele propõe uma titulação mínima de mestre para um especialista ou perito. Contudo, seus critérios usuais para a seleção dos peritos em pesquisas são questionados, por não considerar relevante a experiência clínica (GUIMARÃES *et al.*, 2016).

Quanto a análise dos conteúdos, a definição do diagnóstico proposto, Desenvolvimento atrasado do lactente, apresentou concordância por todos os juízes no momento do grupo focal, além de ter sido sugerido pela equipe da PRONANDA, durante a publicação em capítulo de livro da fase de análise de conceito. Na edição atual da NANDA-I (2021-2023), entre os novos diagnósticos inseridos, a definição do diagnóstico Desenvolvimento Atrasado da Criança, descreve: “Criança que continuamente falha em atingir marcos de desenvolvimento dentro do prazo esperado”. Dessa maneira, comparando-se as duas definições, pode-se perceber que esta última, não relata domínios e nem há uma separação entre as fases da criança, colocando todas como um único grupo, deixando-a muito abrangente.

Sendo assim, quanto mais precisa a definição do DE mais fácil se tornará para o enfermeiro identificar o diagnóstico no seu público-alvo. Justamente, na presente proposta, foi evidenciada a fase de lactente como objeto de estudo por se tratar de um período com maior plasticidade cerebral, a criança está mais vulnerável aos agravos, além de possuir melhor resposta às terapias (BRASIL, 2016a).

No que tange as Características Definidoras (CD)/indicadores clínicos do diagnóstico “Desenvolvimento Atrasado do lactente” trazem um conjunto de sinais que estarão presentes quando a criança apresentar atraso no desenvolvimento. Na presente proposta, foram elencadas sete CD referentes a diferentes domínios, como: cognição, linguagem e pessoal-social. Todas foram bem avaliadas pelos juízes, quanto relevância, clareza e precisão, exceto, a CD *Apresenta comportamento não aceitável ou desejado socialmente*, sendo retirada, devido baixa concordância entre os juízes. Os mesmos afirmaram que se torna difícil avaliar um comportamento não aceitável ou desobediente nessa faixa etária, por se tratar de um público em que há comportamentos ditos como “não aceitáveis”, mas são característicos dessa fase. Podendo levar ao profissional que estiver avaliando a criança a uma falsa identificação do diagnóstico de desenvolvimento

atrasado do lactente, apenas por que considerou que a criança é desobediente, durante a avaliação do comportamento, mas na realidade, é apenas característico da sua fase e não um atraso em si.

Na organização dos Fatores Relacionados (FR), referente a toda e qualquer circunstância que possa estar relacionada a existência do diagnóstico (HERDMAN, KAMITSURU, LOPES, 2021), apresentaram um elevado índice de concordância entre os juízes nos dois momentos. Apenas um FR, intitulado *Utilização de fórmula na criança menor de três Meses* apresentou questionamentos, sendo modificado para a faixa etária menor de seis meses, por ser uma recomendação do Ministério da Saúde e OMS. Corroborando com essa afirmação, um estudo de revisão bibliográfica, demonstrou em seus resultados artigos que evidenciaram que bebês em aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade tiveram um desenvolvimento neuropsicomotor melhor do que as amamentadas até os quatro meses ou mesmo as que não amamentaram no primeiro ano de vida (NASCIMENTO et al., 2021).

Quanto aos demais elementos que compõe o diagnóstico de Enfermagem e que foram inseridos na 11ª edição da NANDA-I 2018-2020, Populações em risco e Condições associadas, são compreendidas como indicadores que os enfermeiros não podem intervir de maneira independente (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

As Populações em Risco (PR), definida como grupos de pessoas que compartilham características que levam cada uma delas a ser suscetível a determinada resposta humana (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). No presente trabalho foi elencada uma lista extensa, como sugestão dos juízes os itens que se assemelhavam deveriam ser agrupados para uma melhor compreensão e organização. Não houve sugestões quanto a mudança ou exclusão de nenhum elemento das PR. Comparando-se com o diagnóstico da NANDA-I, Desenvolvimento Atrasado da Criança, há elementos semelhantes, como: famílias economicamente desfavorecidas, exposição da criança a violência, problemas durante o pré-natal e prematuridade. Contudo, no presente trabalho foi possível elencar um número muito maior de PR.

As Condições Associadas (CA), situações em que o enfermeiro necessita de outros profissionais para intervir de modo a obter resultado favorável, ou seja, são as condições que não são independentemente modificáveis pelo enfermeiro (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). No presente estudo também foi elencada uma lista ampla, porém,

também agrupadas por itens semelhantes. Alguns itens foram apenas realocados para outros grupos ou retirados o que estavam semelhantes, após esse ajuste houve consenso durante a realização do grupo focal para mantê-los. Comparando-se, da mesma forma, com o diagnóstico da NANDA-I, já citado no parágrafo anterior, também pode ser observado semelhanças nos itens, como: distúrbios congênitos, doença genética, transtornos mentais maternos e distúrbios das sensações.

Por fim, entende-se que os diagnósticos de Enfermagem necessitam ser claros e concisos, com vistas a comunicar os achados e conclusões dos profissionais de enfermagem sobre determinado problema ou situações que o paciente está enfrentando. Além de ser referência para orientar intervenções de enfermagem e medir os resultados de suas ações (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013). Dessa maneira, a avaliação dos juízes sobre o diagnóstico de enfermagem proposto, Desenvolvimento atrasado do lactente, possibilitou seu refinamento, deixando-o pronto para a fase seguinte, acurácia dos indicadores clínicos.

3.6. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo referente a fase de análise de conteúdo demonstram que o diagnóstico proposto apresenta conteúdo pertinente ao fenômeno desenvolvimento infantil, estando estruturados de acordo com a taxonomia da NANDA-I. Desse modo, estão adequados para a fase seguinte, acurácia dos indicadores clínicos, para uma possível incorporação à taxonomia. Permitindo que, futuramente, enfermeiros tenham melhores recursos para atuarem na atenção integral à saúde da criança.

Desse modo, a definição do diagnóstico proposto, Desenvolvimento atrasado do lactente, apresentou concordância por todos os juízes no momento do grupo focal.

Já as sete Características definidoras que foram elencadas, referentes a diferentes domínios, como: cognição, linguagem e pessoal-social. Todas foram bem avaliadas pelos juízes, quanto relevância, clareza e precisão, exceto, a CD *Apresenta comportamento não aceitável ou desejado socialmente*, sendo retirada, devido baixa concordância entre os juízes.

Quanto aos Fatores Relacionados, apresentaram um elevado índice de concordância entre os juízes nos dois momentos. Apenas um FR, intitulado *Utilização de*

fórmula na criança menor de três Meses apresentou questionamentos, sendo modificado para a faixa etária menor de seis meses, por ser uma recomendação do Ministério da Saúde e OMS.

As Populações em risco e Condições associadas apresentaram uma lista extensa, para isso, uma sugestão dos juízes, foi que os itens que se assemelhavam deveriam ser agrupados para uma melhor compreensão e organização.

Além disso, a utilização da estratégia de pesquisa qualitativa nesta fase da pesquisa, possibilitou uma maior reflexão e discussão de questões que geraram dúvidas, trazendo resultados mais consistentes. As pesquisas com diagnósticos de Enfermagem ainda são recentes e a utilização de diferentes metodologias e estratégias de pesquisas permite explorar e consolidar este campo de pesquisa.

CAPÍTULO 3

ANÁLISE DA ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DESENVOLVIMENTO ATRASADO DO LACTENTES

4.1. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Nessa fase, a validação clínica, a nomenclatura mais atual sugere a validação em separado dos indicadores clínicos e dos fatores etiológicos (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2012). É importante destacar que os indicadores clínicos fazem alusão aos sinais e manifestações clínicas apresentadas pelo paciente, que favorecem a identificação do diagnóstico de enfermagem, correspondendo às características definidoras presentes na NANDA-I. Da mesma forma, o termo fator etiológico foi empregado no sentido de apresentar os elementos ou situações que estão associados à ocorrência do diagnóstico de enfermagem, correspondendo aos fatores relacionados ou fatores de risco presentes na NANDA-I (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2012).

Sendo assim, a etapa de acurácia de indicadores clínicos refere-se à capacidade deste em identificar de maneira correta a presença ou ausência de determinado diagnóstico de Enfermagem. Considerando-se que apenas um dado clínico não seja suficiente para inferir com segurança um diagnóstico, faz-se necessário elencar um conjunto de indicadores clínicos e avaliar a relação de tais indicadores com as hipóteses diagnósticas mais prováveis para cada situação. Para avaliar a acurácia diagnóstica de determinado indicador, deverão ser usados testes estatísticos (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2012).

Dessa forma, o estabelecimento de bons indicadores clínicos permite ao enfermeiro a capacidade de realizar o julgamento de diagnósticos de enfermagem com menor possibilidade de erros, ou seja, com maior acurácia. Logo, minimizar fatores dificultadores na escolha diagnóstica é essencial para a utilização dos mesmos como indicadores de saúde na clientela assistida (CASTRO, 2017).

Portanto, para avaliar a acurácia diagnóstica de determinado indicador, poderão ser usadas medidas como a sensibilidade e especificidade. A sensibilidade refere-se à proporção de indivíduos que apresentam um diagnóstico de enfermagem, na presença de indicadores clínicos. A especificidade está relacionada à proporção de indivíduos que não apresentam o diagnóstico de enfermagem, na ausência de indicadores clínicos (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2013).

No entanto, são encontradas algumas dificuldades na realização de estudos de acurácia de diagnóstico de enfermagem para Lopes, Silva e Araújo (2012), em decorrência da busca em definir um padrão de referência, que consiste em uma estratégia

utilizada para identificar adequadamente pessoas com e sem um diagnóstico de enfermagem. Sendo assim, na ausência desses padrões, é utilizado como forma de identificar os diagnósticos de enfermagem a avaliação de examinadores ou o uso de técnicas estatísticas especiais como a análise de classe latente.

Nesse contexto, o método de Análise de Classes Latentes (ACL) foi proposto como estratégia alternativa às abordagens clássicas dos processos de validação clínica e baseia-se na suposição de que uma variável latente, como o diagnóstico de enfermagem, determina as associações entre as variáveis observáveis, tais como os indicadores clínicos. Este método apesar de ser utilizado em outras áreas para cálculo de sensibilidade e especificidade, ainda é pouco conhecido na enfermagem (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2013). Além disso, esse modelo também determina o tamanho da amostra que será estabelecida no estudo, baseando-se na relação número de pacientes por indicador avaliado, sendo recomendada uma relação entre cinco e trinta pacientes por indicador (SWANSON et al., 2012).

4.2. OBJETIVO

Analisar as medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Desenvolvimento atrasado do lactente

4.3. MATERIAIS E MÉTODOS

4.3.1. Desenho do estudo

Trata-se da análise de acurácia diagnóstica, com delineamento transversal, dos indicadores clínicos do diagnóstico de Enfermagem proposto Desenvolvimento atrasado do lactente. A acurácia de um indicador clínico refere-se à capacidade deste em discriminar corretamente indivíduos com e sem um diagnóstico de enfermagem (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

A coleta de dados nos estudos transversais ocorre em único momento, possibilitando descrever variáveis e seus padrões de distribuição, bem como relações entre fenômenos (POLIT; BECK, 2011). No estudo transversal são compreendidas as possíveis relações entre a variável desfecho e suas covariáveis (LOPES, 2013).

4.3.2. Local do estudo

O estudo foi realizado em dois locais com serviço de saúde especializado para crianças com atrasos no desenvolvimento, denominado Policlínica do Maciço de Baturité

e do Sertão Central com vistas a realizar o processo de validação clínica com as crianças atendidas neste local, buscando a verificação da acurácia dos indicadores clínicos.

Esse local especializado, situado em Baturité, foi criado no ano de 2010 e abrange atendimentos dos municípios: Baturité, Itapiúna, Capistrano, Aracoiaba, Guaramiranga, Aratuba, Mulungu, Palmácia, Pacoti. Nele, a partir de abril de 2016 as crianças passaram a ser atendidas por meio de consultas de avaliação do desenvolvimento infantil, sob a justificativa de realizar *estimulação precoce* na tentativa de reduzir as sequelas associadas à patologia de base presentes nas crianças.

Já o serviço especializado do Sertão Central, localiza-se em Quixadá e atende 10 municípios do Estado do Ceará, são eles: Ibicuitinga, Ibaretama, Choró, Quixadá, Quixeramobim, Banabuiú, Milhã, Solonópole, Senador Pompeu e Pedra Branca. Neste serviço, são oferecidas consultas de avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e o serviço de Núcleo de Estimulação Precoce (NEP) que realiza atendimento de crianças com atraso no desenvolvimento infantil.

4.3.3. População e amostra

A população do estudo foi constituída por crianças na fase de lactente (1 a 24 meses), atendidas no Núcleo de Estimulação Precoce (NEP) dos serviços especializados do maciço de Baturité e do Sertão Central, em virtude destes locais acompanharem crianças com diagnóstico médico de atraso no desenvolvimento global.

Essa faixa etária foi definida por ocorrer intensas modificações nas características do desenvolvimento infantil, devido a maior plasticidade cerebral. Além de ser o período em que é recomendado o maior número de consultas de acompanhamento dessas crianças (BRASIL, 2002).

A amostra foi estabelecida por meio dos seguintes critérios de inclusão: a) ser atendida em alguma das instituições, lócus do estudo; b) encontrar-se na faixa etária entre 1 mês a 2 anos de idade (lactentes); c) Presença dos pais ou cuidadores no momento da coleta. Como critério de exclusão: a) crianças com agitação ou inquietude intensa e qualquer outro fator que interfira na avaliação do desenvolvimento.

As recomendações referentes ao modelo de classe latente foram adotadas para determinar o tamanho da amostra (SWANSON et al., 2012). De acordo com o modelo, a amostra deve ser estabelecida conforme o número de indicadores clínicos a serem estudados, sendo recomendada uma relação entre cinco e trinta pacientes por indicador.

No presente estudo, foi adotada uma relação de cinco pacientes por cada indicador clínico, de modo que a amostra final foi de 30 pacientes.

Foi adotado o processo de amostragem naturalística, na qual a captação de sujeitos ocorre de forma consecutiva, ou seja, estes serão escolhidos à medida que são sendo admitidos no NEP das policlínicas, conforme os critérios de inclusão (HULLEY et al., 2008).

4.3.4. Procedimento de coleta de dados

Os dados foram coletados entre os meses de fevereiro a maio de 2022, durante os dias de atendimentos no NEP das policlínicas, pela pesquisadora responsável pelo estudo e uma graduanda em Enfermagem, bolsista de iniciação científica, previamente treinada para realização dessa etapa. Nesse contexto, inicialmente, foram apresentados aos responsáveis pelas crianças os objetivos da pesquisa e o convite para autorizar a participação do lactente.

Nesse sentido, o instrumento de coleta de dados (APÊNDICE D) que foi utilizado continha as seguintes variáveis:

- 1) Variáveis de caracterização geral e sociodemográficas
- 2) Perfil clínico do lactente;
- 3) Perfil alimentar do lactente;
- 4) Variáveis gestacionais e obstétricas das mães;
- 5) Caracterização geral do cuidador;
- 6) Avaliação dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem desenvolvimento atrasado do lactente. Vale destacar que esse último item passou pelo processo de análise de conteúdo, etapa anterior já descrita no capítulo 2 do presente trabalho, para que assim, pudesse ser aplicado com o público-alvo.

Inicialmente, os responsáveis foram convidados a participar da pesquisa em meio ao período de espera, entre os atendimentos no NEP. Um dos profissionais responsáveis pela unidade onde ocorria a coleta, apresentava os pesquisadores às mães. Após esse primeiro contato, o pesquisador convidava a mãe/responsável e a criança para uma sala reservada, previamente. Nesse momento, era apresentado o projeto e esclarecidas eventuais dúvidas. Após isso, era solicitado a assinatura do TCLE. Após o consentimento, a parte inicial do instrumento que contém perguntas sobre dados gerais da criança e família era aplicada.

Vale destacar que já era buscado uma interação entre o pesquisador e a criança por meio de linguagem lúdica e interativa, com vistas a alcançar também o assentimento dessa criança, mesmo que não seja de forma escrita. Além disso, era lançado mão da utilização dos brinquedos existentes na Policlínica, já que esse são utilizadas de forma rotineira pelas crianças, estando elas adaptadas aos mesmos. Ademais, os responsáveis pelos locais de coletas autorizaram a utilização dos materiais desses locais, dentre eles os brinquedos

Em seguida, a mãe e criança eram orientados a se encaminhar para a sala onde ocorria os atendimentos para realização da avaliação dos indicadores clínicos. É importante destacar que esse espaço era lúdico e amplo, sendo possível comportar além do profissional que estava trabalhando no local com seu respectivo paciente, a pesquisadora deste trabalho.

Sendo assim, após organizar o ambiente em que a criança e responsável ficaria, era realizada a avaliação por meio do instrumento, este possibilitava a detecção ou não dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem em questão nas crianças que se enquadravam nos critérios de inclusão, atendidas no NEP. Essa avaliação se dava por meio da utilização de brinquedos e brincadeiras de acordo com o marco avaliado para cada faixa etária. O registro dos dados coletados foi preenchido por meio de instrumento impresso.

4.3.5. Organização e análise dos dados

Os dados coletados foram consolidados em uma planilha do programa Microsoft Office Excel e analisados com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) e do software R versão 2.12.1 e os resultados estão sintetizados em tabelas.

Na análise descritiva dos dados incluiu o cálculo de frequências absolutas, percentuais, medidas de tendência central e de dispersão. Para as proporções de variáveis categóricas foram calculados intervalos de confiança de 95%. Para verificação de aderência à distribuição normal foi aplicado o teste Shapiro-Wilk, devido ao tamanho da amostra.

Foi utilizado o método de análise de classes latentes (ACL) para verificar a sensibilidade e especificidade de cada indicador. Esta técnica é adotada para cálculo de medidas de acurácia de indicadores clínicos quando o padrão de referência não é perfeito,

baseada na suposição de que uma variável não-observada ou latente (diagnóstico de enfermagem) determina as associações entre as variáveis observáveis (indicadores clínicos).

Nesse sentido, a sensibilidade pode ser definida como a proporção de sujeitos com o diagnóstico presente, enquanto a especificidade se refere à proporção de sujeitos com diagnóstico ausente (FLETCHER; FLETCHER, 2006). Um modelo de duas classes latentes de efeitos randômicos foi utilizado para cálculo dos valores de sensibilidade e especificidade com os respectivos intervalos de confiança de 95% (QU; TAN; KUTNER, 1996).

Para verificação da bondade do ajuste dos modelos de classe latente foi aplicado o teste da razão de verossimilhança (G^2) e prevalência. Vale destacar, que o indicador clínico era considerado estatisticamente significativo se pelo menos um de seus intervalos de confiança (seja para sensibilidade ou especificidade) era superior ao valor de 0,5.

O cálculo da probabilidade posterior foi utilizado a fim de atribuir observações a grupos, considerando-se evidências relevantes. Vale destacar que a média das probabilidades a posteriori (*MedPP*) de cada classe latente pode ser utilizada para avaliar a incerteza da classificação dos indivíduos. Por ser uma média de probabilidades, assume valores entre 0 e 1, sendo que quanto maior, melhor. Nagin *et al.*, 2005 apontam que com valores de *MedPP* > 0.70 é possível considerar que as classes estão bem separadas.

4.3.6. Aspectos éticos

O estudo iniciou após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, segundo a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012a). Aprovado CEP/UNILAB, sob número de protocolo 5.032.639. Todos os responsáveis pelos lactentes foram informados sobre os objetivos estabelecidos e convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E). Além disso, foi assegurado aos sujeitos participantes o sigilo de suas identidades e a garantia de que os mesmos pudessem se retirar do estudo a qualquer momento e da não expressão de juízos de valor por parte do pesquisador sobre o conteúdo das respostas.

4.4. RESULTADOS

Nessa terceira etapa, referente ao processo de validação clínica, buscando identificar a acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de Enfermagem ao qual está sendo proposto, foram avaliados 30 lactentes atendidos no NEP das duas policlínicas. A seguir, na tabela 11 serão apresentados os dados referentes ao perfil sociodemográfico, alimentar e clínico do lactente.

Tabela 11 – Caracterização sociodemográfica, alimentar e clínica do lactente (n=30). Redenção/CE, Brasil, 2022.

Variáveis	N	%		
Sexo do lactente				
Masculino	17	56,7		
Feminino	13	43,3		
Condições de moradia				
Própria	24	80		
Alugada	06	20		
Responsável pelos cuidados em domicílio				
Mãe	25	83,3		
Mãe + Avó	02	10,0		
Avó	03	6,7		
Diagnóstico médico atual				
Atraso por prematuridade	09	30		
Síndrome de Down	04	13,3		
Paralisia cerebral	04	13,3		
Transtorno do Espectro Autista (TEA)	03	10		
Outros	10	33,3		
Variável	Média	DP¹	Mediana	Valor p²
Idade ajustada do lactente (meses)	12,63	6,14	14,00	0,110
IG ao nascer (semanas)	35,19	4,33	36,00	0,005
Peso ao nascer (g)	2441,07	1109,66	2592,50	0,496
Comprimento ao nascer (cm)	40,97	15,31	47,50	0,000
Renda familiar mensal (reais)	1186,40	842,94	1212,00	0,000
Tempo em AME (meses)	3,87	1,35	4,00	0,057
Tempo em AM (meses)	9,40	6,13	9,00	0,273

Número de pessoas em domicílio	4,03	1,45	4,00	0,021
---------------------------------------	------	------	------	-------

¹DP – Desvio Padrão. ²Teste Shapiro-Wilks

De acordo com os dados apresentados na tabela 11, a maioria dos lactentes atendidos nas duas policlínicas era do sexo masculino (56,7%), apresentavam uma média de idade ajustada de acordo com as semanas gestacionais que nasceram de 12,63 meses (DP:6,14), variando entre 2 e 23 meses. Os dados antropométricos no nascimento, o peso demonstrou uma média de 2441,07g (DP:1109,66) e o comprimento uma mediana de 47,50cm (DP:15,31).

Referente aos responsáveis pelos cuidados em domicílio, a maioria dos lactentes estava sob os cuidados da mãe (83,3%). Além disso, o número de pessoas que residiam na casa ficou em média quatro pessoas (DP:1,45), vivendo com uma renda mensal média de 1186,40 reais (DP:842,94), contudo havia aqueles que possuíam uma renda mínima de 224 reais e máxima de 3600 reais. O valor do salário mínimo considerado para o ano de 2022 é 1212 reais.

No que concerne ao diagnóstico médico que as crianças possuíam, a maior parcela delas apresentava algum tipo de atraso global decorrente da prematuridade (30%), seguido da síndrome de Down e paralisia cerebral (13,3%), TEA (10%), além de outros, como: Síndrome de West, microcefalia, mielomeningocele, hidrocefalia e displasia óssea.

Na tabela 12, estão apresentados a caracterização geral do cuidador e os dados gestacionais e obstétricos da mãe.

Tabela 12– Caracterização geral do cuidador, características gestacionais e obstétricas da mãe (n=30). Redenção/CE, Brasil, 2022.

Variável	N	%
Estado civil		
Casado	13	43,3
Solteiro	09	30,0
União estável	08	26,7
Ocupação		
Do lar	13	43,3
Funcionário privado	07	23,3
Desempregado	05	16,7

Outros	05	16,7		
Realizou Pré-natal				
Sim	30	100		
Gravidez planejada				
Sim	19	63,3		
Não	11	36,7		
Intercorrências na gravidez				
Sim	17	56,7		
Não	13	43,3		
Variável	Média	DP ¹	Mediana	Valor p ¹
Idade do cuidador (anos)	31,40	7,63	32,00	0,766
Escolaridade (anos)	10,63	3,63	11,00	0,022

¹DP – Desvio Padrão. ²Teste Shapiro-Wilks

Os dados apresentados na tabela 12 referem-se às informações acerca dos cuidadores dos lactentes. Dessa maneira, pode-se observar que a maioria dos responsáveis pelas crianças era casado (43,3%), a mesma percentagem se repetiu para a ocupação, onde as mães/responsáveis eram responsáveis apenas pelas atividades do lar. Quanto à idade, a média foi em torno de 31 anos (DP:7,63) e o tempo de estudo atingiu uma mediana de 11 anos, com mínima de 3 anos e máxima de 18 anos.

No tocante as características gestacionais e obstétricas da mãe, todas realizaram pré-natal e a maioria planejou sua gravidez (63,3%). Contudo, 17 mulheres (56,7%) apresentaram intercorrências na gravidez, como: Síndrome HELLP, Covid-19, infecção urinária, HAS gestacional, candidíase, Zika, diabetes Mellitus gestacional, toxoplasmose e síndrome transfusão feto fetal.

A seguir, na tabela 13 será apresentado o número de lactentes que apresentaram os indicadores clínicos/características definidoras do Diagnóstico de Enfermagem proposto no presente trabalho.

Tabela 13 – Frequência dos indicadores clínicos do diagnóstico Desenvolvimento Atrasado do Lactente. Redenção/CE, Brasil, 2022.

INDICADORES CLÍNICOS	N	%
1- Capacidade cognitiva prejudicada na aquisição da aprendizagem	18	60,0

2- Dificuldade cognitiva na resolução de problemas	16	53,3
3- Atraso na linguagem do lactente	21	70,0
4- Lactente expressa dificuldade na linguagem receptiva	11	36,7
5- Lactente expressa dificuldade na linguagem expressiva	15	50,0
6- Dificuldade na interação social	16	53,3

Foram identificados seis indicadores clínicos presentes no diagnóstico de Enfermagem proposto Desenvolvimento Atrasado do Lactente. Destes, destaca-se como o mais frequentemente encontrado: *Atraso na linguagem do lactente* (70%), seguido da *Capacidade cognitiva prejudicada na aquisição da aprendizagem* (60%). Vale destacar que os demais indicadores também apresentaram uma frequência acima ou igual a 50%, exceto *Lactente expressa dificuldade na linguagem receptiva* com 36,7%.

A tabela 14 apresenta a análise do modelo de classe latente com efeitos randômicos para identificar o conjunto de indicadores que foram considerados apropriados para a inferência diagnóstica do Desenvolvimento Atrasado do Lactente. As medidas de sensibilidade e especificidade apresentadas fornecem a probabilidade de que o indicador classifique corretamente o indivíduo com o diagnóstico já citado e aquele que não apresenta o diagnóstico, respectivamente.

Tabela 14: Medidas de acurácia diagnóstica das características definidoras obtidas por análise de classe latente. Redenção, CE, Brasil, 2022.

Indicadores Clínicos	Se¹	IC95%²		Sp³	IC 95%	
IC1	0,8848	0,7059	0,9999	0,8717	0,6251	0,9998
IC2	0,8553	0,6708	0,9999	0,9998	0,9166	0,9998
IC3	0,9999	0,9997	0,9999	0,7967	0,4713	0,9998
IC4	0,4872	0,2715	0,7269	0,8328	0,5999	0,9998
IC6	0,7454	0,5338	0,9477	0,8177	0,5344	0,9998
Prevalência: 62,35%	G ² : 11,8		gl: 19	p = 0,893	Entropia: 0,93	

¹Se – Sensibilidade. ²IC95% - Intervalo de Confiança de 95%. ³Sp – Especificidade. IC1: Capacidade cognitiva prejudicada na aquisição da aprendizagem. IC2: Dificuldade cognitiva na resolução de problemas. IC3: Atraso na linguagem do lactente. IC4: Lactente expressa dificuldade na linguagem receptiva. IC6: Dificuldade na interação social.

Assim, o indicador *Atraso na linguagem do lactente* se destacou devido a elevada sensibilidade (99%) apresentando-se como sinal de alerta para a presença do diagnóstico de enfermagem Desenvolvimento Atrasado do Lactente (DAL). Contudo, é possível perceber que os demais indicadores também apresentaram valores elevados de sensibilidade e especificidade de forma concomitante, com intervalo de confiança superior a 50%, considerando-se, também, sinais confirmatórios para inferir a presença do DAL, sendo estes, respectivamente: *Capacidade cognitiva prejudicada na aquisição da aprendizagem* (88% e 87%), *Dificuldade cognitiva na resolução de problemas* (85% e 99%) e *Dificuldade na interação social* (74% e 81%).

Apenas o indicador clínico *Lactente expressa dificuldade na linguagem receptiva* apresentou baixa sensibilidade (48%). Contudo, a especificidade foi elevada (83%), podendo ser considerado como confirmação do diagnóstico.

Além disso, durante a construção do modelo de classe latente, observou-se que um indicador clínico não apresentava significância estatística: *lactente expressa dificuldade na linguagem expressiva*, necessitando ser retirado.

A prevalência estimada da presença do diagnóstico foi de 62,35%. Os testes de ajustes demonstraram ausência de significância estatística ($p > 0,05$), demonstrando adequação do modelo para o estabelecimento das probabilidades posteriores do diagnóstico DAL, conforme será descrito na tabela a seguir.

Tabela 15 - Probabilidades posteriores do diagnóstico Desenvolvimento Atrasado do Lactente baseada no modelo de classe latente. Redenção/CE, Brasil, 2022.

Conj.	Indicadores Clínicos					N	DAL	
	IC1	IC2	IC3	IC4	IC6		Pres	Aus
1	0	0	0	0	0	5	0,00	1,00
2	0	0	0	0	1	2	0,00	1,00
3	0	0	0	1	0	1	0,00	1,00
4	0	0	1	0	0	1	0,03	0,97
5	0	0	1	1	0	1	0,12	0,88
6	0	1	1	0	1	2	1,00	0,00
7	1	0	0	0	0	1	0,00	1,00

8	1	0	1	0	0	1	0,61	0,39
9	1	0	1	0	1	1	0,95	0,05
10	1	0	1	1	1	1	0,99	0,01
11	1	1	1	0	0	3	1,00	0,00
12	1	1	1	0	1	3	1,00	0,00
13	1	1	1	1	0	1	1,00	0,00
14	1	1	1	1	1	7	1,00	0,00

IC1: Capacidade cognitiva prejudicada na aquisição da aprendizagem. IC2: Dificuldade cognitiva na resolução de problemas. IC3: Atraso na linguagem do lactente. IC4: Lactente expressa dificuldade na linguagem receptiva. IC6: Dificuldade na interação social. Pres.: presença do diagnóstico DAL; Aus.: ausência do diagnóstico DAL.

A constatação da acurácia diagnóstica prosseguiu por meio da análise de probabilidades posteriores ou combinatória dos indicadores clínicos, resultando em 14 probabilidades de presença ou ausência do diagnóstico DAL, que estará presente quando a probabilidade apresentada for superior a 0,5. Desta forma, constatou-se a presença em 08 conjuntos de indicadores clínicos.

Conforme expressa na coluna em que indica a presença ou ausência do diagnóstico DAL nas crianças avaliadas, para o diagnóstico ser considerado presente a criança deveria apresentar pelo menos o indicador *IC2: Dificuldade cognitiva na resolução de problemas*. Tal fato se confirmou, conforme observa-se na tabela 15, pois em todas as situações que esse indicador estava presente, o diagnóstico foi confirmado.

No indicador clínico *IC3 – Atraso na linguagem do lactente*, foi possível perceber resultados satisfatórios, pois quando ele estava ausente, esse fato ocorreu em quatro momentos dentro das 14 probabilidades trazidas, o diagnóstico DAL também estava ausente. Já nas dez vezes em que ele esteve presente, DAL também se fez presente 8 vezes com uma porcentagem superior a 50%.

Nos conjuntos 4 e 5 observa-se uma menor probabilidade de ocorrência do diagnóstico DAL, quando o indicador clínico estiver presente (3% e 12%, respectivamente).

Os demais indicadores apresentados acima também indicaram probabilidade de o DAL estar presente.

Portanto, pode-se chegar a uma proposta final do diagnóstico proposto, após passar pelas três etapas, como descrito no quadro abaixo.

QUADRO 27 – Proposta final do diagnóstico de enfermagem Atraso do desenvolvimento do lactente. Redenção/CE, 2022.

TÍTULO
Desenvolvimento Atrasado do lactente
DEFINIÇÃO
Lactente apresenta ausência de dois ou mais marcos nas áreas do desenvolvimento, caracterizadas por alterações cognitivas, comunicação/ linguagem e pessoal/social.
FATORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades na alimentação - Alterações no padrão de sono - Conhecimento inadequado dos pais/cuidadores sobre o Desenvolvimento do Lactente - Utilização de fórmula na criança menor de 6 Meses
CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade cognitiva prejudicada na aquisição da aprendizagem - Dificuldade cognitiva prejudicada na resolução de problema - Atraso na linguagem - Atraso na linguagem receptiva - Dificuldade na interação social
POPULAÇÕES EM RISCO
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Fatores genéticos</i>: Sexo masculino; população negra; - <i>Fatores sociais desfavorecidos</i>: Ocupação paternal desfavorecida; Família economicamente desfavorecida; Falta de acesso à educação infantil; 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); - <i>Ambiente familiar desfavorável</i>: 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; - <i>Desfechos perinatais desfavoráveis</i>: 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 à criança* (físico, exposição à violência e negligência).

CONDIÇÕES ASSOCIADAS

- Desnutrição;
 - Procedimentos invasivos (*Parto cesárea e fórceps; Criança submetida à cirurgia cardíaca; Admissão em cuidados intensivos neonatais*);
 - Exposição prolongada a medicamentos (*Dexametasona; Hidrocortisona em prematuros; anestésicos; 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 minutos <3; Displasia broncopulmonar; Asfixia perinatal com encefalopatia isquêmica hipóxica; Hemorragia periventricular; 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, Má formação*);
 - Infecções neonatais não-tratadas (*Otite; Sepsis neonatal; Infecções neonatais: Citomegalovírus, Zika vírus, HIV, Sífilis e Rubéola*);
 - Atraso no crescimento linear e ponderal;
 - Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH);
 - Autismo;
 - Perda auditiva;
 - Trauma cefálico;
 - Distúrbios metabólicos;
 - Distúrbios nutricionais: Deficiência de vitamina B12;

4.5. DISCUSSÃO

O desenvolvimento infantil ocorre desde a concepção, podendo ser definido como um fenômeno amplo, multidimensional, integral e multifacetado (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005). Há ainda um consenso na literatura especializada de que o desenvolvimento da criança não depende apenas da maturação do sistema nervoso central (SNC), mas também de vários outros fatores: biológicos, relacionais, afetivos, simbólicos, contextuais e ambientais.

Essa pluralidade de fatores e dimensões envolvidas no desenvolvimento infantil se expressa nas vivências e nos comportamentos dos bebês e das crianças, nos modos como agem, reagem e interagem com objetos, pessoas, situações e ambientes. Pode-se dizer que a aquisição de marcos de desenvolvimento pelas crianças depende do funcionamento do SNC e de outras dimensões do funcionamento orgânico, bem como da carga e da qualidade dos estímulos e das relações que a criança vivencia. Naturalmente, fatores endógenos e exógenos que perturbem o desenvolvimento podem provocar, com maior ou menor intensidade, transtornos nesse processo.

Nesse sentido, no presente estudo, caracteriza-se a amostra estudada de 30 lactentes como sendo em sua maioria do sexo masculino (56,7%), estes recebem os cuidados em domicílio da mãe (83,3%), avó (6,7%) ou ambas (10%). Essa predominância do sexo feminino nos cuidados da criança, seja avó ou mãe, é recorrente em muitos estudos, devido a manutenção de uma tradição ainda vigente, na qual a mulher é vista como a cuidadora da casa e da família. Apesar dessa visão retrógrada acerca da figura da mulher/mãe, sua presença no ambiente domiciliar junto à criança pode ser considerada um fator protetivo para o desenvolvimento infantil, pois estreitará o relacionamento afetivo entre os dois, essa relação é essencial ao longo dos primeiros anos de vida, pois a criança poderá se desenvolver de modo saudável, devido a presença da figura materna. Do contrário, poderá acarretar prejuízos ao desenvolvimento infantil, gerando alterações nos níveis cognitivo, emocional e social (MULLER; CONSI, 2021).

A duração mediana do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) na amostra estudada (4 meses) foi um pouco maior do que a média nacional (3 meses) - segundo dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) (UFRJ, 2019). Já a duração do Aleitamento Materno (AM) nesse mesmo estudo foi de 15,9 meses, diferindo da presente pesquisa, que atingiu uma mediana de apenas 9 meses. Nesse

sentido, o aleitamento materno torna-se um aliado para promoção do desenvolvimento saudável da criança em todas suas fases da vida, principalmente, nos seis primeiros meses.

No tocante à caracterização geral dos cuidadores, a idade média foi de 31 anos, com intervalo mínimo de 18 a 50 anos. O tempo de estudo atingiu uma mediana de 11 anos, variando entre aqueles que estudaram por um período mínimo de 3 anos e eram considerados analfabetos, até aqueles que já haviam concluído a pós-graduação. Referente a ocupação, 43,3% realizavam apenas os afazeres do lar. Apenas 30% não viviam com companheiro. Portanto, a partir desses achados, Teixeira, et al (2017) traz que conhecer esses aspectos é fundamental na avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, dentre eles, pertencer a famílias menos favorecidas economicamente acarretará em menor acessibilidade a serviços de saúde, nutrição, educação e cultura.

A escolaridade materna também é um fator que interfere pois, quanto maior o nível de escolaridade, maior o fator de proteção para o desenvolvimento infantil, pois sugere-se que o maior acesso a informações esteja relacionado com uma maior disponibilização de brinquedos e, conseqüentemente, a uma melhor estimulação (BRITO et al., 2021). A construção familiar monoparental associa-se ao pior desenvolvimento da criança, especialmente quanto à linguagem. A literatura é enfática em afirmar a importância da presença materna e paterna como preditores do desenvolvimento infantil típico (BENCZIK, 2011). Nesse contexto, tem-se que crianças de mães que convivem com companheiro no ambiente familiar possuem maior estimulação e apresentam melhor desenvolvimento da linguagem.

Os diagnósticos médicos relacionados ao atraso do desenvolvimento nas crianças, que as fizeram necessitar ser acompanhadas no NEP das policlínicas foram: Síndrome de Down, paralisia cerebral, transtorno do espectro autista, microcefalia, hidrocefalia, displasia óssea, mielomeningocele, síndrome de West e a própria prematuridade que levou a atrasos. Corroborando com os dados acima, um estudo de revisão realizado por Boy (2016), traz que há diversas condições que levam ao atraso global ou deficiência intelectual, dentre elas, a paralisia cerebral, doenças neuromusculares, doenças de cunho genético, malformações congênitas, além de citar outros fatores predisponentes, como: baixo peso ao nascer, prematuridade, nascidos de mães com baixa escolaridade e com idade avançada e afrodescendentes.

Dentre os indicadores clínicos do diagnóstico que está sendo proposto – Desenvolvimento atrasado do lactente – o *Atraso na linguagem e Capacidade cognitiva*

prejudicada na aquisição da aprendizagem apresentaram as maiores frequências neste estudo, correspondendo a mais da metade da amostra. A presença desses dois indicadores pode se justificar, devido ao diagnóstico médico inicial que as crianças possuem, a exemplo da paralisia cerebral, síndrome de Down e TEA, que podem afetar diretamente a linguagem e a aprendizagem, a depender do grau apresentado por cada criança.

O *Atraso na linguagem* pode ser compreendido como uma evolução dentro dos parâmetros de linguagem normais, de acordo com a faixa etária. Contudo, com ritmo mais lento, e o desempenho é semelhante ao de uma criança de idade inferior. Destaca-se ainda, para que ocorra a aquisição e o desenvolvimento da linguagem oral são necessárias: integridade do sistema auditivo e seu adequado funcionamento, a maturação do sistema nervoso central, o desenvolvimento cognitivo e a integridade dos órgãos fonarticulatórios responsáveis pela produção da fala. Além disso, considera-se, por parte da criança, um interesse subjetivo pela linguagem, sua inserção em um meio no qual a linguagem faça parte de rotinas significativas e a presença de uma língua auto-referenciada (ALBANO, 1990).

A *Capacidade cognitiva prejudicada na aquisição da aprendizagem*, segundo indicador clínico mais frequente, pode ser definido como 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 (HAMMIL, 1990).

Sendo assim, compreende-se que o desenvolvimento cognitivo é o processo de surgimento da capacidade de compreender, pensar e decidir como agir no mundo que nos cerca. É a construção do conhecimento e de formas de resolver problemas que se dá através de um conjunto de processos mentais que envolvem a percepção, atenção, memória, raciocínio e imaginação. Assim, um desenvolvimento cognitivo integral depende de relações satisfatórias entre as diversas funções (sensorial, perceptiva, motora, linguística, intelectual e psicológica), bem como das etapas críticas da maturação neurocerebral do indivíduo. Por consequência, a ausência, escassez ou presença de estimulações nos momentos oportunos pode alterar o curso do desenvolvimento (BRASIL, 2016b).

A literatura voltada para avaliação da aprendizagem nas crianças, trabalham com a ideia do brincar/atividades lúdicas como forma de identificação de possíveis atrasos (BRASIL, 2016b; QUEIROZ et al, 2021). Isso ocorre, devido a sua capacidade de tornar

o ambiente mais atrativo, dando à criança a liberdade para criar, recriar, inventar e usar sua imaginação. Tornando assim, mais fácil a avaliação nesse público. Reforçando essa afirmação, Vygotsky (1987) descreve que o processo de aprendizagem da criança se inicia antes de ingressar na escola. Ao nascer ela já está inserida em uma família, que possui uma cultura, que está dentro de uma sociedade e classe social, portanto o seu processo de humanização inicia assim que ela nasce. Quando essa criança inicia o processo de escolarização ela aprende pela troca de informações, por vínculos criados no espaço escolar, pela inquietação e curiosidade, porém, a aprendizagem precisa acompanhar o desenvolvimento da criança.

Ao realizar a análise da acurácia dos indicadores clínicos por meio do método de classes latentes, foi possível observar que um indicador se destacou dentre os demais, devido a maior sensibilidade – *Atraso na linguagem do lactente*. Dessa maneira, podemos inferir que quando esse indicador estiver presente na criança, ela também possuirá o diagnóstico de DAL.

Os demais indicadores, *Capacidade cognitiva prejudicada na aquisição da aprendizagem, Dificuldade cognitiva na resolução de problemas e Dificuldade na interação social*, também apresentaram valores de sensibilidade elevados (>70%), além da especificidade também elevada. Nesse contexto, segundo Lunney (1992), a determinação da sensibilidade e especificidade dos sinais clínicos (características definidoras/indicadores clínicos) associados a um diagnóstico de enfermagem é parte importante de validação de diagnósticos de enfermagem, pois estabelece o conjunto de características presentes no ambiente clínico, as quais determinam a presença ou não do diagnóstico.

Tal resultado assemelha-se a uma pesquisa que também avaliou a acurácia dos indicadores clínicos para o Diagnóstico de Enfermagem voltado para o domínio 13 (Crescimento/Desenvolvimento) da NANDA-I - Disposição para o desenvolvimento do lactente melhorado – onde encontraram elevada sensibilidade em suas características definidoras, dentre elas destacam-se aquelas que abordavam domínios de linguagem (Expressa linguagem conforme padrão etário), cognição (Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento) e padrão psicossocial (Estabelece relação mútua com pais e/ou cuidadores conforme padrão etário e Demonstra padrões de comportamento sociais conforme padrão etário), como no presente estudo (MONTEIRO et al, 2016).

Contrapondo os achados acima, estudo de Melo (2018) realizou a análise da acurácia dos fatores de risco do Diagnóstico de Enfermagem Risco de atraso no desenvolvimento infantil com crianças de zero a três anos. Os resultados evidenciaram medidas de sensibilidades inferiores (<30%) ao de especificidade (acima de 70%). Os autores justificam esses dados em decorrência dos instrumentos utilizados avaliarem aspectos de várias dimensões, além disso, seria necessária uma avaliação contínua das crianças e não em um único momento, como foi realizado.

Portanto, os resultados obtidos neste estudo revelam que os indicadores clínicos identificados estão associados a presença do diagnóstico Desenvolvimento atrasado do lactente. Vale ressaltar que a escassez de pesquisas voltadas para a mesma temática do diagnóstico de enfermagem em estudo, dificultou a comparação dos resultados. Todavia, isto pode indicar a necessidade de novos estudos voltados a essa temática. Além disso, outra limitação do estudo é referente ao número reduzido da amostra de lactentes, em virtude da pandemia do Covid-19, pois muitos responsáveis descontinuaram o atendimento das crianças no núcleo de estimulação precoce por medo da contaminação, segundo relato dos funcionários do local, perdendo o vínculo com a instituição.

4.6. CONCLUSÃO

Neste estudo foi abordada a proposta de diagnóstico de Enfermagem Desenvolvimento Atrasado do lactente em 30 crianças atendidas no Núcleo de Estimulação Precoce de duas policlínicas situadas nos municípios de Baturité e Quixadá, no estado do Ceará. Em sua caracterização geral, a maioria era do sexo masculino, com média de idade ajustada de 12,6 meses, renda mensal mediana de 1212 reais e recebiam os cuidados em domicílio, em sua maioria, da mãe ou avó. A maior parte dos cuidadores vivia com companheiro, seja casado ou em união estável, tinham em média 30 anos e haviam estudado em média 10,6 anos.

Os indicadores clínicos mais frequentes na amostra estudada foram: *Atraso na linguagem do lactente* (70%), seguido da *Capacidade cognitiva prejudicada na aquisição da aprendizagem* (60%). Os demais, exceto o indicador *Lactente expressa dificuldade na linguagem receptiva* (36,7%), também estavam presentes em mais da metade dos lactentes em estudo.

Pelo modelo de classe latente, os valores de sensibilidade e especificidade atingiram valores elevados em todos os indicadores clínicos avaliados. Apenas o

indicador, *Lactente expressa dificuldade na linguagem receptiva*, apresentou uma sensibilidade inferior a 50%, contudo, a especificidade permaneceu elevada (83%), sendo importante sua participação no diagnóstico proposto.

Acredita-se que os dados obtidos possam contribuir para uma maior compreensão da manifestação do diagnóstico em lactentes, bem como de quais sinais e sintomas são mais frequentes e importantes para inferência do atraso no desenvolvimento nesse público.

Todavia, os resultados obtidos devem ser vistos com ponderação, devido às limitações do estudo. Ademais, faz-se necessária a realização de novas pesquisas com os mesmos diagnósticos de enfermagem, incluindo diferentes populações, de modo que seja possível comparar, posteriormente, os indicadores clínicos mais importantes para cada contexto específico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou a realização das etapas para validação de um diagnóstico de Enfermagem voltado para o atraso no desenvolvimento infantil. Com vistas a submetê-lo, posteriormente, a apreciação pela NANDA-I. Possibilitando ao enfermeiro mais um recurso para atuar na atenção integral à saúde da criança.

Na primeira etapa, referente a análise de conceito, em que foi realizada a atualização de um estudo anterior (MARIANO, 2019), utilizando a metodologia de Walk e Avant. Foi crucial para a elaboração de um conceito acerca do fenômeno desenvolvimento infantil, voltado para o atraso e a construção, a partir dele, dos elementos estruturais do diagnóstico em questão.

Após isso, foi realizada a etapa de análise do conteúdo desses elementos que foram elaborados, a partir de dados da literatura. Nela, foram selecionados juízes que dominavam o assunto referente a taxonomias de enfermagem e saúde da criança, a fim de avaliar a pertinência de cada item em dois momentos. No primeiro, a avaliação ocorreu de forma individual, através do preenchimento de um instrumento; o segundo momento, por meio da avaliação coletiva, através do grupo focal, avaliando-se e discutindo-se as discordâncias que ocorreram no primeiro momento. Dessa maneira, por meio dessa metodologia é possível obter resultados mais rápidos e de qualidade.

Na última fase, referente a validação clínica, em que foi realizada, especificamente, a análise da acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico proposto. Foi possível ter acesso as crianças que apresentavam o perfil clínico para realização da pesquisa e, assim, aplicar o instrumento construído e validado nas fases anteriores, já citadas. Evidenciando que os indicadores clínicos mais frequentes na amostra estudada foram: *Atraso na linguagem do lactente* (70%), seguido da *Capacidade cognitiva prejudicada na aquisição da aprendizagem* (60%). Os demais, exceto o indicador *Lactente expressa dificuldade na linguagem receptiva* (36,7%), também estavam presentes em mais da metade dos lactentes em estudo. Pelo modelo de classe latente, os valores de sensibilidade e especificidade atingiram valores elevados em todos os indicadores clínicos avaliados.

Portanto, os dados obtidos em todas as etapas poderão contribuir para uma melhor compreensão por parte dos enfermeiros da manifestação do diagnóstico em lactentes, bem como de quais sinais e sintomas são mais frequentes e importantes para inferência do

atraso no desenvolvimento nesse público, para que assim, ao identifica-lo seja possível intervir de forma mais breve, a fim de alcançar resultados positivos.

REFERÊNCIAS

ALBANO, E.C. **Da fala à linguagem: tocando de ouvido**. São Paulo: Martins Fontes; 1990.

ACHENBACH, T. M., EDELBROCK, C. S. 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. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/469068/> Acesso em: 02 Nov. 2022.

AMORIM, R. Avaliação da criança com alteração da linguagem. **Nascer e Crescer**, v.20, n.3, p. 174-176, 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/262495811_Avaliacao_da_crianca_com_alteracao_da_linguagem Acesso em: 02 Nov. 2022.

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Cien Saude Colet**, v. 16, n. 7, p. 3061-68, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006> Acesso em: 07 jun. 2022.

ARAÚJO, B. C. et al. Aspectos avaliativos do desenvolvimento infantil na atenção básica: uma revisão integrativa. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 27, n. 1, p. 56-60, 2020. Disponível em: <https://ahs.famerp.br/index.php/ahs/article/view/69>. Acesso em: 31 out. 2022.

ANDRADE A.S. et al. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.4, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/jPxmQX5RTqrsYdHBHJzN9bf/?lang=pt#> Acesso em: 31 out. 2022.

ACCARDO, P. J.; CAPUTE, A. J. **Capute & Accardo's Neurodevelopmental Disabilities in Infancy and Childhood**. 3 ed. Baltimore: Paul H. Brookes, 2008.

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

BARROS, A. L. B. L. Classificações de diagnósticos e intervenções de enfermagem NANDA-NIC. **Acta Paul Enferm**, v. 22 (Especial – 70) 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/WWmMHhNDkdzH79LTFdBvCXv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 out. 2022.

BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni. A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. **Rev. psicopedag.**, v. 28, n. 85, p. 67-75, 2011. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862011000100007&lng=pt&nrm=iso. acessos em 30 out 2022.

BARLETTA, Janaína Bianca. Avaliação e intervenção psicoterapêutica nos transtornos disruptivos: algumas reflexões. **Rev. bras.ter. cogn.**, v. 7, n. 2, p. 25-31, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000200005&lng=pt&nrm=iso. acessos em 01 nov. 2022.

BATH, S.C. *et al.* Effect of inadequate iodine status in UK pregnant women on cognitive outcomes in their children: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. **The Lancet**, v.382, p. 331-337, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23706508/>. Acesso em 05 set 2022.

BAYLEY, N. Bayley Scale of Infants Development. **San Antonio:** Psychological Corporation, 1993.

BAYLEY, N. **Bayley Scales of Infant and Toddler Development.**, 3ed, San Antonio, TX: Harcourt Assessment, 2006.

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

BLACK, M. M. *et al.* Early childhood development coming of age: science through the life course. **Lancet**, v.389,n.10064p.77-90, 2017. Disponível em: <https://europepmc.org/article/pmc/pmc5884058#free-full-text> Acesso em: 03 mar 2022.

BOY, R. Abordagem diagnóstica de crianças com atraso do desenvolvimento e deficiência intelectual. **Revista hupe**, v. 15, n. 2, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/28244> Acesso em: 03 mar 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança:** orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília, 2012a.

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.** 2 ed. Brasília, 2020.

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, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança:** acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil. Brasília, 2012b.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce** : crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.
- BRITO, L.C.S. et al. Conhecimento dos cuidadores e fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças. **Rev Bras Enferm**, v.75, n.3, p. e2021040, 2022.
- CAMPOS, R. M. C. *et al.* Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, v.45, n.3, p. 566-574, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/N8Ds5szdFzY4z96PNyNQMVh/?lang=pt> Acesso em: 02 fev 2022.
- CASTRO, N.B. **Acurácia dos indicadores clínicos dos diagnósticos de Enfermagem baixa autoestima crônica e baixa autoestima Situacional em adultos com humor deprimido**. 2017. 108f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem) – Instituto Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 2017. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/28970>.
- CARVALHO, E. C., CRUZ, D.A.L.M., HERDMAN, T.H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.66. edição especial. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9yTVg5G8wkFftpGjYpwTxM/abstract/?lang=pt> Acesso em: 02 fev 2022.
- 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. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/8063> Acesso em: 03 mar 2022.
- COSTA, A.G.S. **Resultado de Enfermagem comportamento de prevenção de quedas**:validação de indicadores. 2014, 160f. Tese (doutorado em enfermagem) - Pós-graduação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza,CE, 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/8313>.
- CRESPI, L.; NORO, D.; NÓBILE, M. F. Neurodesenvolvimento na Primeira Infância: aspectos significativos para o atendimento escolar na Educação Infantil. **Ensino Em Re-Vista**, v. 27, p.1517-1541, 2020. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/emrevista/article/view/57449>. Acesso em: 02 fev 2022
- DAGVADORJ, A. *et al.* Maternal socio-demographic and psychological predictors for risk of developmental delays among young children in Mongolia. **BMC Pediatrics**, v. 18, n. 68, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1017-y>. Acesso em: 03 mar 2022
- DONALD, K. A. *et al.* Risk and protective factors for child development: An observational South African birth cohort. **PLoS Med**, v.16, n.9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002920> Acesso em: 03 mar 2022.

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

FERNANDES, M. G *et al.*; Análise Conceitual: considerações metodológicas. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n.6, p.6-1150, dez, 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/225184608_Conceptual_analysis_methodological_considerations Acesso em: 03 mar 2022

FRANKENBURG, W. K., CAMP, B. W., VAN NATTA, P. A. Validity of the Denver Developmental Screening Test. **Child Development**, v.42, n.2, p. 475-485, 1971.

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

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. **Epidemiologia clínica**: elementos essenciais. 4. ed. Tradução Roberta Marchiori Martins. Porto Alegre: Artmed, 2006.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2014.08.001> Acesso em: 04 mar 2022

FURUYA, R. K. *et al.* Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm**, v.32, n. 1, p. 167-75, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000100022> Acesso em: 04 jun 2022.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria a prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev. Enferm**, v.13, n.1, p.188-93, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/t5CHQNJfHx9Y84VVR59Zsmc/abstract/?lang=pt> Acesso em: 04 jun 2022.

GRAYA, H. P. *et al.* Social-emotional development in very preterm infants during early infancy. **Early Human Development**, v. 121, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2018.05.002> Acesso em: 07 set 2022.

GUIMARÃES, H.C.Q.C.P, *et al.* Experts for Validation Studies in Nursing: New Proposal and Selection Criteria. **Int J Nurs Knowl**, v. 27, n. 3, p. 130-5, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12089> Acesso em: 03 mar 2023.

HALPEN, 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. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062002000500016&lng=es&nrm=iso Acesso em: 04 jun 2022.

HAMMILL, D.D. On defining learning disabilities: an emerging consensus. **J Learn Disabil.**, v.23, n.2, p.74-84, 1990. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1177/002221949002300201> Acesso em: 04 jun 2022.

HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, C. . **NANDA International nursing diagnoses: Definitions classification, 2021-2023**. New York: Thieme Medical Publishers; 12ed. Edição, 2021.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU S.; LOPES, C. **NANDA International nursing diagnoses: Definitions classification, 2018-2020**. New York: Theime; 2017.

HOSKINS, L.M. Clinical Validation Methodologies for Nursing Diagnosis Research. In Carrol-Jhnhson, 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.

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.

HULLEY, S. B. *et al*. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Tradução Michael Schmidt Duncan. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

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

LIA, Y. et al. ZnO amounts-dependent electromagnetic wave absorption capabilities of Ni/ZnO composite microspheres. **J Mater Sci: Mater Electron**, v.30, p.19966–19976, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10854-019-02363-0> Acesso em: 03 mar 2022.

LOPES, M. V. O. Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia, In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

LOPES, M. V; SILVA, V. M; ARAUJO, T. L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Revver Bras Enferm**, v. 66, n.5, p.55-649, set-out, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/bvDgnVLxRNxFXnvHYNWxsRD/abstract/?lang=pt> Acesso em: 03 jan 2022.

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. Knowlegde**, v. 23, n. 3, p. 134-139, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x> Acesso em: 03 jan 2022.

LUNNEY, M. Divergent productive thinking factors and accuracy of nursing diagnoses. **Res. Nurs. Health**, v.5, n.4, p. 303-311, 1992. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nur.477015040> Acesso em: 03 jan 2022

MORSE, J.M. et al. Criteria for concept evaluation. **Journal of Advanced Nursing**, v.24, p. 385-390, 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.18022.x> Acesso em: 03 jan 2022

MONTEIRO F.P.M. et al. Child growth: concept analysis. **Texto contexto – enferm**, v.25, n.2, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/kV5kB4NrByxgtJ6SB87DKCq/?format=pdf>. Acesso em: 10 abr 2022.

MARIANO, S. P.S. **Análise de conteúdo dos elementos estruturais de um diagnóstico de enfermagem: atraso do desenvolvimento do lactente**. Dissertação (Mestrado) – Pós-graduação, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2019. Disponível em:

<https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2123/1/SAMARA%20PEREIRA%20SOUZA%20MARIANO%20Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

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, N. P. **Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “risco de atraso no desenvolvimento infantil” proposta para taxonomia NANDA-I**. Dissertação (Mestrado) – Pós-graduação, Universidade de São Paulo, 2018. Disponível em:

https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-08052019-133049/publico/NADIA_MELO.pdf

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. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018> Acesso em: 03 jan 2022.

MIA, M.B. *et al* Nutritional, Socioeconomic, and Delivery Characteristics Are Associated with Neurodevelopment in Tanzanian Children. **J Pediatr**, v.207, p.71-79, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.10.066> Acesso em: 03 jun 2022.

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. Disponível em:

<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/5515>.

MULLER, A.B.; CONSI, B.M. Caracterização e perfil do desenvolvimento de crianças em puericultura de uma Estratégia de Saúde da Família. **APS em revista**, v.3, n. 3, p. 182-193, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i3.162> Acesso em: 05 jan 2023.

NAGIN, D.S. **Group-based modeling of development**. Harvard University Press, 2005.

NASCIMENTO, G.H.C., et al. A influência do aleitamento materno para o desenvolvimento da criança. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14,

p.e277101422184, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22184> Acesso em 02 fev 2022

NIETSCH, E. A. **Tecnologia emancipatória: possibilidade para práxis de enfermagem**. Ijuí (RS): Unijuí, 2000.

NILSSONA, K. K. *et al.* Developmental and mental health characteristics of children exposed to psychosocial adversity and stressors at the age of 18- months: Findings from a population-based cohort study. **Infant Behavior and Development**, v.57, 2019. Disponível em: <https://vbn.aau.dk/en/publications/developmental-and-mental-health-characteristics-of-children-expos> Acesso em: 03 fev 2022.

PÁDUA, R. F.; RUIVO, C. O.; SÁ, C.S.C. Ambiente domiciliar, vínculo mãe-filho e o desenvolvimento de lactentes expostos e não expostos ao vírus da imunodeficiência humana. **Temas em saúde**, v. 20, n. 2, p. 267-285, 2020. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2020/04/20215.pdf> Acesso em: 07 fev 2022.

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

PIGOSSO Y. G, et al. Infecção do trato urinário em gestantes: incidência e perfil de suscetibilidade. **Acta Biomedica Brasiliensia**, v.7, n.1, p. 64-73, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.18571/acbm.099> Acesso em: 03 nov 2022.

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

PORTERA, E. *et al.* Perinatal maternal mental health and infant socio-emotional development: A growth curve analysis using the MPEWS cohort. **Infant Behavior and Developmen**, v. 57, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2019.101336>. Acesso em: 07 fev 2022.

QUEIROZ, F.F.S.N. et al. Reflexões Sobre O Brincar Como Promotor Do Desenvolvimento Integral Da Criança Com Transtorno Do Espectro Autista. **New thrends in qualitative Research**, v.8. p. 295-303, 2021. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/418> Acesso em: 14 jun 2022.

RABELO, P. R. S. *et al.* Avaliação do desenvolvimento físico de lactentes no contexto da atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 92, n. 30, 2020. Disponível em: <https://teste.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/696> Acesso em: 07 mar 2022.

RIBEIRO, J. F, *et al.* Complicações obstétricas em adolescentes atendidas em uma maternidade pública de referência. **Rev enferm UFPE on line**, v.11, n.7, p.2728-35, 2017. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23446> Acesso em: 04 jan 2022

SANTANA, E.T. *et al.* Diagnósticos de enfermagem para idosos institucionalizados. **Esc Anna Nery**, v.25, n.1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0335>. Acesso em: 07 jun 2022.

SILVA, I. S. *et al.* Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. **Revista Lusófona de Educação**. n. 26, p. 175-190, 2014. Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4703> Acesso em: 02 fev 2022.

SILVA, N. D. S. H. *et al.* Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil de recém-nascidos prematuros. **Rev. bras. crescimento desenvolv. Hum**, v. 21, n.1, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822011000100009&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 07 jun 2022.

SILVA. *et al.* Mapeamento das atividades de enfermagem relacionado ao diagnóstico: atraso no crescimento e desenvolvimento. **Revista da rede de enfermagem do nordeste**, v. 18. n. 2, 2017. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/19256> Acesso em: 02 jan 2022.

SOUSA, B.L. **A importância da amamentação e as contribuições do enfermeiro educador em saúde**. 2021. 46f. Monografia (Trabalho Conclusão de Curso da graduação) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-Goiás, CE, 2021. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/2851> Acesso em: 06 mar 2022.

SOUZA, J.M.; VERISSIMO, M.L.O.R.; CRUZ, D. A. L. M. Análise de conteúdo de diagnósticos de enfermagem sobre desenvolvimento infantil. **Rev. Elet. Enf**, v. 20, p. 20-26. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/45041> Acesso em: 23 fev 2022.

SWANSON, S. A. *et al.* A Monte Carlo investigation of factors influencing latent class analysis: An application to eating disorder research. **International Journal of Eating Disorders**, v. 45, n. 5, p. 677-684, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21882219/> Acesso em: 12 jun 2022.

SILVA, C. A., SCHWERTNER, S. F., ZANELATTO, E.M. Grupos focais: desafios e possibilidades na pesquisa qualitativa. **Debates em Educação**, v.11, n.24, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21882219/> Acesso em: 18 fev 2022.

TEIXEIRA, G.A. *et al.* Análise do conceito síndrome congênita pelo Zika vírus. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.2, p.567-574, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Hw7b8hsPTbJncZkwWCmj8Cq/?lang=pt> Acesso em: 04 abr 2022.

TEIXEIRA, M.C.T.V. *et al.* Indicadores de atraso no desenvolvimento em crianças de creche advindas de famílias de baixa renda. **Estud. pesqui. psicol.**, v. 17, n. 3, p. 1042-1062, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812017000300014 Acesso em: 15 abr 2022.

UNICEF. **Desenvolvimento infantil**. Disponível em:
<https://www.unicef.org/brazil/desenvolvimento-infantil> Acesso em: 24 de janeiro de 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos** 4: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. (108 p.). Disponível em: https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2021/11/Relatorio-4_ENANI-2019_Aleitamento-Materno.pdf

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. 130f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/7hS3VgZvTs49LNX9dd85VVb/?format=pdf&lang=pt>

VENANCIO, S. I. Why invest in early childhood? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.28, 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/bv5zZdjNh79spvnL9H7jkLm/?lang=en> Acesso em: 05 mar 2022.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

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.

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.

YAARIA, M. *et al.* Early developmental trajectories of preterm infants. **Research in Developmental Disabilities**, v.81, p.12–23, 2018. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29113755/> Acesso em: 01 jun 2022

YANG, J. *et al.* The Possible Effects of Breastfeeding on Infant Development at 3 Months: A Case–Control Study. **Breastfeeding medicine**, v. 20, n. 20, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32757945/> Acesso em: 02 jun 2022.

ZUGAIB, M. *et al.* Influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal em gestação de alto risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 41, n. 12, p. 120, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/kTwbKSPrFKWWCFRyRgt9B7p/abstract/?lang=pt> Acesso em: 08 mar 2022.

APÊNDICE - A

Instrumento de coleta de dados para análise de conteúdo

PARTE 1 - Apresentação e instruções para o preenchimento

Prezado juiz,

Este trabalho intitula-se “Análise da acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem atraso do desenvolvimento do lactente” e consiste em dissertação de mestrado.

O presente trabalho torna-se relevante considerando o contexto atual dos diagnósticos de enfermagem, pois os diagnósticos existentes dentro do domínio 13 não diferenciam as fases de vida da criança, sendo importante a divisão do atraso no desenvolvimento entre lactentes, toddlers, infantes, pois cada fase é complexa e cada criança se comportará de forma distinta.

Em fase e pesquisa 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. Assim como, esses elementos passaram pela análise de conteúdo com especialistas. No entanto, estava previsto a construção do instrumento com as definições operacionais que haviam sido selecionadas no estudo para, posteriormente, ser realizada a última fase de validação do diagnóstico de enfermagem, que seria a sua aplicação na clínica, com vistas a avaliar a acurácia dos indicadores clínicos. Contudo, foi realizada apenas a listagem das referências para a construção do instrumento para avaliar cada indicador clínico na etapa subsequente. Portanto, o que este presente estudo está propondo é, além da construção e avaliação desse instrumento a reavaliação de todos os elementos estruturais citados do diagnóstico em questão para uma melhor acurácia desses elementos.

Dessa forma, foi elaborado esse instrumento contendo todos os elementos do diagnóstico de enfermagem atraso no desenvolvimento do lactente, como: título, definição, população em risco, condições associadas, características definidoras/indicadores clínicos e fatores relacionados/fator etiológico, com suas respectivas definições operacionais selecionadas na pesquisa anterior e, atualmente, deverá passar pela análise de conteúdo com os juízes na área, para que assim possa ser aplicado na clínica e finalizar a etapa de validação diagnóstica, 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, será disponibilizado em dois formatos, em word e *google forms*, com o intuito de facilitar o preenchimento.
2. Análise dos elementos estruturais do diagnóstico de enfermagem Atraso do desenvolvimento do Lactente.

Portanto, para avaliação de cada elemento estrutural serão considerados os critérios da psicométrica proposta por Pasquali (1999), descritos a seguir:

- **Relevância:** compreende a capacidade dos elementos estruturais do diagnóstico 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 os critérios **Relevância, Clareza e Precisão**, você deverá assinalar uma das opções relacionadas à cada componente do diagnóstico de enfermagem proposto

1 - Totalmente irrelevante/Incompreensível/Impreciso: RELEVÂNCIA - o componente do diagnóstico (definição, indicador clínico, fator etiológico, condições associadas e populações em risco) 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 (definição, indicador clínico, fator etiológico, condições associadas e populações em risco) 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 (definição, indicador clínico, fator etiológico, condições associadas e populações em risco) apresenta relação duvidosa e apresenta relação com outros fenômenos similares; CLAREZA - a definição proposta está descrita de forma compreensível, porém podem 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 (definição, indicador clínico, fator etiológico, condições associadas e populações em risco) 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 15 dias para que seja possível a execução da próxima etapa da nossa pesquisa. Além disso, após esse período realizaremos uma reunião por meio da plataforma *google meet* com todos os oito juízes que participaram da etapa descrita acima, com vistas a avaliar de forma mais aprofundada o presente instrumento, assim como a concordância entre os avaliadores.

Após o envio desse instrumento entraremos novamente em contato para vermos a disponibilidade do senhor em se fazer presente nesse momento.

Desde já, agradecemos a sua valiosa colaboração e nos dispomos para quaisquer esclarecimentos e/ou dúvidas. Mestranda: Maria do Socorro Távora de Aquino (socorrotavoraaquino@gmail.com). Orientadora: Flávia Paula Magalhães Monteiro (flaviapmm@unilab.edu.br)

PARTE 2 – Caracterização dos enfermeiros juízes

Nome completo: _____

Sexo: () feminino () masculino

Idade (anos completos): _____

Local de trabalho: _____

Ocupação atual: _____

Tempo de formação profissional (anos completos): _____

Titulação: () especialista () mestre () doutor

Área de especialização em saúde da criança: () sim () não

Linha de pesquisa em saúde da criança: () sim () 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: _____

Por favor, responda às seguintes questões (poderá ser escolhida mais de uma alternativa nas questões 1, 2 e 5):

1. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática Terminologias de Enfermagem na forma de:

() não desenvolveu () Monografia de Graduação () Monografia de Especialização () Dissertação () Tese () Artigos Científicos

Qual Terminologias estudada:

2. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática Saúde da Criança e /ou Análise de Conceito na forma de:

() Não desenvolveu () Monografia de Graduação () Monografia de Especialização
() Dissertação () Tese () Artigos Científicos

3. Participa ou participou de grupo/projeto de pesquisas que envolve/envolveu a temática Terminologias de Enfermagem? () sim () não

4. Participa ou participou de grupo/projeto de pesquisas que envolve/envolveu a temática Saúde da Criança e /ou Análise de Conceito? () sim () não

5. Nos último 12 meses, onde exerceu suas atividades profissionais?

() Hospital () Unidade Básica de Saúde () Instituição de Ensino () Outro

6. No ensino, ministra/ministrou disciplinas quem envolvem a temática de Terminologias de Enfermagem? () sim () não

6. No ensino, ministra/ministrou disciplinas quem envolvem a temática de Saúde da Criança? () sim () não

PARTE 3 - Análise dos elementos estruturais do diagnóstico de enfermagem: Atraso no desenvolvimento do lactente

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

1. A seguir, será exposto o título e a definição escolhida em pesquisa anterior, realizada por Mariano (2019), onde esta proposta dará continuidade. Dessa forma, assinale um “X” na opção mais correta, sobre a adequação da definição 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. Vale ressaltar, que essa mesma orientação será equivalente para os demais elementos que serão avaliados pelo Sr. (a), como: Populações em risco, Condições associadas, Fatores relacionados/Fatores etiológicos e características definidoras/indicadores clínicos, estes dois últimos conterão as definições conceituais e operacionais para apreciação.

TÍTULO				
	Critérios			Justificativas, sugestões ou outras considerações
	Relevância	Clareza	Precisão	
a				

Desenvolvimento Atrasado do lactente	() 1	() 1	() 1	
	() 2	() 2	() 2	
	() 3	() 3	() 3	
	() 4	() 4	() 4	
	() 5	() 5	() 5	

DEFINIÇÃO				
Definição do diagnóstico	Critérios			Justificativas, sugestões ou outras considerações
	Relevância	Clareza	Precisão	
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.	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
Lactente que apresenta ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento esperados para idade.	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
Lactente apresenta dificuldade em atingir um ou mais marcos	() 1 () 2 () 3	() 1 () 2 () 3	() 1 () 2 () 3	

do padrão do desenvolvimento esperado para a idade.	() 4 () 5	() 4 () 5	() 4 () 5	
---	----------------	----------------	----------------	--

POPULAÇÕES EM RISCO				
Populações em risco	Critérios			Justificativas, sugestões ou outras considerações
	Relevância	Clareza	Precisão	
<i>Fatores genéticos</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
<i>Fatores sociais desfavorecidos</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
<i>Ambiente familiar desfavorável</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
<i>Desfechos perinatais desfavoráveis</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
<i>Desfechos obstétricos desfavoráveis</i>	() 1 () 2	() 1 () 2	() 1 () 2	

	() 3	() 3	() 3	
	() 4	() 4	() 4	
	() 5	() 5	() 5	
<i>Maus-tratos</i>	() 1	() 1	() 1	
	() 2	() 2	() 2	
	() 3	() 3	() 3	
	() 4	() 4	() 4	
	() 5	() 5	() 5	

CONDIÇÕES ASSOCIADAS				
Condições associadas	Critérios			Justificativas, sugestões ou outras considerações
	Relevância	Clareza	Precisão	
	a	a	o	
<i>Desnutrição</i>	() 1	() 1	() 1	
	() 2	() 2	() 2	
	() 3	() 3	() 3	
	() 4	() 4	() 4	
	() 5	() 5	() 5	
<i>Procedimentos invasivos</i>	() 1	() 1	() 1	
	() 2	() 2	() 2	
	() 3	() 3	() 3	
	() 4	() 4	() 4	
	() 5	() 5	() 5	
<i>Exposição prolongada a medicamentos</i>	() 1	() 1	() 1	
	() 2	() 2	() 2	
	() 3	() 3	() 3	
	() 4	() 4	() 4	
	() 5	() 5	() 5	
<i>Fatores pré-natais e pós-natais</i>	() 1	() 1	() 1	
	() 2	() 2	() 2	

	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	
<i>Distúrbios neurológicos</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	
<i>Distúrbios neonatais</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	
<i>Distúrbio genético</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	
<i>Distúrbios congênitos</i> (Doença cardíaca congênita; Deficiência visual profunda congênita)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	
<i>Atraso no crescimento</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	
<i>Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	

<i>Autismo</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
<i>Perda auditiva</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
<i>Má formação</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
<i>Deficiência de vitamina B12</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
<i>Trauma cefálico</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
<i>Distúrbios metabólicos</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
<i>Distúrbios alimentares</i>	() 1 () 2 () 3	() 1 () 2 () 3	() 1 () 2 () 3	

	() 4 () 5	() 4 () 5	() 4 () 5	
<i>Infecções neonatais não-tratadas</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	

FATORES RELACIONADOS/FATORES ETIOLÓGICOS				
1. <i>DIFICULDADES NA ALIMENTAÇÃO</i>	Critérios			Justificativas, sugestões ou outras considerações
	Relevância	Clareza	Precisão	
<u>Fator relacionado:</u> Dificuldade na alimentação	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
<u>Definição conceitual:</u> 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,	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	

recusa alimentar e capacidade de sucção ruim (JADCHERLA et al., 2016; CRAPNELL et al., 2015; BROWN; ROSS, 2011).				
<u>Definição operacional:</u> Para a avaliação da dificuldade alimentar o examinador poderá utilizar os seguintes procedimentos e escalas. Para a avaliação da dificuldade alimentar o examinador poderá utilizar os seguintes procedimentos e escalas:				
- O estado nutricional é avaliado usando peso, comprimento, perímetro cefálico, perímetro torácico, peso, estatura e circunferência do braço (BRASIL, 2012b)	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
- 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, usado em crianças menores de 2 anos, adaptado da ferramenta <i>Household Diversity Score</i> , é usado para determinar a qualidade de cada criança dieta.	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	

- Aplicar a Subescala de Alimentação da Avaliação Emocional Social do Bebê Criança aos 2 anos de idade.	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
2. ALTERAÇÕES NO PADRÃO DE SONO	Critérios			Justificativas, sugestões ou outras considerações
	Relevância	Clareza	Precisão	
<u>Fator relacionado:</u> Alterações no padrão de sono				
<u>Definição conceitual:</u> 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).				
<u>Definição operacional:</u> 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	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	

<p>seguintes procedimentos e escalas para avaliar o sono dos lactentes:</p> <p>- Para avaliar o padrão de sono pode ser utilizado o <i>Actigraphy</i> e o <i>Actiwatch</i>. O <i>Actigraphy</i> é a utilização de um diário do sono pelos pais/cuidadores pelo qual estes anotam a duração de cada sono diurno e noturno. O <i>Actiwatch</i> é um aparelho eletrônico colocado firmemente no lugar em uma bandagem de manga especialmente projetada, que seja confortável para o bebê vestir.</p>				
<p>- 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</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<p>- Caso não tenha acesso ao questionário poderá interrogar o responsável acerca do padrão de sono, como: duração do sono, sonecas durante o dia, hora de dormir.</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<p style="text-align: center;">3.</p> <p style="text-align: center;"><i>CONHECIMENTO INADEQUADO DAS PAIS/CUIDADORES SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO LACTENTE</i></p>	Critérios			Justificativas, sugestões ou outras considerações
	Relevância	Clarezza	Precisão	
<u>Eator relacionado:</u>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	

Conhecimento inadequado das pais/cuidadores sobre o Desenvolvimento do	() 4 () 5	() 4 () 5	() 4 () 5	
<u>Definição conceitual:</u>	() 1	() 1	() 1	
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).	() 2 () 3 () 4 () 5	() 2 () 3 () 4 () 5	() 2 () 3 () 4 () 5	
<u>Definição operacional</u>	() 1	() 1	() 1	
<i>O examinador poderá optar pelo seguinte instrumento:</i>	() 2 () 3	() 2 () 3	() 2 () 3	
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	() 4 () 5	() 4 () 5	() 4 () 5	

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.				
<p style="text-align: center;">4. UTILIZAÇÃO DE FÓRMULA NA CRIANÇA MENOR DE 3 MESES</p>	Critérios			Justificativas, sugestões ou outras considerações
	Relevânci a	Clarez a	Precisã o	
<p><u>Fator relacionado:</u></p> <p>Utilização de fórmula na criança menor de 3 meses</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<p><u>Definição Conceitual:</u></p> <p>A alimentação integral com fórmula foi definida como: não ingerir leite materno nas últimas 24 horas, e a contagem da amamentação <10% da ingestão total de alimentos dos bebês durante os primeiros 3 meses após o nascimento (YANG et al, 2020).</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<p><u>Definição operacional:</u></p> <p><i>O examinador irá indagar a mãe acerca da alimentação:</i></p> <p>Baseado nas informações autorrelatadas pelas mães fornecidos em relação aos padrões de alimentação da criança.</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

CARACTERÍSTICA DEFINIDORA/INDICADOR CLÍNICO				
1. <i>CAPACIDADE COGNITIVA PREJUDICADA NA AQUISIÇÃO DA APRENDIZAGEM</i>	Critérios			Justificativas, sugestões ou outras considerações
	Relevância	Clareza	Precisão	
<u>Característica definidora:</u> Capacidade cognitiva prejudicada na aquisição da aprendizagem	() 1	() 1	() 1	
	() 2	() 2	() 2	
	() 3	() 3	() 3	
	() 4	() 4	() 4	
	() 5	() 5	() 5	
<u>Definição conceitual:</u> 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.	() 1	() 1	() 1	
	() 2	() 2	() 2	
	() 3	() 3	() 3	
	() 4	() 4	() 4	
	() 5	() 5	() 5	
<u>Definição operacional</u> Avaliar a presença, ausência ou marcos realizados poucas vezes referente a aprendizagem na faixa etária correspondente, pelo qual a sua ausência indica o retardo perguntando-se ao cuidador ou observando durante a consulta: <i>1- 2 meses</i>	() 1	() 1	() 1	
	() 2	() 2	() 2	
	() 2	() 2	() 2	

<p>- Algumas vezes o bebê faz sons como se estivesse arranhando a garganta ou gargarejando?</p> <p>- O bebê faz sons como “uuhh”, “gahh” e “ahh”?</p> <p>- Quando você fala com o bebê, ele faz sons de volta para você?</p> <p>- O bebê sorri quando você conversa com ele?</p> <p>- O bebê ri suavemente?</p> <p>- Depois de você ter saído da vista do bebê, ele sorri ou fica animado quando vê você novamente?</p>	<p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	
<p>3-4 meses</p> <p>- O bebê ri suavemente?</p> <p>- Depois de você ter saído da vista do bebê, ele sorri ou fica animado quando vê você novamente?</p> <p>- O bebê para de chorar quando ouve uma voz que não seja a sua?</p> <p>- O bebê emite gritos agudos?</p> <p>- O bebê dá risadas?</p> <p>- O bebê faz sons quando olha para brinquedos ou pessoas?</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	

<p>5-6 meses</p> <p>- O bebê emite gritos agudos?</p> <p>- Quando está brincando com sons, o bebê faz grunhidos, sons que lembram rugidos ou outros sons graves?</p> <p>- Quando você está fora da vista do bebê e o chama, ele olha na direção de onde vem a sua voz?</p> <p>- Quando ocorre um barulho alto, o bebê se vira para ver de onde veio o som?</p> <p>- O bebê produz sons parecidos com “dá”, “gá”, “cá” e “bá”?</p> <p>- Se você imita os sons que o bebê costuma fazer, ele repete os mesmos sons para você?</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	
<p>7-8 meses</p> <p>- Quando você está fora da vista do bebê e o chama, ele olha na direção de onde vem a sua voz?</p> <p>- Quando ocorre um barulho alto, o bebê se vira para ver de onde veio o som?</p> <p>- Se você imita os sons que o bebê costuma fazer, ele repete os mesmos sons para você? - O bebê produz sons parecidos com “dá”, “gá”, “cá” e “bá”?</p> <p>- Quando você diz “Não, não” para o bebê, ele responde ao seu tom de voz e interrompe o que estiver fazendo, pelo menos por alguns instantes?</p> <p>- O bebê produz dois sons repetidos como “ba-ba”, “da-da” ou “ga-ga”? (Esses sons não precisam ter significado.)</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	

<p>9-10 meses</p> <p>- O bebê produz sons parecidos com “dá”, “gá”, “cá” e “bá”?</p> <p>- Se você imita os sons que o bebê costuma fazer, ele repete os mesmos sons para você? - O bebê produz dois sons repetidos como “ba-ba”, “da-da” ou “ga-ga”? (Esses sons não precisam ter significado.)</p> <p>- Se você pedir ao bebê, ele brinca de pelo menos uma atividade infantil, sem que você lhe mostre como fazer (como pedir para dar “tchau-tchau”, “bater palminhas” e “jogar beijinhos”)?</p> <p>- Sem que você use gestos, dê ao bebê uma instrução simples, como “vem cá”, “dá para mim” ou “guarde no lugar”. Ele segue pelo menos uma das instruções?</p> <p>- O bebê fala três palavras, como, por exemplo, “Mamã”, “Papá” e “Nenê”?-</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>
<p>11-12 meses</p> <p>- O bebê produz dois sons repetidos como “ba-ba”, “da-da” ou “ga-ga”? (Esses sons não precisam ter significado.)</p> <p>- Se você pedir ao bebê, ele brinca de pelo menos uma atividade infantil, sem que você lhe mostre como fazer (como pedir para dar “tchau-tchau”, “bater palminhas” e “jogar beijinhos”)?</p> <p>- Sem que você use gestos, dê ao bebê uma instrução simples, como “vem cá”, “dá para mim” ou “guarde no lugar”. Ele segue pelo menos uma das instruções?</p> <p>- O bebê fala três palavras, como, por exemplo, “Mamã”, “Papá” e “Nenê”? (Uma “palavra” é um ou mais sons que o</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	

<p><i>bebê fala regularmente referindo-se a alguém ou a alguma coisa.)</i></p> <p><i>- Quando você pergunta “Onde está a bola (boné, sapato, etc.)?”, o bebê olha para o objeto? (Certifique-se de que o objeto está presente ao perguntar. Marque “sim” se ele reconhece pelo menos um objeto.)</i></p> <p><i>- Quando o bebê quer alguma coisa, ele avisa a você apontando para o objeto?</i></p>				
<p>13-14 meses</p> <p><i>- O bebê fala três palavras, como, por exemplo, “Mamã”, “Papá” e “Nenê”? - Quando o bebê quer alguma coisa, ele avisa a você apontando para o objeto?</i></p> <p><i>- O bebê balança a cabeça quando quer dizer “sim” ou “não”?</i></p> <p><i>- O bebê aponta, toca ou tenta pegar as figuras de um livro?</i></p> <p><i>- A criança fala quatro ou mais palavras além de “Mamã” e “Papá”?</i></p> <p><i>- Quando você pede, o bebê vai a outro canto da sala ou a outro cômodo procurar um brinquedo ou objeto conhecido?</i></p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	
<p>15-16 meses</p> <p><i>- A criança aponta, toca ou tenta pegar as figuras de um livro?</i></p> <p><i>- A criança fala quatro ou mais palavras além de “Mamã” e “Papá”?</i></p> <p><i>- Quando a criança quer alguma coisa, ela avisa a você apontando para o objeto?</i></p> <p><i>Quando você pede, a criança vai a outro cômodo procurar um brinquedo ou objeto conhecido?</i></p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	

<p>- A criança repete uma frase de duas palavras? Por exemplo, quando você diz algo como “Bom dia”, “Quer papá?“, “Vamos dormir”, “Que isso?“, a criança repete ambas as palavras?</p>				
<p>17-18 meses</p> <p>- Quando a criança quer alguma coisa, ela avisa apontando para objeto;</p> <p>- Quando você pede a criança vai para outro cômodo procurar um brinquedo ou objeto conhecido?</p> <p>- A criança fala oito ou mais palavras além de “mama” e “papa”</p> <p>- A criança repete uma frase de duas palavras?</p> <p>- Sem que você mostre a criança aponta uma figura correta, quando você diz a ela “mostre o gatinho”, ou pergunta “onde está o cachorro”?</p> <p>- A criança diz duas ou três palavras juntas que representam ideias diferentes, como” quero água” ou “mamãe chegou”?</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	
<p>19-20 meses</p> <p>- A criança repete uma frase de duas palavras? Por exemplo, quando você diz algo como “Bom dia”, “Quer papá?“, “Vamos dormir”, “Que isso?“, a criança repete ambas as palavras?</p> <p>- A criança fala oito ou mais palavras além de “Mamã” e “Papá”?</p> <p>- Sem que você mostre, a criança aponta a figura correta quando você diz a ela “Mostre o gatinho”, ou pergunta “Onde está o cachorro”?</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	

<p>- Se você aponta para a figura de uma bola e pergunta à criança “O que é isso?”, ela nomeia corretamente pelo menos uma figura?</p> <p>- Sem que você dê dicas à criança, apontando ou usando gestos, ela atende a pelo menos três dos comandos abaixo?</p> <p>a. “Ponha o brinquedo na mesa.” b. “Feche a porta.” c. “Pegue uma bola para mim.” d. “Ache a sua mochila.” e. “Pegue a minha mão.” f. “Pegue um livro.”</p> <p>- A criança diz duas ou três palavras juntas que representam ideias diferentes, como “Quero água”, “Mamãe chegou” ou “Dá bola”?</p>				
<p>21-22 meses</p> <p>- Se você aponta para a figura de uma bola (gato, copo, chapéu, sapato, carro etc.) e pergunta à criança “O que é isso?”, ela nomeia corretamente pelo menos uma figura?</p> <p>- Sem que você dê dicas à criança, apontando ou usando gestos, ela atende a pelo menos três dos comandos abaixo?</p> <p>a. “Ponha o brinquedo na mesa.” b. “Feche a porta.” c. “Pegue uma bola para mim.” d. “Ache a sua mochila.” e. “Pegue a minha mão.” f. “Pegue um livro.”</p> <p>- Quando você pede para a criança apontar para o próprio nariz, olhos, cabelo, pés, orelhas e assim por diante, ela consegue apontar corretamente para pelo menos sete partes do corpo?</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	

<p>- A criança fala quinze ou mais palavras além de “Mamã” e “Papá”?</p> <p>- A criança usa corretamente pelo menos duas palavras como “eu”, “meu” e “você”?</p> <p>- A criança diz duas ou três palavras juntas que representam ideias diferentes, como “Quero água”, “Mamãe chegou” ou “Dá bola”?</p>				
<p>23-24 meses</p> <p>- Sem que você mostre, a criança aponta a figura correta quando você diz a ela “Mostre o gatinho”, ou pergunta “Onde está o cachorro”?</p> <p>- A criança repete uma frase de duas palavras? Por exemplo, quando você diz algo como “Bom dia”, “Quer papá?”, “Vamos dormir”, “Que isso?”, a criança repete ambas as palavras?</p> <p>- Sem que você dê dicas à criança, apontando ou usando gestos, ela atende a pelo menos três dos comandos abaixo?</p> <p>- Se você aponta para a figura de uma bola e pergunta à criança “O que é isso?”, ela nomeia corretamente pelo menos uma figura?</p> <p>- A criança diz duas ou três palavras juntas que representam ideias diferentes, como “Quero água”, “Mamãe chegou” ou “Dá bola”</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	
<p>Observação:</p> <p>Utilizado como referência o domínio “Comunicação” do <i>Ages and Stages Questionnaire- 3ª edição</i>, em decorrência de avaliar aspectos acerca do “atraso na aprendizagem”, referente ao segundo indicador clínico.</p>				
<p>Critérios</p>				

2. <i>DIFICULDADE COGNITIVA NA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS</i>	Relevância	Clareza	Precisão	Justificativas, sugestões ou outras considerações
<p><u>Característica definidora:</u> Dificuldade cognitiva na resolução de Problemas</p>	<p>() 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p>	<p>() 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p>	<p>() 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p>	
<p><u>Definição conceitual:</u> Dificuldade na solução de problemas e no modo como a criança brinca.</p>	<p>() 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p>	<p>() 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p>	<p>() 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p>	
<p><u>Definição Operacional</u> Avaliar a presença, ausência ou marcos realizados poucas vezes referente a resolução de problemas na faixa etária correspondente, pelo qual a sua ausência indica o retardo perguntando-se ao cuidador ou observando durante a consulta: 1-2 meses: <i>- O bebê olha para objetos que estão a uma distância de 20 a 25 cm?</i> <i>- Quando você se move ao redor do bebê, ele segue você com os olhos?</i></p>	<p>() 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p>	<p>() 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p>	<p>() 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p>	
<p>3-4 meses: <i>- Quando você move devagar um brinquedo de um lado para o outro e de cima para baixo, na frente do rosto do</i></p>	<p>() 1 () 2 () 3 () 4</p>	<p>() 1 () 2 () 3 () 4</p>	<p>() 1 () 2 () 3 () 4</p>	

<p><i>bebê (a uns 25 cm de distância), ele segue o brinquedo com os olhos, eventualmente virando a cabeça?</i></p> <p><i>- Quando você mantém o bebê sentado, ele olha para um brinquedo (do tamanho aproximado de uma xícara ou chocalho) que você coloca sobre a mesa ou no chão em frente a ele?</i></p> <p><i>- Quando o bebê está deitado de barriga para cima e você balança um brinquedo acima dele, ele estende os braços em direção ao brinquedo?</i></p> <p><i>- Quando você coloca o brinquedo na mão do bebê, ele olha para o brinquedo e leva para a boca?</i></p>	() 5	() 5	() 5	
<p>5-6 meses:</p> <p><i>- Quando um brinquedo está na frente do bebê, ele tenta alcançar o brinquedo com as duas mãos?</i></p> <p><i>- Quando o bebê está deitada de barriga para cima, ele vira a cabeça procurando um brinquedo que deixou cair?</i></p> <p><i>- Quando o bebe está deitado de barriga para cima e consegue ver o brinquedo que deixou cair, ele tenta pegá-lo?</i></p> <p><i>- O bebê pega um brinquedo e o coloca na boca?</i></p> <p><i>- o bebê passa e repassa o brinquedo de uma mão para outra?</i></p> <p><i>- O bebê brinca batendo um brinquedo no chão e na mesa?</i></p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	
<p>7-8 meses:</p> <p><i>- O bebê pega um brinquedo e o coloca na boca?</i></p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p>	

<p>- Quando o bebê está deitado de barriga para cima e consegue ver o brinquedo que deixou cair, ele tenta pegá-lo?</p> <p>- Bebê brinca batendo um brinquedo no chão ou na mesa?</p> <p>- O bebê passa e repassa um brinquedo de uma mão para a outra?</p> <p>- O bebê pega dois brinquedos pequenos, um em cada mão, e os segura por cerca de um minuto?</p> <p>- Quando segura um brinquedo na mão, o bebê bate com ele contra outro brinquedo que está sobre a mesa ou outra superfície plana?</p>	() 5	() 5	() 5	
<p>9-10 meses:</p> <p>- O bebê passa e repassa um brinquedo de uma mão para a outra?</p> <p>- O bebê pega dois brinquedos pequenos, um em cada mão, e os segura por cerca de um minuto?</p> <p>- Quando segura um brinquedo na mão, o bebê bate com ele contra outro brinquedo que está sobre a mesa ou outra superfície plana?</p> <p>- Enquanto segura dois brinquedos pequenos, um em cada mão, o bebê bate um contra o outro (como se estivesse batendo palmas)?</p> <p>- O bebê cutuca ou tenta pegar um pedacinho de pão ou biscoito que está dentro de uma garrafa transparente (como uma garrafa de refrigerante ou mamadeira)?</p>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	

<p>- Depois de ver você esconder um brinquedo pequeno debaixo de um papel ou pano, o bebê encontra esse brinquedo?</p>				
<p>11-12 meses</p> <p>- Enquanto segura dois brinquedos pequenos, um em cada mão, o bebê bate um contra o outro</p> <p>- O bebê cutuca ou tenta pegar um pedacinho de pão ou biscoito que está dentro de uma garrafa transparente?</p> <p>- Depois de ver você esconder um brinquedo pequeno debaixo de um pano, o bebê encontra esse brinquedo?</p> <p>- Se você colocar um brinquedo pequeno dentro de uma caixa, o bebê imita você, mesmo que não solte o brinquedo?</p> <p>- O bebê põe dois brinquedos pequenos, um de cada vez, em um recipiente como balde ou uma caixa?</p> <p>- Depois de você rabiscar um papel com giz de cera o bebê imita você rabiscando também?</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	
<p>13-14 meses</p> <p>- Se você colocar um brinquedo pequeno dentro de um balde ou caixa, o bebê imita você mesmo que não solte o brinquedo?</p> <p>- O bebê põe dois brinquedos pequenos, um de cada vez, em um recipiente como um balde ou caixa?</p> <p>- Depois de você rabiscar de um lado para o outro um papel com um giz de cera (ou lápis ou caneta), o bebê imita você, rabiscando também?</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	

<p>- O bebê consegue colocar um pedacinho de pão ou biscoito dentro de uma garrafa pequena e transparente?</p> <p>- O bebê põe mais de dois brinquedos pequenos, um de cada vez, em um recipiente como um balde ou caixa?</p> <p>- Depois de você ter mostrado ao bebê como fazer, ele tenta pegar um brinquedo pequeno que está ligeiramente fora de alcance usando uma colher, vareta ou instrumento semelhante?</p>				
<p>15-16 meses</p> <p>- Depois de você rabiscar de um lado para o outro (posição horizontal) um papel com um giz de cera (ou lápis ou caneta), a criança imita você, rabiscando também?</p> <p>- A criança consegue colocar um pedacinho de pão ou biscoito dentro de uma garrafa pequena e transparente?</p> <p>- A criança coloca mais de dois brinquedos pequenos, um após o outro, em um recipiente como um balde ou caixa?</p> <p>- Depois de você ter mostrado à criança como fazer, ela tenta pegar um brinquedo pequeno que está ligeiramente fora de alcance usando uma colher, vareta ou instrumento semelhante?</p> <p>- Sem que você mostre como fazer, a criança rabisca para lá e para cá quando você dá a ela um giz de cera (ou lápis ou caneta)?</p> <p>- Depois de deixar cair um pedacinho de pão ou biscoito dentro de uma garrafa</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	

<p><i>pequena e transparente, a criança vira a garrafa de cabeça para baixo para retirá-lo?</i></p>				
<p>17- 18 meses</p> <p><i>- A criança coloca mais dois brinquedos pequenos, um após o outro, em um Recipiente</i></p> <p><i>- Depois de ter demonstrado a criança como fazer, ela tenta pegar um brinquedo pequeno, ligeiramente distante dela com uma colher ou outro instrumento semelhante?</i></p> <p><i>- Depois de deixar cair um pedacinho de pão dentro de uma garrafa transparente a criança tenta retirá-lo?</i></p> <p><i>- Sem que demonstre, a criança rabisca quando é dado um giz de cera para ela?</i></p> <p><i>- Após você desenhar uma linha na vertical, a criança imita você desenhando uma linha no papel em qualquer direção?</i></p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	
<p>19-20 meses</p> <p><i>- Sem que você mostre como fazer, a criança rabisca para lá e para cá quando você dá a ela um giz de cera (ou lápis ou caneta)?</i></p> <p><i>- Depois de ver você desenhar uma linha que vai de cima para baixo (direção vertical) em uma folha de papel com um giz de cera (ou lápis ou caneta), a criança imita você desenhando uma única linha no papel em qualquer direção? (Marque “ainda não” se a criança rabisca em várias direções.)</i></p> <p><i>- Se você fizer algum dos seguintes gestos, a criança imita pelo menos um deles?</i></p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	

<p>a. Abrir e fechar a boca</p> <p>b. Piscar os olhos.</p> <p>c. Puxar a orelha</p> <p>d. Bater de leve na bochecha.</p> <p>- Se você der à criança uma garrafa, colher ou lápis virado ao contrário, ela desvira o objeto de modo a poder usá-lo corretamente?</p> <p>- Enquanto a criança observa, alinhe quatro objetos como blocos ou carrinhos em uma fileira (como se fosse um trenzinho). A criança copia ou imita você e alinha pelo menos dois blocos um ao lado do outro?</p> <p>- Se a criança quer alguma coisa que não consegue alcançar, ela procura uma cadeira ou uma caixa para subir e alcançar o objeto?</p>				
<p>21-22 meses</p> <p>- Sem que você mostre como fazer, a criança rabisca para lá e para cá quando você dá a ela um giz de cera (ou lápis ou caneta)?</p> <p>- Enquanto a criança observa, alinhe quatro objetos como blocos ou carrinhos em uma fileira (como se fosse um trenzinho)</p> <p>- criança copia ou imita você e alinha pelo menos dois blocos um ao lado do outro?</p> <p>A criança faz de conta que os objetos são outra coisa? Por exemplo, ela leva um objeto para perto do ouvido e faz de conta que é um telefone?</p> <p>- Depois de ver você desenhar uma linha que vai de cima para baixo (direção</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	

<p><i>vertical) em uma folha de papel com um giz de cera (ou lápis ou caneta), a criança imita você desenhando uma única linha no papel em qualquer direção?</i></p> <p><i>- Depois de deixar cair um pedacinho de pão ou biscoito dentro de uma garrafa pequena e transparente, a criança vira a garrafa de cabeça para baixo para retirá-lo?</i></p> <p><i>- Se você der à criança uma garrafa, colher ou lápis virado ao contrário, ela desvira o objeto de modo a poder usá-lo corretamente?</i></p>				
<p>23-24 meses</p> <p><i>- Depois de deixar cair um pedacinho de pão ou biscoito dentro de uma garrafa pequena e transparente, a criança vira a garrafa de cabeça para baixo para retirá-lo?</i></p> <p><i>- A criança faz de conta que os objetos são outra coisa? Por exemplo, ela leva um objeto para perto do ouvido e faz de conta que é um telefone?</i></p> <p><i>- A criança coloca as coisas de volta no lugar? Por exemplo, ela sabe onde os brinquedos ficam guardados ou os sapatos ou os pratos? - Se a criança quer alguma coisa que não consegue alcançar, ela procura uma cadeira ou uma caixa para subir e alcançar o objeto?</i></p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	<p>() 1</p> <p>() 2</p> <p>() 3</p> <p>() 4</p> <p>() 5</p>	
<p>Observações:</p> <p>Utilizado como referência o domínio “Resolução de problemas” do <i>Ages and Stages Questionnaire- 3ª edição</i>, em decorrência de avaliar aspectos acerca do “atraso na resolução de problemas”, referente ao terceiro indicador clínico.</p>				

3. <i>ATRASO NA LINGUAGEM DO LACTENTE</i>	Critérios			Justificativas, sugestões ou outras considerações
	Relevância	Clareza	Precisão	
<p><u>Característica definidora:</u> Atraso na linguagem do lactente</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<p><u>Definição conceitual</u> 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</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<p><u>Definição Operacional</u> Avaliar a presença, ausência ou marcos realizados poucas vezes referente a linguagem na faixa etária correspondente, pelo qual a sua ausência indica o retardo perguntando-se ao cuidador ou observando durante a consulta</p> <p><i>Nascimento-1 mês:</i> <i>Se comunica através do choro</i></p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

1-2 meses: <i>Arrulha e ri</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
3 meses <i>Brinca com os sons da fala (ao ficar de frente com a criança, comece a conversar e ele sorri e emiti sons)</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
4-6 meses <i>Começa a armazenar padrões sonoros na memória e a ligar os sons ao significado Por exemplo, sons de animais (a uau, bééé, mom) reconhece a fala dos pais)</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
6-7 meses <i>Balbuca sequências de consoantes e vogais, como “papa”, “mama”, “dada”</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
8-12 meses <i>Começa a utilizar gestos para se comunicar; utiliza gestos convencionais sociais (dar tchau, palmas)</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	

12-18 meses	() 1	() 1	() 1	
<i>Diz a primeira palavra (geralmente o nome de alguma coisa).</i>	() 2	() 2	() 2	
	() 3	() 3	() 3	
<i>Diz palavras isoladas</i>	() 4	() 4	() 4	
	() 5	() 5	() 5	
20-22 meses	() 1	() 1	() 1	
<i>Utiliza menos gestos;</i>	() 2	() 2	() 2	
<i>nomeia mais coisas.</i>	() 3	() 3	() 3	
<i>Ocorre um salto na compreensão ("explosão de nomeação". Em poucas semanas, uma criança pode passar de, digamos, 50 palavras para 400)</i>	() 4	() 4	() 4	
	() 5	() 5	() 5	
23-24 meses	() 1	() 1	() 1	
<i>Utiliza muitas locuções de duas palavras;</i>	() 2	() 2	() 2	
<i>não balbucia mais; quer conversar</i>	() 3	() 3	() 3	
	() 4	() 4	() 4	
	() 5	() 5	() 5	

Observação:

Utilizado como referência os marcos apresentados por (PAPALIA; OLDS; FIELDMAN (2006) referente ao "atraso na linguagem".

4. LACTENTE EXPRESSA DIFICULDADE NA LINGUAGEM RECEPTIVA	Critérios			Justificativas, sugestões ou outras considerações
	Relevância	Clareza	Precisão	
<u>Característica definidora:</u>	() 1	() 1	() 1	
Lactente expressa dificuldade na linguagem receptiva	() 2	() 2	() 2	
	() 3	() 3	() 3	
	() 4	() 4	() 4	
	() 5	() 5	() 5	
<u>Definição Conceitual:</u>	() 1	() 1	() 1	

Problemas na compreensão do que os outros dizem.	() 2 () 3 () 4 () 5	() 2 () 3 () 4 () 5	() 2 () 3 () 4 () 5	
<u>Definição Operacional</u> 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: 2-4 meses: <i>Acalma -se e responde a voz familiar</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
4-9 meses: <i>Deliberadamente vira a cabeça para o som;</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
9-12 meses: <i>Responde apropriadamente ao 'não';</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
10 -18 meses: <i>Responde ao nome e segue comando de uma etapa;</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	

19-24 meses: <i>Aponta para fotos em resposta às palavras</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
---	---	---	---	--

Observação

Marcos do desenvolvimento referente a avaliação do atraso na linguagem receptiva, trazido na pesquisa de Mariano (2019) e esta utilizou como referência para construí-los, artigos científicos encontrados mediante etapa de análise de conceito.

1. LACTENTE EXPRESSA DIFICULDADE NA LINGUAGEM EXPRESSIVA	Critérios			Justificativas, sugestões ou outras considerações
	Relevância	Clareza	Precisão	
<u>Característica definidora:</u> Lactente expressa dificuldade na linguagem expressiva	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
<u>Definição Conceitual:</u> Dificuldade em transmitir informações e pensamentos.	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
<u>Definição Operacional</u> Avaliar a presença ou ausência dos marcos da Linguagem expressiva na faixa etária correspondente, pelo qual a sua	() 1 () 2 () 3 () 4	() 1 () 2 () 3 () 4	() 1 () 2 () 3 () 4	

ausência indica o retardo perguntando -se ao cuidador ou observando durante a consulta: 2-4 meses: <i>Arrulhos;</i>	() 5	() 5	() 5	
4-9 meses: <i>Balbucia;</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
9-12 meses: <i>Uso de jargões, diz 'mama' ou 'dada'</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
10 -16 meses: <i>Produce palavras isoladas, vocabulário cresce a 30 -50 palavras;</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
16 -18 meses: <i>Vocabulário de 10 palavras;</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
18 meses -2 anos: <i>Começa a usar frases com 2 palavras; Imita palavras ditas por outros</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	

Observação:

Marcos do desenvolvimento referente a avaliação do atraso na linguagem expressiva, trazido na pesquisa de Mariano (2019) e esta utilizou como referência para construí-los, artigos científicos encontrados mediante etapa de análise de conceito.

6. <i>DIFICULDADE NA INTERAÇÃO SOCIAL</i>	Critérios			Justificativas, sugestões ou outras considerações
	Relevância	Clareza	Precisão	
<u>Característica definidora:</u> Dificuldade na interação social	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
<u>Definição Conceitual:</u> Dificuldade na interação com outras pessoas	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
<u>Definição Operacional</u> Avaliar a presença ou ausência dos marcos sociais na faixa etária correspondente, pelo qual a sua ausência indica o retardo perguntando -se ao cuidador ou observando durante a consulta <i>0-3 meses</i> <i>Você sorri e conversa com a criança, observe se a criança sorri de volta (Brasil, Ministério da saúde; ASQ- 3</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	

<p>edição; PAPALIA, OLDS; FIELDMAN, 2006)</p>				
<p>3-6 meses <i>Fique à frente do bebê e converse com ele. Observe se ele responde com sorriso e emissão de sons como se estivesse “conversando” com você.</i> <i>Pode pedir que a mãe o faça</i> (BRASIL, Ministério da Saúde; PAPALIA A, OLDS; FIELDMAN, 2006)</p>	<p>() 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p>	<p>() 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p>	<p>() 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p>	
<p>7-9 meses <i>Os bebês fazem "jogos sociais" e tentam obter resposta das pessoas. "Falam", tocam e tentam fazer outros bebês responderem. Expressam emoções mais diferenciadas, demonstrando alegria, medo, raiva e Surpresa (brincar de esconde-achou, ela rir durante essa brincadeira)</i> (PAPALIA; OLDS; FIELDMAN, 2006; BOYD; BEE, 2011) BRASIL, Ministério da saúde, 2020)</p>	<p>() 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p>	<p>() 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p>	<p>() 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p>	

<p>9-12 meses</p> <p>Ao ver uma pessoa desconhecida, fica com medo ou começa a agir de modo reservado;</p> <p>- Imita gestos, como bater palmas e dar tchau</p> <p>(PAPALIA; OLDS; FIELDMAN, 2006; BOYD; BEE, 2011)</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<p>12-18 meses</p> <p>Mostra o que quer, seja por meio de choro, pedindo, apontando.</p> <p>(PAPALIA; OLDS; FIELDMAN, 2006; BOYD; BEE, 2011)</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<p>18-36 meses</p> <p>As crianças, às vezes, ficam ansiosas porque percebem o quanto estão se separando de seu cuidador. Elaboram sua consciência de suas limitações por imaginação, brincadeiras e identificação com adultos.</p> <p>(PAPALIA; OLDS; FIELDMAN, 2006; BOYD; BEE, 2011)</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<p>Observação:</p> <p>Utilizado como referência os marcos apresentados por (PAPALIA; OLDS; FIELDMAN (2006); BEE; BOYD (2011); BRASIL, Ministério da saúde (2020)) referentes ao “problemas de socialização”.</p>				
<p>7.</p> <p>APRESENTA COMPORTAMENTO NÃO ACEITÁVEL OU DESEJADO SOCIALMENTE</p>	<p>Critérios</p> <p>Relevância Clareza Precisão</p>			<p>Justificativas, sugestões ou outras considerações</p>
<p><u>Característica definidora:</u></p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	

<p>Apresenta comportamento não aceitável ou desejado socialmente</p>	<p>() 3 () 4 () 5</p>	<p>() 3 () 4 () 5</p>	<p>() 3 () 4 () 5</p>	
<p><u>Definição conceitual:</u></p> <p>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>() 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p>	
<p><u>Definição operacional</u></p> <p>É importante conhecer os comportamentos normais das crianças para assim, poder observar possíveis atrasos. Esses comportamentos são observados por meio do apego, temperamento e questões socioafetivas, para assim poder predizer o comportamento desafiador no lactente. É importante destacar que ele é visualizado de forma mais efetiva a partir dos 24 meses</p> <p>3 meses</p> <p>- <i>Bebê começa a usar seus comportamentos de apego um pouco mais restritamente, como: Ele pode sorrir mais para as pessoas que cuidam dele regularmente e pode não sorrir facilmente para um estranho.</i></p> <p>- <i>Não apresentam ansiedade ou medo ao serem separadas dos pais</i></p>	<p>() 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p>	<p>() 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p>	<p>() 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p>	

6-7 meses <i>- Apresenta um vínculo maior com o cuidador</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
7-8 meses: <i>quando tanto o pai quanto a mãe estão disponíveis, um bebê sorrirá para ou se aproximará de um ou de ambos, exceto quando ele estiver com medo ou sob estresse.</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
10 meses <i>Usa sua capacidade de discriminar entre várias expressões faciais para orientar seu comportamento de base segura. Ele começa a observar a expressão facial da mamãe e do papai antes de decidir se aventurar em alguma situação nova.</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
12-16 meses <i>O medo de estranhos e a ansiedade de separação</i>	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	
2 anos <i>Ainda querem sentar no colo da mamãe ou do papai; elas ainda têm a probabilidade de buscar alguma</i>	() 1 () 2 () 3 () 4	() 1 () 2 () 3 () 4	() 1 () 2 () 3 () 4	

<i>proximidade quando a mãe retorna após um período de ausência</i>	() 5	() 5	() 5	
Observação: <i>Utilizado como referência os marcos apresentados por (BENTZEN, 2012; BEE, BOYD, 2011) referentes ao “Comportamento desafiador”.</i>				

APÊNDICE - B

Carta-convite para análise de conteúdo pelos juízes

CARTA-CONVITE

Prezado (a),

Meu nome é Maria do Socorro Távora de Aquino, 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 da acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem atraso do desenvolvimento do lactente**, sob a orientação da Profª 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 elementos estruturais do diagnóstico de enfermagem atraso no desenvolvimento do lactente, elencados a partir da etapa de análise de conceito de uma pesquisa anterior (MARIANO, 2019). Nela, foi possível realizar a etapa de análise de conteúdo das definições conceituais dos elementos estruturais do diagnóstico em questão. Contudo, não foi realizada a análise das definições operacionais. Sendo assim, a presente proposta realizou a atualização da análise de conceito e neste momento será dada continuidade ao processo de análise de conteúdo pelos juízes das definições operacionais, assim como, uma reavaliação dos demais elementos que compõe o diagnóstico proposto. Dessa forma, ao encerrar essas etapas anteriores, será possível a realização da validação dos indicadores clínicos com o público alvo (lactentes).

Portanto, a forma como o Sr. (a) avaliará cada item dos elementos que compõe o diagnóstico será, inicialmente, embasado em parâmetros psicométricos (critérios de clareza e precisão). Posteriormente, será agendada uma reunião virtual com mais 7 juízes convidados, utilizando a metodologia do grupo focal, para avaliarmos com maior clareza de detalhes todos os elementos dispostos no instrumento. O dia e horário serão combinados em um outro momento, de acordo com a disponibilidade de cada participante.

Nesse contexto, caso o Sr. Aceite participar dessa pesquisa, enviaremos em Word o arquivo completo contendo todos os elementos estruturais (definição, populações em risco, condições associadas, fatores relacionados e características definidoras, estes dois

últimos com suas respectivas definições conceituais e operacionais). Assim como, perguntas referentes a alguns de seus dados acadêmicos. Contudo, resolvemos dividi-lo em três partes: A primeira, será referente aos dados do juiz que avaliará o trabalho; A segunda, conterà os seguintes elementos estruturais: definição do DE, condições associadas e populações em risco; O terceiro, conterà os fatores relacionados e as características definidoras, com suas respectivas definições conceituais e operacionais. Essa divisão ocorreu no intuito para que o Sr. Não se sinta cansado no momento de avaliar o instrumento em um único momento, em decorrência da extensão do mesmo.

Portanto, sugerimos que seja realizado no primeiro momento a avaliação rápida de todos os elementos em conjunto, que estará disposto no arquivo em word. E em seguida, quando o Sr. estiver disponível para avaliar com maior tranquilidade, o faça a avaliação de cada parte em separado, podendo realizar a avaliação em dias ou momentos diferentes. Dessa forma, enviaremos o link para preenchimento pela plataforma do *google forms*, afim de facilitar esse processo.

Salientamos que 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 15 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, com seus respectivos links para os três momentos de avaliação. 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,

Maria do Socorro Távora de Aquino

socorrotavoraaquino@gmail.com

APÊNDICE C –

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

Inicialmente, eu Maria do Socorro Távora de Aquino e minha orientadora agradecemos a sua concordância em participar do nosso estudo intitulado “**Análise da acurácia dos indicadores clínicos do 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.

Sua participação envolverá a apreciação e a análise de conteúdo dos elementos estruturais do diagnóstico de enfermagem atraso no desenvolvimento do lactente, elencados a partir da etapa de análise de conceito de uma pesquisa anterior (MARIANO, 2019). Nela, foi possível realizar a etapa de análise de conteúdo das definições conceituais dos elementos estruturais do diagnóstico em questão. Contudo, não foi realizada a análise das definições operacionais. Sendo assim, a presente proposta realizou a atualização da análise de conceito e neste momento será dada continuidade ao processo de análise de conteúdo pelos juízes das definições operacionais, assim como, uma reavaliação dos demais elementos que compõe o diagnóstico proposto. Dessa forma, ao encerrar essas etapas anteriores, será possível a realização da validação dos indicadores clínicos com o público alvo (lactentes).

Portanto, o Sr. (a) avaliará cada item dos elementos que compõe o diagnóstico ocorrendo em dois momentos: O primeiro, o Sr.(a) irá avaliar de forma individual embasado em parâmetros psicométricos (critérios de clareza e precisão) através de um instrumento, enviado em conjunto com este arquivo, assim como as devidas orientações para preenchê-lo. O segundo, a avaliação ocorrerá de forma coletiva, será agendada uma reunião virtual através da plataforma do *Google meet*, com mais 7 juízes convidados, utilizando a metodologia do grupo focal, para avaliarmos com maior clareza de detalhes todos os elementos dispostos no instrumento. Esse encontro terá duração de até 2 horas, no máximo. O número de sessões dependerá se os objetivos da pesquisa tiverem sido cumpridos. Estas serão gravadas por vídeo, a fim da retomada fidedigna do conteúdo para

análise posterior, cujo interesse é inteiramente para pesquisa em curso. Após cinco anos sendo guardadas de forma confidencial pela pesquisadora, será descartada.

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 os seguintes riscos: possibilidade de causar constrangimento, além do dispêndio de tempo, podendo lhe ocasionar cansaço físico e mental na análise dos itens. Como forma de buscar minimizá-los, respectivamente: você não será obrigado a ligar a câmera, caso não se sinta confortável para tal; O instrumento por ser extenso foi dividido em 3 partes para que o Sr. (a) realize o preenchimento em dias ou horários diferentes, minimizando o cansaço de preenchê-lo em um único momento.

A vantagem é a contribuição para o aprimoramento e expansão do conhecimento na área. Por fim, garantimos não fornecimento de informações 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. Além de ser necessário à sua rubrica nas primeiras folhas e sua assinatura na última.

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: Maria do Socorro Távora de Aquino;
End.: Rua José Cristino, 245, Centro, Acarape-CE.
Tel.: (88) 997688301; **E-mail:** socorrotavoraaquino@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa – UNILAB.
End.: Av. Abolição, 3, Centro, Redenção-CE.
Tel.: (85)33321414. **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 _____ 2021.

Assinatura do Juiz

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da orientadora

APÊNDICE D –

Instrumento de coleta de dados (acurácia dos indicadores clínicos)

CARACTERIZAÇÃO GERAL E SOCIODEMOGRÁFICA DO LACTENTE	
1. Código:	Data da coleta ____/____/____
2. DN: ____/____/____	3. Idade atual:
4. Sexo:	5. Naturalidade:
6. IG ao nascer:	7. Peso ao nascer:
8. Comprimento ao nascer:	9. Apgar no 1º ____ 5º ____/min.
10. Renda familiar mensal (R\$):	
11. Condições de moradia: () moradia própria; () moradia alugada; () casa de alvenaria. () casa de taipa () reside na rua	
12. Quantas pessoas residem no domicílio:	
PERFIL CLÍNICO DO LACTENTE	
13. Diagnóstico médico atual?	
14. Doença congênita? () Sim () Não	14.1. Se sim, qual?
15. Doença genética? () Sim () Não	15.1. Se sim, qual?
PERFIL ALIMENTAR DO LACTENTE	
16. Alergias alimentares? () Sim () Não	16.1. Se sim, qual?
17. Em AME? () Sim () Não	18. Até que idade ficou em AME?
19. em AM? () Sim () Não	20. Até que idade ficou em AM?
21. Nº de refeições/dia:	22. Dificuldade de se alimentar? () Sim () Não
23. Preferências alimentares:	

CARACTERÍSTICAS GESTACIONAIS E OBSTÉTRICAS DA MÃE:	
24. G_____P_____A_____	
25. ID. materna na gravidez:	
26. Intercorrências durante a gravidez:	
27. Intercorrências durante o parto	
28. Gravidez: desejada e planejada () não desejada () não planejada ()	
29. Nutrição na gravidez: desnutrição () adequada () sobrepeso () obesidade ()	
30. Realizou pré-natal: sim () não () 30.1. Quantas consultas:	
31. Uso de substâncias ilícitas: sim () não () 31.1. Se sim, qual:	
32. Uso de substâncias lícitas: álcool () tabaco ()	
33. Uso de substâncias teratogênicas: sim () não (). Qual	
CARACTERIZAÇÃO GERAL DO CUIDADOR	
34. Resp. pelos cuidados no domicílio:	35. Idade:
36. Estado civil: () Solteiro () Casado () União estável () Viúvo () Divorciado	
37. Escolaridade do responsável: _____anos	
38. Ocupação do responsável: () funcionário público; () funcionário privado; () autônomo; () do lar; () estudante; () aposentado; () desempregado	
39. Dificuldades de aprendizagem: () Sim () Não	39.1. Se sim, qual?
40. Doença mental: () Sim () Não	40.1. Se sim, qual?
41. Doença congênita? () Sim () Não	41.1. Se sim, qual?
42. Doença genética? () Sim () Não	42.1. Se sim, qual?
43. Doenças no geral:	
44. Tabagista: () Sim () Não	44.1. há quantos anos?
45. Etilista: () Sim () Não	45.1. há quantos anos?
46. Drogadicta: () Sim () Não	46.1. há quantos anos?

APÊNDICE E –

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para pais/responsáveis para avaliação na clínica

Eu, Maria do Socorro Távora de Aquino, enfermeira e aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira- UNILAB, Redenção-Ceará/Brasil, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **Acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem: atraso do desenvolvimento do lactente**, sob a orientação da Prof^a Dra. Flávia Paula Magalhães Monteiro. Dessa forma, venho convidá-lo(a) a permitir a participação do seu filho(a) de forma voluntária neste estudo.

Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo analisar a existência do diagnóstico de enfermagem sobre desenvolvimento infantil nas crianças de um mês a dois anos. Os diagnósticos de enfermagem orientam o enfermeiro na sua prática, justificam suas decisões quanto ao que ele deve fazer e conversar com a família para cuidar da criança. A partir dos diagnósticos, a avaliação do desenvolvimento infantil feita pelo enfermeiro poderá auxiliar no acompanhamento e na identificação precoce de possíveis alterações no desenvolvimento da criança.

Sendo assim, caso concorde em que seu filho(a) participe do estudo, farei a avaliação do desenvolvimento dele(a), através de um instrumento, já analisado por especialista na área, que contém alguns testes realizados por meio de brincadeiras. Através delas, serão verificados a linguagem, fatores cognitivos, pessoais e sociais do seu filho. Também farei perguntas sobre condições que podem influenciar no desenvolvimento, como, por exemplo, questões de moradia, informações da mãe, informações sobre o parto e alimentação da criança. Vale destacar que caso não se sinta confortável em responde-las não haverá problema. Portanto, essas perguntas, juntamente, com o teste terão uma duração de 20 a 30 minutos e serão realizadas dentro das dependências da policlínica, no momento de espera para o atendimento da criança.

Com relação aos riscos envolvidos no trabalho, destaca-se apenas que o tempo de realização da coleta, já citada, pode ocasionar algum desconforto à criança, no sentido de “estranhar” os aplicadores e se zangar durante os testes. Para minimização desses riscos, você poderá ficar ao lado dela acompanhando o exame, que será interrompido se perceber estranhamento durante a avaliação ou outro desconforto por parte da criança. Caso seja

necessária essa interrupção no momento da avaliação, não haverá problemas, sendo algo já esperado de ocorrer.

Como benefícios, a pesquisa permitirá conhecer melhor o perfil de desenvolvimento da criança, identificar alterações e auxiliar na melhoria do conhecimento sobre o assunto.

Além disso, as medidas para evitar a contaminação pelo novo coronavírus serão realizadas, como: utilização de máscara pelo pesquisador durante todo o período em que estiver nas dependências da policlínica, assim como a utilização também pelo responsável; Utilização de álcool em gel 70% sempre que for necessário para higienizar as mãos; higienização dos objetos que a criança ou o sr(a) utilizará durante a coleta.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas no estudo serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento você terá acesso às informações, inclusive para esclarecer possíveis dúvidas. Informo ainda que você tem o direito e a liberdade de negar a participação da criança no estudo ou de retirá-lo quando assim desejar, sem nenhum prejuízo. As informações do seu filho serão mantidas no anonimato, bem como qualquer informação que possa identificá-lo.

Esta pesquisa não possui financiamento, sendo assim, não haverá custo e nem remuneração para o participante da mesma, mas se você tiver alguma despesa por conta disso, o valor gasto será ressarcido. Haverá indenização para eventuais danos decorrentes da pesquisa comprovados legalmente.

Caso aceite participar do estudo, deverá assinar este Termo de Consentimento em duas vias, uma ficará com você e a outra com o pesquisador do estudo. Além disso, será necessária sua rubrica/assinatura em todas as páginas. Caso necessite de outros esclarecimentos e eventuais dúvidas, segue abaixo meu contato e do Comitê de ética em pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

- Nome da pesquisadora: Maria do Socorro Távora de Aquino; **End.:** Rua José Cristino, 245, Centro, Acarape-CE. **Tel:** (88) 997688301; **E-mail:** socorrotavoraaquino@gmail.com

- Comitê de Ética em Pesquisa – UNILAB. **End.:** Av. Abolição, 3, Centro, Redenção-CE. **Tel.:** (85)33321414. **E-mail:** cep@unilab.edu.br

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, abaixo assinado _____, __ anos, RG: _____ . Declaro que é de livre e espontânea vontade que estou permitindo a participação do meu filho como voluntário da 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 cópia assinada deste Termo.

_____, _____ de _____ de _____
(Local) (dia) (mês) o)

(an

Assinatura do voluntário

Nome do pesquisador/ aplicador do TCLE

Digital se não
souber ler/assinar

ANEXO A - Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura (MARIANO, 2019)

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"> ✓ Qual a definição de atraso do desenvolvimento do lactente? ✓ Quais os atributos essenciais identificados no conceito atraso do desenvolvimento do lactente? ✓ Quais os consequentes e antecedentes do conceito? ✓ Quais as definições operacionais? 	
Estratégia para buscar as pesquisas	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ SCOPUS ✓ PubMed ✓ LILACS ✓ Science Direct ✓ Web of Science ✓ Periódico: <i>Journal Human Growth and Development</i>. 	
Descritores controlados	
MeSH/Dees: 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>)	
Crítérios 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. 	
Crítérios 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.	

**ANEXO B - Instrumento de Caracterização do Estudo (MARIANO, 2019 -
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?